



UPPSALA  
UNIVERSITET

Juridiska institutionen  
Höstterminen 2013

Examensarbete i offentlig rätt, särskilt socialrätt  
30 högskolepoäng

# I gränslandet mellan LVM och LPT

Tvångsvård av missbrukare med psykiska störningar

Författare: Elina Ahlqvist

Handledare: Docent Lotta Lerwall





# Innehållsförteckning

<b>Förkortningslista.....</b>	<b>VI</b>
<b>1 Inledning.....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrund .....	1
1.2 Syfte.....	2
1.3 Avgränsningar .....	3
1.4 Metod och material .....	3
1.5 Disposition.....	4
<b>2 Rättssäkerhetsbegreppet.....</b>	<b>7</b>
<b>3 Missbruk, psykisk störning och samsjuklighet.....</b>	<b>9</b>
3.1 Inledande ord .....	9
3.2 Riskbruk, missbruk och beroende .....	9
3.3 Psykisk störning.....	10
3.4 Samsjuklighet .....	11
<b>4 Allmänt om tvångsvård.....</b>	<b>14</b>
4.1 Inledande ord .....	14
4.2 Tvångsvårdens grundvalar.....	14
4.3 Tvångsvårdens syfte .....	16
4.3.1 LVM .....	16
4.3.2 LPT .....	17
4.4 Huvudmannskapet .....	17
4.5 Intagningsprocessen.....	18
4.5.1 LVM.....	18
4.5.2 LPT.....	19
4.6 Vårdtider .....	20
4.6.1 LVM.....	20
4.6.2 LPT.....	21

<b>5</b>	<b>Förutsättningar för tvångsvård.....</b>	<b>23</b>
5.1	Inledande ord .....	23
5.2	LVM .....	23
5.2.1	<i>Allmänt om förutsättningarna</i> .....	23
5.2.2	<i>Fortgående missbruk</i> .....	24
5.2.3	<i>Vårdbehov som inte kan tillgodoses på annat sätt</i> .....	26
5.2.4	<i>Specialindikationerna</i> .....	27
5.3	LPT .....	28
5.3.1	<i>Allmänt om förutsättningarna</i> .....	28
5.3.2	<i>Allvarlig psykisk störning</i> .....	29
5.3.3	<i>Oundgängligt behov av sluten psykiatrisk tvångsvård</i> .....	31
5.3.4	<i>Avsaknad av samtycke till vård</i> .....	32
5.3.5	<i>Farlig för annan</i> .....	33
5.3.6	<i>Öppen psykiatrisk tvångsvård</i> .....	34
5.4	Reflektioner .....	35
<b>6</b>	<b>Tvångsåtgärder .....</b>	<b>38</b>
6.1	Inledande ord .....	38
6.2	Allmänt om tvångsåtgärderna .....	38
6.3	LVM .....	39
6.3.1	<i>Förbud mot innehav av viss egendom</i> .....	39
6.3.2	<i>Kroppsvisitering och ytlig kroppsbesiktning</i> .....	39
6.3.3	<i>Skyldighet att underställa sig provtagning</i> .....	40
6.3.4	<i>Begränsningar av rörelsefriheten</i> .....	41
6.3.5	<i>Kontroll av försändelser</i> .....	42
6.4	LPT .....	43
6.4.1	<i>Begränsning av rörelsefriheten</i> .....	43
6.4.2	<i>Fastspänning</i> .....	44
6.4.3	<i>Avskiljande</i> .....	44
6.4.4	<i>Begränsning av elektroniska kommunikationstjänster</i> .....	45
6.4.5	<i>Förbud mot innehav av viss egendom</i> .....	45
6.4.6	<i>Kontroll av försändelser</i> .....	46
6.4.7	<i>Kroppsvisitering och ytlig kroppsbesiktning</i> .....	47
6.5	Reflektioner .....	47

<b>7</b>	<b>Samspelet mellan LVM och LPT .....</b>	<b>49</b>
7.1	Inledande ord .....	49
7.2	Samspelet enligt lagtext.....	49
7.3	Samspelet enligt förarbeten .....	50
7.4	Samspelet enligt doktrin .....	52
7.5	Reflektioner .....	53
<b>8</b>	<b>Tvångsvård av missbrukare med psykiska störningar .....</b>	<b>54</b>
8.1	Inledande ord .....	54
8.2	Missbruksutredningens förslag.....	54
8.3	Psykiatrilagsutredningens förslag.....	56
8.4	Reflektioner .....	57
8.4.1	<i>Rättssäkerhetsproblematiken</i> .....	57
8.4.2	<i>En integrering av LVM och LPT</i> .....	58
8.4.3	<i>Ett förtydligande av samspelet mellan LVM och LPT</i> .....	61
8.4.4	<i>En ny utredande instans</i> .....	62
<b>9</b>	<b>Avslutande ord.....</b>	<b>64</b>
	<b>Käll- och litteraturförteckning .....</b>	<b>65</b>
	Offentligt tryck .....	65
	<i>Propositioner</i> .....	65
	<i>Statens offentliga utredningar</i> .....	65
	<i>Utskottsbetänkanden, remissyttranden och material från Socialstyrelsen</i> .....	66
	Praxis .....	67
	Litteratur .....	67
	Övrigt.....	68

# Förkortningslista

EKMR	Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
LSPV	Lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall
LPT	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LRV	Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
LSS	Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LVM	Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
Omsorgslagen	Lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl.
Prop.	Proposition
RF	Regeringsformen (1974:152)
SiS	Statens institutionsstyrelse
SOFS	Socialstyrelsens författningssamling
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
SoS	Socialstyrelsen
SoU	Betänkande från socialutskottet
SOU	Statens offentliga utredningar

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

Missbrukare som lider av en psykisk störning är en av de mest utsatta grupperna i vårt samhälle.<sup>1</sup> Denna grupp behöver ofta adekvat vård och behandling både av den psykiska störningen och av missbruket. I första hand ska frivillig vård tillgripas, men de missbrukare med psykiska störningar som inte samtycker till att vårdas i frivillig form kan bli föremål för tvångsvård. Det är främst två tvångsvårdslagar som kan bli aktuella i dessa fall och det är lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Studier visar att ungefär 60 procent av de missbrukare som tvångsvårdas enligt LVM har någon form av psykiatrisk diagnos.<sup>2</sup> Samtidigt har cirka 50 procent av de patienter som vårdas enligt LPT kända missbruksproblem.<sup>3</sup> Dessa fakta vittnar om att samsjukligheten mellan missbruk och psykiska störningar är stor. Ur juridisk synpunkt väcks frågan om det, med hänsyn till antalet personer med samsjuklighet inom tvångsvården, är lämpligt att vården regleras i två olika lagar med olika förutsättningar och tvångsåtgärder. Intressant är även huruvida samspelet mellan LVM och LPT kan sägas vara rättssäkert, eller om det finns en risk att denna grupp av människor faller mellan stolarna eller tvingas slussas mellan vård enligt LVM respektive LPT för att få sitt vårdbehov tillgodosett. Om gränsdragningen mellan lagarna betraktas vara rättssäkert är det även värt att begrunda hur en mer rättssäker reglering skulle kunna utformas.

I Missbruksutredningens betänkande ”Bättre insatser vid missbruk och beroende” behandlas samsjuklighetens omfattning inom tvångsvården.<sup>4</sup> Betänkandet behandlar även samspelet mellan LVM och LPT, och kommer fram till slutsatsen att samspelet mellan lagarna är rättssäkert.<sup>5</sup> För att göra tvångsvården av personer med samsjuklighet mer rättssäker föreslog utredningen att LVM och LPT skulle integreras

---

<sup>1</sup> Prop. 1993/94:218 s. 76 och SoS-rapport 1996:14 s. 7.

<sup>2</sup> SOU 2011:35 s. 532.

<sup>3</sup> SOU 2011:35 s. 532. Studien bygger på en endagscensus från år 2008.

<sup>4</sup> SOU 2011:35.

<sup>5</sup> SOU 2011:35 s. 305.

och slås ihop till en lag.<sup>6</sup> För att även personer med missbruksproblematik skulle omfattas av LPT föreslog utredningen att en ny bestämmelse med följande lydelse införs:

”3 a § LPT - Som allvarlig psykisk störning enligt 3 § avses även att patienten till följd av missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård.”<sup>7</sup>

Missbruksutredningens slutsatser beträffande tvångsvården föranledde emellertid inget lagförslag från regeringen, eftersom utredningen inte bedömdes vara tillräckligt väl underbyggd.<sup>8</sup> Även om slutsatserna inte resulterade i något lagförslag har utredningen uppmärksammat en gråzon i tvångsvården som är värd att utreda närmare.

## 1.2 Syfte

Uppsatsens övergripande syfte är att utreda om samspelet mellan LVM och LPT är rättssäkert, särskilt avseende personer med samsjuklighet. Beträffande samspelet ligger fokus främst på under vilka förutsättningar en person med samsjuklighet ska tvångsvårdas enligt LVM respektive LPT samt vilka konsekvenser det kan få för den enskilde att vårdas enligt den ena eller den andra lagen. Med konsekvenser avses exempelvis under hur lång tid tvångsvården kan pågå och vilka tvångsåtgärder som kan användas i de olika lagarna. För att utreda samspelet jämförs både förutsättningarna för tvångsvård och tvångsåtgärderna i LVM och LPT ingående med varandra. Vidare är ett underliggande syfte i uppsatsen att diskutera hur rättssäkerheten för personer med samsjuklighet kan förstärkas genom att förtydliga gränsdragningen mellan LVM och LPT.

---

<sup>6</sup> SOU 2011:35 s. 295-327. Missbruksutredningens förslag genomgås mer ingående i avsnitt 8.2 nedan.

<sup>7</sup> SOU 2011:35 s. 51.

<sup>8</sup> Prop. 2012/13:77 s. 43 ff.



### 1.3 Avgränsningar

Alla former av tvångsvård som samhället utövar gentemot enskilda utgör en inskränkning av de fri- och rättigheter som återfinns i regeringsformen (RF) och Europakonventionen<sup>9</sup>. Både frihetsberövandet som sker när en person tas in för tvångsvård och de tvångsåtgärder som får användas under vårdtiden kan således diskuteras i ett rättighetsperspektiv. En sådan diskussion ligger emellertid utanför den här uppsatsens syfte.

Uppsatsen är avgränsad till att behandla tvångsvård enligt LVM och LPT. Det innebär att andra lagar som i vissa fall kan vara tillämpliga beträffande missbrukare med psykiska störningar inte behandlas. Således omfattar inte uppsatsen någon närmare redogörelse för lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Även smittskyddslagen (2004:168) betraktas ibland som en form av tvångslag, men även den lagen faller utanför uppsatsens syfte. Vidare kan lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) vara tillämplig beträffande personer med samsjuklighet, men inte heller bestämmelserna i LSS kommer att diskuteras.

LVM och LPT är lagstiftning inom socialrättens och hälso- och sjukvårdsrättens område. I SoL<sup>10</sup> regleras den frivilliga missbruksvården, vilken förutsätter att den enskilde missbrukaren samtycker till vård. Den som samtycker till psykiatrisk vård faller in under bestämmelserna i HSL<sup>11</sup>. I SoL och HSL regleras således frivillig vård för missbrukare och personer med psykiska störningar. Någon redogörelse för hur frivillig vård för personer med samsjuklighet kan se ut faller dock utanför uppsatsens syfte.

### 1.4 Metod och material

Eftersom uppsatsens syfte främst är att utreda gällande rätt har den rättsdogmatiska metoden använts. Det innebär att de traditionella rättskällorna bestående av lagtext, förarbeten, praxis och doktrin har använts för att klarlägga vad som är gällande rätt på

---

<sup>9</sup> Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (EKMR).

<sup>10</sup> Socialtjänstlagen (2001:453).

<sup>11</sup> Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

området. Det material som främst har använts utöver lagtext är förarbeten i form av propositioner och statliga offentliga utredningar. Vidare har praxis och doktrin i vissa fall använts för att beskriva gällande rätt på området. Annat material som återfinns i uppsatsen är föreskrifter, rapporter och statistik från Socialstyrelsen. Dessa källor har använts dels för att tolka innebörden av bestämmelser i LVM och LPT, dels för att belysa problematiken med samsjuklighet. För att illustrera problematiken med samsjuklighet, som har beröringspunkter också med andra vetenskapliga discipliner, har även annan litteratur än juridisk doktrin använts i de delar det har varit nödvändigt.

Som beskrivits ovan i syftet innefattar uppsatsen, utöver att behandla gällande rätt, även en diskussion om rättssäkerheten för personer med samsjuklighet kan förbättras om gränsdragningen mellan LVM och LPT förtydligas. I den delen av uppsatsen används Missbruksutredningens slutbetänkande som ett av diskussionsunderlagen.<sup>12</sup> Anledningen till att utredningens förslag beträffande tvångsvården används, även om det inte ledde till lagstiftning, är att utredningens argument och slutsatser utgör en bra grund för diskussionen. Eftersom utredningen har uppmärksammat problematiken med samsjuklighet inom tvångsvården används den också som faktaunderlag i de mer beskrivande delarna av uppsatsen. En annan utredning som har uppmärksammat samsjukligheten inom tvångsvården och dessutom kommenterat Missbruksutredningens förslag är Psykiatrilagsutredningen.<sup>13</sup> Även Psykiatrilagsutredningens slutbetänkande utgör därför ett diskussionsunderlag i uppsatsen.<sup>14</sup>

## 1.5 Disposition

Uppsatsen består av nio stycken kapitel. I detta kapitel ges en introduktion till ämnet och en kort redogörelse för Missbruksutredningens förslag. I andra kapitlet definieras rättssäkerhetsbegreppets innebörd i uppsatsen. Det är av vikt eftersom rättssäkerhetsbegreppet har en central betydelse för den fortsatta framställningen. I tredje kapitlet behandlas sedan innebörden av begreppen missbruk, psykisk störning och samsjuklighet. Avsnitten om begreppen missbruk och psykisk störning är kortfattade för

---

<sup>12</sup> SOU 2011:35.

<sup>13</sup> SOU 2012:17. Psykiatrilagsutredningen hade i uppdrag att se över LPT och LRV, men utredningen uppmärksamade även problematiken med samsjuklighet och bemötte Missbruksutredningens förslag. Slutbetänkandet har ännu inte resulterat i någon proposition från regeringen.

<sup>14</sup> Se avsnitt 8.3 nedan.

att sedan utvecklas i samband med genomgången av förutsättningarna för tvångsvård, där begreppens betydelse i LVM och LPT redogörs för. I avsnittet om samsjuklighet redogörs dels för vad som karaktäriserar missbrukare som har psykiska störningar, dels för statistik över hur många av de personer som tvångsvårdas enligt LPT och LVM som lider av samsjuklighet.

Det fjärde kapitlet är ett allmänt avsnitt om tvångsvård där en redogörelse för grundvalarna, syftena, huvudmannaskapen, vårdtiderna och intagningsprocessen i LVM respektive LPT ges. Avsnittet om tvångsvårdens grundvalar och syfte utgör en fingervisning om tvångsvårdslagarnas karaktär i vid bemärkelse. Avsnittet om huvudmannaskapet syftar till att visa hur tvångsvården är organiserad, och att det är många olika aktörer en person med samsjuklighet kan komma i kontakt med inom tvångsvården. Vidare syftar avsnitten om vårdtiden och intagningsprocessen till att visa dels att den tid en person kan tvångsvårdas skiljer sig åt mellan lagarna, dels att det finns stora skillnader mellan intagningsprocesserna.

I det femte kapitlet görs en genomgång av förutsättningarna för tvångsvård i LVM respektive LPT. Missbruksutredningen menade att deras förslag om att integrera LVM i LPT inte fick några märkbara effekter beträffande förutsättningarna, utan att alla som kan ges vård enligt LVM idag även kommer att kunna vårdas enligt LPT i fortsättningen.<sup>15</sup> För att se om Missbruksutredningens slutsats stämmer är det därför intressant att se om förutsättningarna skiljer sig åt i några avseenden. I det sjätte kapitlet beskrivs sedan de tvångsåtgärder som får användas under vårdtiden. Kapitlet syftar dels till att belysa huruvida tvångsåtgärderna skiljer sig åt i de olika lagarna, dels till att visa vilka konsekvenser det kan få för en person med samsjuklighet att vårdas enligt den ena eller den andra lagen.

Det sjunde kapitlet utreder samspelet mellan LVM och LPT. Ett av Missbruksutredningens argument var, som nämnts i bakgrunden ovan, att samspelet mellan lagarna leder till en rättsosäkerhet. Utredningen utvecklar emellertid inte argumentet i någon större utsträckning. Kapitel sju innehåller således en mer djupgående diskussion om lagarnas förhållande till varandra, för att kunna bedöma om gränsdragningen är rättsosäker. I det åttonde kapitlet diskuteras hur en förändring av samspelet mellan LVM och LPT kan utformas för att stärka rättssäkerheten i förhållande till personer med samsjuklighet. I kapitlet används dels

---

<sup>15</sup> SOU 2011:35 s. 321.

Missbruksutredningens förslag om att integrera LVM och LPT, dels Psykiatrilagsutredningens alternativa lagtekniska förslag som diskussionsunderlag. I det sista kapitlet sägs några avslutande ord om de slutsatser som har dragits i uppsatsen.

## 2 Rättssäkerhetsbegreppet

Uppsatsens övergripande syfte är att utreda om samspelet mellan LVM och LPT är rättssäkert beträffande missbrukare med psykiska störningar. För att kunna göra en sådan analys måste rättssäkerhetsbegreppets betydelse i uppsatsen klargöras. Rättssäkerhet är ett omdebatterat begrepp som går att problematisera i stor utsträckning. I detta avsnitt kommer begreppets innebörd emellertid inte att problematiseras, utan det syftar endast till att förklara vilken innebörd begreppet kommer att ha i den fortsatta framställningen.

Rättssäkerhetens huvudsakliga funktion är att skydda den enskilde mot godtyckliga ingrepp från samhället.<sup>16</sup> Det är således förhållandet mellan staten och den enskilde som främst berörs av rättssäkerheten. Ett av de viktiga värden som gör att rättssäkerhet kan upprätthållas är legalitet. Legalitetsprincipen kommer till uttryck i 1 kap. 1 § st. 3 RF och stadgar att den offentliga makten utövas under lagarna. Att den offentliga makten måste ha stöd i lag när den fattar beslut som rör enskilda har ansetts vara rättssäkerhetens fundament.<sup>17</sup> Två andra viktiga principer som innefattas i rättssäkerhetsbegreppet är likhets- och objektivitetsprincipen som regleras i 1 kap. 9 § RF och innebär att domstolar, förvaltningsmyndigheter och andra som fullgör offentliga förvaltningsuppgifter ska beakta allas likhet inför lagen samt iaktta saklighet och opartiskhet. Legalitets-, objektivitets- och likhetsprincipen kan i sin tur sägas främja förutsebarheten, som är en annan viktig del av rättssäkerheten. Kravet på att lagen ska vara tydlig och klar samt att ingen får gynnas eller missgynnas på ett otillbörligt sätt i rättstillämpningen är viktigt för den enskildes förutsebarhet.<sup>18</sup> Förutsebarheten minskar möjligheterna för samhället att utöva makten på ett godtyckligt sätt, samtidigt som den gör att den enskilde medborgaren kan förutspå konsekvenserna av ett visst handlande.<sup>19</sup> Legalitet, likhet, objektivitet och förutsebarhet kan således sägas vara delar av den traditionella definitionen av rättssäkerhet.<sup>20</sup> Vidare är det viktigt att domstolarna är fria

---

<sup>16</sup> Gustafsson, H, s. 313.

<sup>17</sup> Gustafsson, H, s. 307 och Zila, J, s. 298.

<sup>18</sup> Staaf, A, s. 28 ff.

<sup>19</sup> Vahlne Westerhäll, L, s. 16.

<sup>20</sup> Nelson, A, s. 20 och Staaf, A, s. 33.

och oavhängiga i förhållande till staten, samt att den enskilde har rätt till domstolsprövning vid ingripande åtgärder, såsom vid exempelvis ett frihetsberövande.<sup>21</sup>

Rättssäkerheten brukar även sägas bestå av en annan mer innehållsbestämd del. När rättsstaten utvecklades till en välfärdsstat uppkom ett behov av att även väga in en dimension av etisk godtagbarhet i rättssäkerhetsdefinitionen.<sup>22</sup> Det innebär att en form av materiell rättvisa måste beaktas vid juridiskt beslutsfattande för att rätten inte ska förlora sin legitimitet hos allmänheten.<sup>23</sup> Vid tillämpning av en lagregel krävs således en avvägning mellan regelns förutsebarhet och olika etiska hänsyn för att rättssäkerhetsbegreppet ska ha någon substans.<sup>24</sup> Det är denna syn på rättssäkerheten som på ett övergripande plan kommer att ligga till grund för uppsatsens fortsatta framställning. Den del av rättssäkerheten som främst kommer att behandlas i uppsatsen är emellertid förutsebarheten, som innefattar den enskildes möjligheter att förutspå följderna av att handla på ett visst sätt, samt den enskildes rätt att inte behöva utsättas för godtycklig maktutövning av staten.

---

<sup>21</sup> Se 2 kap. 9 § RF och Hirschfeldt, J, s. 22, där författaren bland annat räknar upp maktindelning och rätten till domstolsprövning som två delar av rättssäkerhetsbegreppets kärna.

<sup>22</sup> Peczenik, A, s. 94 f.

<sup>23</sup> Staaf, A, s. 36 f.

<sup>24</sup> Vahlne Westerhäll, L, s. 16.

## 3 Missbruk, psykisk störning och samsjuklighet

### 3.1 Inledande ord

I detta kapitel ges i de två första avsnitten en allmän överblick av vad ett missbruk respektive en psykisk störning är. I avsnitten redogörs även för hur många som tvångsvårdas inom LVM respektive LPT. I det tredje avsnittet förklaras begreppet samsjuklighet. I avsnittet redogörs för vad som kännetecknar missbrukare med psykiska störningar samt hur vanligt förekommande förhållandet är inom tvångsvården. Kapitlet syftar till att tjäna som en allmän bakgrund om vad för slags tillstånd missbruk, psykiska störningar och samsjuklighet utgör, och till att förenkla den fortsatta framställningen.

### 3.2 Riskbruk, missbruk och beroende

Riskbruk, missbruk och beroende är svårdefinierade begrepp som inte har någon entydig juridisk definition. *Riskbruk* definieras av Världshälsoorganisationen som en användning av narkotika eller alkohol som är eller kan bli av skadlig form, men där ett beroende eller missbruk inte anses föreligga.<sup>25</sup> *Missbruk* brukar definieras som ett lindrigare tillstånd än beroende.<sup>26</sup> Ett missbruk karaktäriseras av en överdriven användning av ett visst medel som kan medföra legala och sociala problem samt omdömeslöst risktagande.<sup>27</sup> Användningen fortsätter vanligtvis trots att nämnda problem är uppenbara för den som missbrukar. För att en användning ska klassificeras som ett *beroende* tillkommer, utöver missbruksfaktorerna, även en toleransutveckling, abstinensproblem när användningen upphör och ofta en önskan att kontrollera eller avsluta användningen.<sup>28</sup> Vid beroende är det även vanligt att alltmer tid går till att försöka skaffa fram och använda medlet.<sup>29</sup>

---

<sup>25</sup> SOU 2011:35 s. 507, där hänvisningar görs till Världshälsoorganisationen.

<sup>26</sup> SOU 2011:35 s. 508 f.

<sup>27</sup> SOU 2011:35 s. 508.

<sup>28</sup> SOU 2011:35 s. 508.

<sup>29</sup> SOU 2011:35 s. 508.

Missbruk och beroende ses som multifaktoriella tillstånd, då de bakomliggande orsakerna till tillståndet kan vara flera, exempelvis personens sociala situation, tillgängligheten till droger, ärftlighet eller psykologiska faktorer.<sup>30</sup> Missbruk och beroende kan även betraktas utifrån ett flertal olika perspektiv, såsom ett medicinskt, socialt eller juridiskt perspektiv.<sup>31</sup> Inom juridiken finns ingen klar definition av vad som utgör ett missbruk vare sig i SoL eller LVM.<sup>32</sup> Även inom det sociala området saknas en entydig definition av såväl missbruk som beroende. Traditionellt har missbruk ur social synvinkel betraktats som ett psykosocialt och rättsligt problem, snarare än ett medicinskt problem. Samtidigt har det medicinska området olika klassificeringssystem för att kunna diagnostisera en person såsom missbrukare av alkohol eller narkotika, varpå missbruket betraktas som ett medicinskt problem.<sup>33</sup> I det följande används genomgående begreppen missbruk eller missbrukare, då förutsättningen för tvångsvård enligt 4 § LVM är att en person lider av ett fortgående missbruk. Något beroende behöver således inte vara för handen för att LVM ska bli tillämplig.<sup>34</sup>

Socialstyrelsen har sedan 1998 publicerat statistik över personer med missbruksproblematik, innefattandes hur många som vårdas enligt LVM.<sup>35</sup> Statistiken bygger på en endagscensus från den 1 november varje år. Det senaste decenniet har antalet missbrukare som vårdats enligt LVM på den aktuella dagen varierat mellan ungefär 200 till 300 personer.<sup>36</sup> Hur många som vårdas enligt LVM skiftar således från år till år, men övergripande kan sägas att det inte har funnits så stora variationer i antalet de senaste åren.

### 3.3 Psykisk störning

Vad som utgör en psykisk störning definieras av olika klassificeringssystem inom psykiatrin. En psykisk störning betecknas vanligen som ett tillstånd där avvikelser i beteenden eller upplevelser förekommer i någon form. Tillståndet uppkommer antingen

---

<sup>30</sup> SOU 2011:35 s. 507.

<sup>31</sup> SOU 2011:35 s. 508.

<sup>32</sup> En utförligare redogörelse för missbruksbegreppet i LVM görs i avsnitt 5.2.2 nedan.

<sup>33</sup> SOU 2011:35 s. 508 f. Inom hälso- och sjukvården används klassificeringssystemet ICD-10 och inom psykiatrin och forskningen används DSM-IV.

<sup>34</sup> SOU 1981:7 s. 37.

<sup>35</sup> Socialstyrelsens statistik år 2012 s. 2.

<sup>36</sup> Socialstyrelsens statistik år 2002 s. 17, år 2003 s. 25, år 2004 s. 28, år 2005 s. 28, år 2006 s. 30, år 2007 s. 28, år 2008 s. 27, år 2009 s. 29, år 2010 s. 19, år 2011 s. 19 och år 2012 s. 19.



genom störningar i hjärnans funktion eller struktur, eller genom vissa upplevelser av omvärlden.<sup>37</sup> I LPT finns ingen legaldefinition av begreppet allvarlig psykisk störning, men en uppräknning av olika störningar som kan hänföras till begreppet räknas upp i förarbetena. Som en allvarlig psykisk störning räknas tillstånd av psykotisk karaktär, demens och åldersdemens, allvarliga depressioner med självmordstankar och svårartade personlighetsstörningar.<sup>38</sup>

Antalet personer som har underkastats psykiatrisk tvångsvård har minskat de senaste 50 åren.<sup>39</sup> Innan LPT började gälla år 1992 gavs psykiatrisk tvångsvård enligt lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). Enligt 3 § LSPV omfattade lagen både psykiskt störda lagöverträdare och andra personer med psykiska störningar. I slutet av 1960-talet vårdades ungefär 26 000 personer med stöd av LSPV, i slutet av 1970-talet hade siffran minskat till 9 600 personer, och i slutet av 1980-talet vårdades endast 2 800 personer enligt LSPV.<sup>40</sup> En anledning till den stora minskningen var att synen på personer med psykiska störningar förändrades och därmed även behandlingen.<sup>41</sup> Vid den senaste mätningen som genomfördes av Socialstyrelsen den 6 maj år 2008 var det 1548 personer som tvångsvårdades enligt LPT och 1518 personer som vårdades enligt LRV.<sup>42</sup> Sammanlagt var det således 3066 personer som vårdades inom den psykiatriska tvångsvården vid dagen för mätningen.

### 3.4 Samsjuklighet

Samsjuklighet är ett begrepp som används för att beskriva att en enskild person har två eller fler sjukdomar samtidigt. Andra begrepp som kan användas för att beskriva samma förhållande är dubbeldiagnos eller komorbiditet.<sup>43</sup> Samsjuklighet kan syfta på flera olika sjukdomsförhållanden. Det kan exempelvis uppkomma mellan två somatiska sjukdomar, eller mellan ett missbruk och en somatisk sjukdom.<sup>44</sup> Samsjuklighet kan

---

<sup>37</sup> Ottosson, J-O, s. 12.

<sup>38</sup> Prop. 1990/91:58 s. 86. Begreppets innebörd beskrivs mer utförligt i avsnitt 5.3.2 nedan.

<sup>39</sup> Prop. 1990/91:58 s. 72.

<sup>40</sup> Prop. 1990/91:58 s. 72.

<sup>41</sup> Prop. 1990/91:58 s. 72.

<sup>42</sup> Socialstyrelsen, Tvångsvården 2008 s. 15.

<sup>43</sup> Se [www.ne.se](http://www.ne.se), sökord: komorbiditet och SoS-rapport 1996:14 s. 14. I den här uppsatsen används emellertid begreppet samsjuklighet genomgående.

<sup>44</sup> SOU 2011:6 s. 237.

även uppstå mellan ett missbruk och en psykisk störning, och det är den situationen som begreppet syftar till här. Med samsjuklighet avses således i denna uppsats det förhållande att en person både har ett missbruk och en psykisk störning samtidigt. Det är viktigt att påpeka att personer med samsjuklighet inte är någon homogen grupp. Vilken form av missbruk respektive psykisk störning en person med samsjuklighet har varierar stort.

Studier visar att personer med missbruksproblematik har en klart ökad risk för att få psykiska besvär och vice versa.<sup>45</sup> För personer med samsjuklighet är det vanligt att problemen förstärker varandra så att både missbruket och den psykiska störningen blir svårare än vad de hade varit om de förekommit ensamma.<sup>46</sup> Många av de missbrukare som har en samtidig psykisk störning är så kallade blandmissbrukare och har ett okritiskt och kaotiskt missbruksbeteende.<sup>47</sup> Vid ett blandmissbruk missbrukar personen det som finns till hands, och det kan röra sig om alkohol, narkotika, lösningsmedel med mera.<sup>48</sup> Ett renodlat missbruk av en viss substans kräver ett mått av disciplinering, planering och en ork att hålla tillbaka eventuella impulser, något som psykiskt störda missbrukare ofta saknar.<sup>49</sup> Samtliga personer med samsjuklighet är självfallet inte blandmissbrukare, men det är vanligt. Vidare saknar de psykiskt störda missbrukarna ofta sjukdomsinsikt, samtidigt som de har ett destruktivt livsmönster som gör att de har svårt att ta ansvar för både sig själva och i relationer med andra människor.<sup>50</sup> Överdödligheten i gruppen är stor, och missbrukarna med psykiska störningar lever ofta i missbrukarkretsarnas utmarker till följd av det avvikande beteendet och den psykiska problematiken.<sup>51</sup>

Att många missbrukare lider av psykisk ohälsa i kombination med sitt missbruk är ett problem som har varit välkänt länge. Sedan 1970-talet har forskare inom missbruksområdet påtalat vikten av att denna missbrukargrupp får adekvat behandling, då den som ovan nämnts betraktas utgöra en av de mest utsatta grupperna i samhället.<sup>52</sup> Problemet har även uppdagats inom såväl socialtjänsten som sjukvården, där svårigheter vid handläggningen av ärenden beträffande psykiskt störda missbrukare har

---

<sup>45</sup> Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2007 s.188.

<sup>46</sup> Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2007 s.188.

<sup>47</sup> SoS-rapport 1996:14 s. 8 och Holmberg, B, s. 21.

<sup>48</sup> SoS-rapport 1996:14 s. 8.

<sup>49</sup> Holmberg, B, s. 22.

<sup>50</sup> SoS-rapport 1996:14 s. 8 f.

<sup>51</sup> SoS-rapport 1996:14 s. 9 och Holmberg, B, s. 22.

<sup>52</sup> Prop. 1993/94:218 s. 76 och SoS-rapport 1996:14 s. 7. Se avsnitt 1.1 ovan.

uppdagats.<sup>53</sup> Anledningen till att det är särskilt angeläget att ge personer med samsjuklighet adekvat vård är dels för att gruppen ur en medmänsklig synvinkel är utsatt och bär på stort lidande, dels för att möjligheten till självläkning är minimal för dessa människor.<sup>54</sup> Studier visar att en samordnad behandling av både missbruket och den psykiska störningen är mest effektiv ur vårdsynpunkt.<sup>55</sup>

Den senaste studien av samsjuklighet inom tvångsvården i Sverige redovisades i Missbruksutredningens slutbetänkande. Av kartläggningen framgår att cirka 60 procent av de personer som tvångsvårdas enligt LVM uppfyller kriterierna för någon form av psykiatrisk diagnos.<sup>56</sup> Av dessa var det knappt 30 procent av missbrukarna som uppfyllde kriterierna för en svår psykisk störning.<sup>57</sup> Av de personer som tvångsvårdas enligt LPT (eller LRV) hade cirka 50 procent av personerna kända missbruksproblem.<sup>58</sup> Sammantaget kan således sägas att samsjukligheten mellan missbruk och psykisk ohälsa är vanlig, och att psykiskt störda missbrukare är en grupp av personer som ofta riskerar att eftersättas.

---

<sup>53</sup> SOU 2011:6 s. 224.

<sup>54</sup> SoS-rapport 1996:14 s. 9.

<sup>55</sup> Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2007 s. 194.

<sup>56</sup> SOU 2011:35 s. 532.

<sup>57</sup> SOU 2011:35 s. 533.

<sup>58</sup> SOU 2011:35 s. 532. Studien bygger på en endagscensus från år 2008.

## 4 Allmänt om tvångsvård

### 4.1 Inledande ord

I detta kapitel ges en allmän introduktion till tvångsvården enligt LVM och LPT. Kapitlet behandlar tvångsvårdens grundvalar och lagarnas karaktär, syften, huvudmannaskap, intagningsprocesser och vårdtider. Kapitlet syftar dels till att beskriva tvångsvårdslagarnas uppbyggnad, dels till att belysa likheter och skillnader mellan LVM och LPT som på grund av lagarnas samspel kan få betydelse för personer med samsjuklighet. De skillnader mellan lagarnas uppbyggnad som framgår av kapitlet diskuteras sedan mer ingående i kapitel 8.

### 4.2 Tvångsvårdens grundvalar

Frågan om tvångsvårdens vara eller icke vara är omdiskuterad. Diskussionen består främst av två frågor. Den första frågan är om det överhuvudtaget går att legitimera tvångsvård av vuxna personer, det vill säga att vårda en enskild person mot dennes vilja. Om det går att legitimera tvångsvård är den andra frågan om vården ska begränsas till ett akut skede, eller om även ett längre behandlingsprogram ska kunna genomföras inom ramen för tvångsvården.<sup>59</sup>

Debatten om det är möjligt att legitimera tvångsvård består främst av två olika synsätt. Det ena synsättet innebär att det är varje individs ensak att bestämma över sitt liv. Individen är autonom och får välja själv om denne exempelvis vill missbruka.<sup>60</sup> Dessutom innebär tvångsvården en kränkning av mänskliga rättigheter, eftersom den enskilde blir fråntagen sin autonomi när vederbörande tvångsvårdas. Det andra synsättet menar att samhället måste kunna ingripa med tvångsvård när individens bästa motiverar det.<sup>61</sup> Med andra ord innebär det andra synsättet att det är samhällets ansvar att försöka förhindra att medborgarnas liv förstörs av exempelvis missbruk eller psykiska störningar.

---

<sup>59</sup> Gustafsson, E, (2001), s. 211.

<sup>60</sup> Strömberg, H, och Lundell, B, s. 124.

<sup>61</sup> Strömberg, H, och Lundell, B, s. 124.

I förarbetena till LPT anförs att den psykiatriska tvångsvården är ofrånkomlig på grund av den grundläggande solidaritetstanke som vårt samhälle bygger på.<sup>62</sup> Solidariteten innebär att vi inte bara har ansvar för oss själva, utan även för varandra. I förarbetena framhålls att förmågan att ta hand om sig själv varierar under livets gång, bland annat med hänsyn till hälsotillståndet.<sup>63</sup> Under perioder i livet kan det således vara svårt att ta hand om sig själv (och andra). Solidariteten kräver därför att det finns en möjlighet för samhället att ge hjälp när en person på grund av sin psykiska ohälsa uppenbarligen inte kan se till sitt eget bästa, eller är till fara för andra, trots att personen motsätter sig vård.<sup>64</sup> Att inte ha någon möjlighet att tvångsvårda personer med psykisk ohälsa skulle enligt förarbetena innebära att vi fränsade oss möjligheten att ge hjälp till personer i utsatta situationer, vilket skulle stå i strid med alla former av medmänsklighet och humanitet.<sup>65</sup> Samtidigt understryks att det är särskilt viktigt att det ställs höga krav på rättssäkerheten inom tvångsvården, och att vården måste begränsas så att den enskildes integritet skyddas.<sup>66</sup> Liknande argument går att finna i debatten i förarbetena till LVM. Oenigheten om att införa LVM var stor, men till slut enades de inblandade i debatten om att samhället i vissa fall måste kunna ingripa med skyddsåtgärder gentemot en vuxen missbrukare.<sup>67</sup>

Beträffande diskussionen om en akutlag eller vårdlag är att föredra framhålls i förarbetena till LVM att det är lättare att legitimera en akutlag. Det beror på att det kan vara omöjligt att nå en förändring i en missbrukares liv om inte personen själv är motiverad att förändra sitt liv.<sup>68</sup> Därför menar förespråkarna för en akutvårdslagstiftning att tvångsvård av vuxna endast kan berättigas för att avhjälpa akuta destruktiva situationer.<sup>69</sup> Förespråkare för en renodlad vårdlagstiftning med tvång menar istället att det är svårt att motivera missbrukare till behandling, varför en lagstiftning som endast bygger på frivillighet, eller är begränsad till tvång i akuta situationer, bidrar till att de sämst ställda inte får behövlig vård.<sup>70</sup> För att en person med missbruksproblem ska kunna bli fri från sitt missbruk krävs därför att tvång är möjligt såsom en yttre ram under den större delen av behandlingen för att kunna hålla kvar en missbrukare när

---

<sup>62</sup> Prop. 1990/91:58 s. 64 f.

<sup>63</sup> Prop. 1990/91:58 s. 65.

<sup>64</sup> Prop. 1990/91:58 s. 65.

<sup>65</sup> Prop. 1990/91:58 s. 65.

<sup>66</sup> Prop. 1990/91:58 s. 65.

<sup>67</sup> SoU 1979/80:44 s. 60.

<sup>68</sup> SOU 1987:22 s. 250.

<sup>69</sup> SOU 1987:22 s. 250.

<sup>70</sup> SOU 1987:22 s. 250.

dennes motivation för vård försvinner.<sup>71</sup> Slutsatsen i förarbetena blev att grunderna i LVM utformades med en viss akutlagskaraktär, samtidigt som vårdtiderna vittnar om att det är möjligt att hålla kvar en missbrukare längre än vad som behövs för att avhjälpa dennes akuta vårdbehov. LVM kan således sägas utgöra en kompromiss mellan en akutlag och en vårdlag, då den har inslag av båda synsätten. Av lagens rubrik och förarbetena framgår dock att lagen främst är en vårdlag, eftersom lagen syftar till att ge vård till missbrukare.<sup>72</sup> Grundtanken med lagen är att tvångsvården ska ses som en inledning till behandling som ofta måste pågå även efter att vården enligt LVM har avslutats.<sup>73</sup>

Socialberedningens slutbetänkande beträffade LPT byggde på att lagen skulle utformas enligt akutvårdsprincipen.<sup>74</sup> Lagens mål skulle enligt beredningen vara att häva ett krisläge för att kunna få kontakt med personen med den psykiska störningen och därefter påbörja en frivillig behandling.<sup>75</sup> LPT utformades likväl som en vårdlag, eftersom den inte är begränsad till att omfatta ett akut vårdbehov hos patienten. Vården kan fortsätta även när det akuta skedet har gått över, förutsatt att förutsättningarna för tvångsvård i 3 § LPT alltså är uppfyllda.

## 4.3 Tvångsvårdens syfte

### 4.3.1 LVM

Syftet med tvångsvården enligt LVM framgår av 3 §. Där stadgas att tvångsvården skall syfta till att genom behövliga insatser motivera missbrukaren så att han eller hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. I förarbetena anförs att syftesbestämmelsen innefattar dels ett kortsiktigt mål genom motivering till frivillig vård, dels ett långsiktigt mål om att den enskilde ska bli fri från sitt missbruk.<sup>76</sup> Viktigt att notera är att syftet inte är att de som tas in för tvångsvård ska vara fria från sitt missbruk när de skrivs ut från LVM-vården, utan syftet är att den enskilde ska vara så pass motiverad att behandlingen kan

---

<sup>71</sup> SOU 1987:22 s. 250.

<sup>72</sup> Prop. 1981/82:8 s. 44.

<sup>73</sup> SOU 1987:22 s. 251.

<sup>74</sup> SOU 1984:64 s. 16 och 202 ff.

<sup>75</sup> SOU 1984:64 s. 16 och 202 ff.

<sup>76</sup> Prop. 1987/88:147 s. 90.

fortsätta i frivillig form när utskrivning sker. Så snart syftet med tvångsvården är uppfyllt ska vården upphöra enligt 20 § LVM.

#### 4.3.2 LPT

I LPT regleras syftet med tvångsvården i 2 § st. 2. Av bestämmelsen framgår att tvångsvården ska syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver. I förarbetena till LPT går det inte att utläsa att tvångsvården har något långsiktigt mål om att patienten ska bli fri från sin psykiska störning. Syftet med psykiatrisk tvångsvård är således kortsiktigt och ska inriktas på att göra det möjligt för den enskilde att frivilligt kunna medverka till den vård som behövs.<sup>77</sup> Att syftet endast är av kortvarigt slag motiveras med att det psykiska tillfrisknandet så långt det är möjligt ska ske genom den enskildes aktiva medverkan genom frivillig vård och att tvångsvård därför ska ses som en temporär undantagsföreteelse.<sup>78</sup>

## 4.4 Huvudmannaskapet

En av de punkter som Missbruksutredningen ansåg var problematisk beträffande tvångsvård av personer med samsjuklighet är att LVM och LPT har olika huvudmän.<sup>79</sup> Vården enligt LPT faller in under hälso- och sjukvårdens område. I 15 § st. 1 LPT stadgas att vård enligt lagen ska ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av ett landsting. Det är således landstinget som ensamt är huvudman över den vård som ges enligt LPT.

Huvudmannaskapet för missbruksvården kan sägas vara delat mellan två olika huvudmän. Det är enligt 5 kap. 9 § SoL kommunens socialtjänst som har ansvar för att den enskilde missbrukaren får den vård som behövs för att bli fri från missbruket. Sedan 1994 är det emellertid Statens Institutionsstyrelse (SiS) som enligt 6 kap. 3 § SoL är huvudman för verksamheten på LVM-hemmen. Det innebär att tvångsvården av

---

<sup>77</sup> Prop. 1990/91:58 s. 238.

<sup>78</sup> Prop. 1990/91:58 s. 70.

<sup>79</sup> SOU 2011:35 s. 308 f.

missbrukare numer är en statlig angelägenhet under vårdtiden. Efter att ett beslut om tvångsvård har fattats av förvaltningsrätten är det SiS som enligt 25 § st. 2 LVM bestämmer över intagning i och utskrivning från ett LVM-hem. Socialtjänsten har dock kvar det övergripande ansvaret för vården av den enskilde missbrukaren, eftersom LVM-vården ses som ett led i en längre behandlingskedja där vården ofta behöver fortsätta i frivillig form efter att tvångsvården har avslutats.<sup>80</sup>

Ett exempel där samverkan mellan de olika huvudmännen inte fungerade som den skulle kan illustrera problematiken.<sup>81</sup> Fallet handlar om C som led av missbruk och psykisk ohälsa samtidigt. Efter en ansökan av socialnämnden beslutade länsrätten den 18 juni år 1999 att C skulle beredas vård enligt LVM. På grund av C:s psykiska problematik togs den 21 juni ett beslut om att bereda C vård enligt LPT istället. Eftersom C var föremål för vård enligt LPT beslutades det att vården enligt LVM skulle upphöra den 22 juni. Den psykiatriska vården avslutades sedan den 11 oktober och C återvände till sin hemort. Efter utskrivningen var det kommunens socialförvaltning som skulle ta vid med stöd i frivilliga former. Varken något möte eller boende var ordnat när C kom tillbaka från sjukvårdsinrättningen. Dagen efter utskrivningen påträffades C sedan död i ett buskage. Dödsorsaken bedömdes sannolikt vara en överdos av narkotika. Exemplet visar vilka olyckliga konsekvenser det kan få om samverkan mellan de olika huvudmännen inte fungerar. Det gäller både vården i frivillig och i ofrivillig form.

## 4.5 Intagningsprocessen

### 4.5.1 LVM

Det är socialnämnden som enligt 7 § LVM ska inleda en utredning när det har kommit till nämndens kännedom att det kan finnas skäl för att bereda en missbrukare tvångsvård. Det finns inga bestämmelser eller formkrav beträffande hur ett LVM-ärende kan initieras. Det kan exempelvis ske genom socialtjänstens arbete med missbrukare eller genom en anmälan från någon anhörig eller någon annan som varit i kontakt med den enskilde. Ett ärende kan även initieras genom den anmälningsskyldighet som enligt 6 § LVM tillkommer myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt

---

<sup>80</sup> Prop. 1987/88:147 s. 76 och prop. 1992/93:61 s. 20.

<sup>81</sup> JO 2002/03 s. 205.



med missbrukare. Vidare kan ett LVM-ärende initieras genom ett omedelbart omhändertagande av en missbrukare med stöd av 13 § LVM.

Efter att socialnämnden har inlett en utredning ska en läkarundersökning av missbrukaren ske enligt 9 § LVM, om det inte är uppenbart obehövt. Läkaren ska sedan i ett intyg redogöra för missbrukarens hälsotillstånd till socialnämnden. Det som enligt 10 § LVM ska framgå av socialnämndens utredning är missbrukarens förhållanden, om missbrukaren tidigare varit föremål för åtgärder, samt vilka åtgärder som planeras och i vilket LVM-hem intagning kan ske. Om socialnämnden efter sin utredning anser att skäl för tvångsvård föreligger ska den enligt 11 § st. 1 LVM ansöka om sådan vård hos förvaltningsrätten. Det är således förvaltningsrätten som enligt 5 § LVM beslutar om beredande av tvångsvård. Att intagningsbeslutet måste tas av förvaltningsrätten har setts som en viktig rättssäkerhetsgaranti för den enskilde.<sup>82</sup> Om förvaltningsrätten beslutar att tvångsvård ska ges, ska socialnämnden enligt 12 § st. 1 LVM se till att beslutet verkställs antingen genom vård på ett LVM-hem eller genom inledande vård på sjukhus.

#### 4.5.2 LPT

Inte heller i LPT finns några bestämmelser om på vilket sätt ett ärende ska initieras. Ett krav för att tvångsvård enligt LPT ska kunna ske är dock att ett vårdintyg har utfärdats, vilket kräver att en läkarundersökning av den enskilde har gjorts. Initiativ till en läkarundersökning kan tas av vem som helst, exempelvis en läkare i öppenvården, anhöriga till den enskilde eller socialtjänsten.<sup>83</sup> Enligt 47 § LPT kan ett ärende också inledas genom att polismyndigheten tillfälligt omhändertar en person för att det finns skäligen anledning att anta att en allvarlig psykisk störning föreligger och personen är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv eller i övrigt behöver omedelbar hjälp.

Vårdintyget som måste utfärdas för att tvångsvård ska kunna ges ska, enligt 4 § st. 1 LPT, bygga på en särskild läkarundersökning. I 4 § st. 2 LPT föreskrivs att en sådan undersökning endast får företas om det finns skäligen anledning för det samt att undersökningen ska utföras av en legitimerad läkare. Samtycker inte patienten till

---

<sup>82</sup> Prop. 1981/82:8 s. 50.

<sup>83</sup> Prop. 1990/91:58 s. 244.

undersökningen får den enskilde omhändertas för att undersökningen ska kunna genomföras. Ett sådant beslut får endast fattas av en läkare i allmän tjänst, eller av en läkare som enligt avtal med landstinget har till uppgift att utföra undersökningar för vårdintyg. Vidare får ett vårdintyg bara utfärdas om det enligt 4 § st. 1 LPT föreligger sannolika skäl för att förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda. Vårdintyget ska enligt 5 § st. 1 LPT innehålla en redogörelse för den psykiska störningen och de omständigheter i övrigt som ger upphov till vårdbehovet.

Utöver möjligheten att omhänderta en person för att kunna genomföra läkarundersökningen får även vissa andra tvångsåtgärder användas innan ett beslut om intagning har tagits.<sup>84</sup> Enligt 6 § st. 1 LPT får patienten hållas kvar på vårdinrättningen efter läkarundersökningen. Patienten får även enligt bestämmelsens andra stycke kroppsvisiteras och ytligt kroppsbesiktigas för att kontrollera att den enskilde inte innehar någon av den otillåtna egendom som anges i 21 § LPT. Vidare kan patienten enligt 6 a § LPT kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning, samt avskiljas från övriga patienter. Förutsättningarna för de tvångsåtgärder som får användas innan ett beslut om intagning har utfärdats anges i 19 § och 20 § LPT.

Beslutet om intagning för sluten psykiatrisk vård ska enligt 6 b § st. 2 LPT avgöras skyndsamt, senast ett dygn efter att patienten kom in till vårdinrättningen. Enligt samma paragraf är det chefsöverläkaren vid en enhet för psykiatrisk vård som ska fatta beslutet om intagningen. Det får inte vara samma läkare som har utfärdat vårdintyget som fattar intagningsbeslutet. Regleringen innebär att det är två olika läkare som självständigt ska bedöma huruvida förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda.<sup>85</sup> Om chefsöverläkaren anser att patienten bör ges tvångsvård får sådan vård ges i fyra veckor utan att saken prövas i domstol.

## **4.6 Vårdtider**

### *4.6.1 LVM*

Med vårdtid avses den sammanlagda tid som en person kan tvångsvårdas grundat på ett intagningsbeslut. I LVM regleras vårdtiden i 20 §. Enligt bestämmelsen ska vården

---

<sup>84</sup> Se kapitel 6 nedan för en mer utförlig beskrivning av tvångsåtgärderna.

<sup>85</sup> Prop. 1990/91:58 s. 244.

anses påbörjad när missbrukaren på grund av beslut om omedelbart omhändertagande eller tvångsvård inställt sig vid eller förts till ett LVM-hem eller ett sjukhus. Vården ska upphöra antingen när syftet med vården har uppnåtts, det vill säga när missbrukaren motiverats till att fortsätta vården i frivillig form, eller när vården har pågått i sex månader. Innebörden av bestämmelsen är att tvångsvården ska upphöra efter sex månader även om syftet med vården inte har uppnåtts. I motiven till vårtidens längd anförs att behandlingsmässiga skäl talar för en relativt lång vårdtid, men att LVM:s karaktär som undantagslag och det djupa ingrepp i den enskildes integritet som tvångsvård innebär gör att vårdtiden inte får vara längre än sex månader.<sup>86</sup> Som skäl för att det inte borde finnas någon möjlighet till förlängning av vårdtiden anfördes att den enskilde kan se en förlängning som en slags bestraffning, vilket är till men för vården.<sup>87</sup> Efter att sex månader har gått finns det således inte någon möjlighet att förlänga vårdtiden, utan det är den maximala tiden som en enskild missbrukare kan vara föremål för tvångsvård enligt LVM.

#### 4.6.2 LPT

Reglerna om vårdtid i LPT är utformade på ett annat sätt än de i LVM. Som ovan nämnts kan en patient tvångsvårdas i fyra veckor utan att någon prövning sker i domstol.<sup>88</sup> Det är tillräckligt att chefsöverläkaren, med stöd av den första läkarens vårdintyg, finner att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda. Återstår vårdbehovet efter fyra veckor ska chefsöverläkaren emellertid enligt 7 § LPT ansöka om förlängning av vårdtiden hos förvaltningsrätten. Om rätten inte anser att det finns skäl för fortsatt tvångsvård ska vården enligt 10 § LPT upphöra omedelbart. Om domstolen däremot bifaller ansökan om fortsatt tvångsvård får vården enligt 8 § st. 2 LPT högst pågå i fyra månader räknat från dagen för beslutet om intagning. Beträffande valet av en vårdtid på fyra månader framhålls i förarbetena att det på goda grunder går att anta att syftet med vården kommer att kunna uppnås inom denna tid.<sup>89</sup>

---

<sup>86</sup> SOU 1987:22 s. 88.

<sup>87</sup> SOU 1987:22 s. 89.

<sup>88</sup> Se avsnitt 4.5.2 ovan.

<sup>89</sup> Prop. 1990/91:58 s. 250.

Lagstiftaren ansåg emellertid att det inte var realistiskt att tro att en längre vårdtid än fyra månader kan undvikas fullt ut.<sup>90</sup> I förarbetena anfördes att det i ett mindre antal fall kan vara behövligt att förlänga vårdtiden mer.<sup>91</sup> I 9 § st. 1 LPT stadgas således att rätten får medge att tvångsvården fortsätter längre än fyra månader, efter ansökan av chefsöverläkaren. Domstolen får enligt samma stycke lämna sitt medgivande för högst sex månader åt gången, från och med den dag rätten lämnar sitt beslut i frågan. I förarbetena anføres att sexmånadersfristen är en maximitid, och att risken för hospitalisering särskilt måste beaktas när vårdtiden förlängs.<sup>92</sup> Vidare framhålls att möjligheten till förlängning endast ska tillämpas i mindre vanliga fall när en person redan har tvångsvårdats under en längre tidsperiod och det är avlägset att en förbättring kommer att ske.<sup>93</sup> Det finns dock inte något hinder mot att en förlängning av vårdtiden sker mer än en gång, även om det bara ska ske i undantagsfall.<sup>94</sup>

Regleringen innebär att sexmånadersfristen bara är en maximitid på så sätt att det måste ske en ny domstolsprövning innan vårdtiden kan förlängas ytterligare en gång. I princip kan alltså tvångsvård enligt LPT ges hur länge som helst, förutsatt att chefsöverläkaren lämnar in en ansökan om förlängning till rätten innan sexmånadersfristens utgång och att domstolen medger en förlängning. I praxis har det emellertid fastslagits att restriktivitet ska iakttas när vårdtiden förlängs, samt att särskilt stor återhållsamhet är påkallad när det rör sig om återkommande förlängningar av tvångsvård för en och samma patient.<sup>95</sup>

---

<sup>90</sup> Prop. 1990/91:58 s. 118.

<sup>91</sup> Prop. 1990/91:58 s. 118.

<sup>92</sup> Prop. 1990/91:58 s. 251.

<sup>93</sup> Prop. 1990/91:58 s. 251.

<sup>94</sup> Prop. 1990/91:58 s. 251.

<sup>95</sup> RÅ 1998 ref. 51.

## 5 Förutsättningar för tvångsvård

### 5.1 Inledande ord

Redogörelsen i kapitel 4 visade att det finns betydande skillnader mellan hur LVM respektive LPT är uppbyggda. I detta kapitel ska förutsättningarna för tvångsvård i LVM respektive LPT genomgå och jämföras, för att se om det finns skillnader även mellan förutsättningarna för vård. Missbruksutredningens förslag var att upphäva LVM och tvångsvårda även LVM-klienter inom ramen för LPT. En viktig fråga är om förslaget kan leda till att vissa av de personer som enligt gällande rätt kan få vård enligt LVM faller utanför LPT:s tillämpningsområde. För att bedöma om vissa av LVM-klienterna kan komma att exkluderas från vård enligt LPT måste en jämförelse mellan lagarnas förutsättningar för tvångsvård göras. Jämförelsen syftar dels till att belysa likheter och skillnader mellan förutsättningarna i lagarna, dels till att tjäna som diskussionsunderlag i den utvecklade analysen i kapitel 8.

### 5.2 LVM

#### 5.2.1 Allmänt om förutsättningarna

Förutsättningarna för tvångsvård av missbrukare regleras i 4 § LVM. I paragrafens två första punkter finns generalindikationen. För att tvångsvård ska komma i fråga krävs enligt generalindikationen för det första att någon har ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel. För det andra krävs att missbruket föranleder ett vårdbehov som inte kan tillgodoses enligt SoL eller på något annat sätt än genom tvångsvård enligt LVM. Utöver generalindikationen innehåller även bestämmelsens tredje punkt tre stycken specialindikationer. För att tvångsvård ska kunna ges måste en av dessa tre specialindikationer vara uppfyllda tillsammans med generalindikationen.

### 5.2.2 Fortgående missbruk

För att tvångsvård enligt LVM ska bli aktuellt måste för det första ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel föreligga, 4 § st. 1 p. 1 LVM. Missbruket ska bestå av användning av någon av de substanser som räknas upp i bestämmelsen, det vill säga alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel. Som alkoholdryck förstås enligt 5 § alkohollagen (2010:1622) en dryck som innehåller mer än 2,25 procent alkohol.<sup>96</sup> Med narkotika avses läkemedel eller hälsofarliga varor med starkt vanebildande egenskaper, samt preparat som med lätthet kan omvandlas till sådana varor, 8 § narkotikastrafflagen (1968:64).<sup>97</sup> Flyktiga lösningsmedel är medel som inandas i berusningssyfte, såsom exempelvis toulén, xylen, trikloretylen och bensen.<sup>98</sup> Dessa medel återfinns i produkter såsom nagellacks- eller fläckborttagning, färger, thinner, kemtvättsvätska, lim och drivgas i sprayförpackningar.<sup>99</sup> Andra former av missbruk, exempelvis spelmissbruk och matmissbruk, kan således inte medföra tvångsvård enligt LVM, trots att även sådant missbruk kan vara förödande för individen.

Som ovan nämnts finns det inte någon juridisk definition av begreppet missbruk.<sup>100</sup> Det kan ses som problematiskt eftersom att missbruksbedömningen är av avgörande betydelse för att kunna ge tvångsvård enligt LVM. Även om det vore önskvärt med en klar definition av begreppet missbruk är det svårt att fastslå en sådan. Anledningen är dels att begreppet uttrycks på olika sätt inom olika verksamheter, exempelvis sociologiskt respektive medicinskt, dels att begreppet inte används konsekvent.<sup>101</sup> Begrepp i missbrukssammanhang såsom högkonsumtion (av alkohol), beroende och missbruk kan ibland användas för att visa på olika konsumtionsnivåer, ibland som synonyma begrepp, och ibland för att beskriva konsumentens sociala situation.<sup>102</sup> I ett socialt perspektiv brukar exempelvis en person definieras som missbrukare om personen lever under undermåliga omständigheter och är socialt utslagen, medan en

---

<sup>96</sup> Se prop. 1981/82:8 s. 75 där en hänvisning görs till lagen (1977:292) om tillverkning av drycker, som sedan upphävdes och ersattes av alkohollagen.

<sup>97</sup> Prop. 1981/82:8 s. 40. Se även s. 75 där en hänvisning också görs till Socialstyrelsens narkotikaförteckning (1974:712).

<sup>98</sup> Prop. 1987/88:147 s. 39.

<sup>99</sup> Prop. 1987/88:147 s. 39.

<sup>100</sup> Se avsnitt 3.2 ovan.

<sup>101</sup> Gustafsson, E. (2001), s. 306.

<sup>102</sup> SOU 1994:28 s. 25.

person som har en bibehållen social situation kan betraktas som högkonsument.<sup>103</sup> Personens sociala status är emellertid inte avgörande för huruvida en person ska ses som missbrukare i LVM:s mening, utan även en så kallad högkonsument kan falla in under begreppet missbrukare om ett fortgående missbruk av någon av de substanser som räknas upp i 4 § st. 1 p. 1 LVM är för handen.

Med missbruk i LVM synes generellt sett avses en regelbundet återkommande konsumtion av ett medel som leder till någon form av medicinska eller sociala skadeverkningar.<sup>104</sup> Missbruksbegreppet är således inte tänkt att omfatta bruk av ett medel som inte kan leda till skador. I förarbetena anförs att för att ett *missbruk av alkohol* ska föreligga måste bruket omfatta en inte alltför obetydlig konsumtion.<sup>105</sup> Vidare framhålls att det inte är möjligt att dra en gräns för när ett förtärande av alkohol ska vara att anse som missbruk, exempelvis genom konsumtionsnivåer.<sup>106</sup> Lagens missbruksbegrepp tar istället sikte på vilka skadeverkningar missbruket kan leda till. Således anförs i motiven att en konsumtion som leder till allvarliga följder såsom sociala eller medicinska problem är att betrakta som missbruk.<sup>107</sup> Med *missbruk av narkotika* avses i LVM allt icke-medicinskt bruk av narkotika.<sup>108</sup> Enligt motiven innefattar begreppet i princip allt injektionsmissbruk, samt övrig användning av narkotika som sker dagligen eller nästan dagligen oberoende av intagningsätt.<sup>109</sup> Förarbetsuttalandena innebär således att användning av ett narkotikaklassat preparat som ordinerats av en läkare till en viss person inte faller in under begreppet narkotikamissbruk. Används dock preparaten av en annan person än den som narkotikan ordinerats till kan det falla in under lagens missbruksbegrepp.

Det är inte tillräckligt att användandet av ett medel kan klassificeras som missbruk, utan missbruket måste även bedömas vara fortgående för att tvångsvård ska kunna tillämpas. I förarbetena definieras ett missbruk som fortgående om det har en viss varaktighet, eller om det är återkommande i perioder.<sup>110</sup> För att betraktas som ett fortgående missbruk måste missbruket antingen vara förhållandevis intensivt, eller regelbundet återkommande.<sup>111</sup> En tillfällig överkonsumtion av alkohol, narkotika eller

---

<sup>103</sup> SOU 1994:28 s. 25.

<sup>104</sup> Gustafsson, E, (2001), s. 308.

<sup>105</sup> SOU 1981:7 s. 48 och prop. 1981/82:8 s. 74.

<sup>106</sup> SOU 1981:7 s. 48 och prop. 1981/82:8 s. 74.

<sup>107</sup> SOU 1981:7 s. 48, prop. 1981/82:8 s. 74 f och prop. 1987/88:147 s. 40.

<sup>108</sup> Prop. 1981/82:8 s. 75.

<sup>109</sup> Prop. 1981/82:8 s. 75.

<sup>110</sup> Prop. 1981/82:8 s. 74.

<sup>111</sup> SOU 1981:7 s. 37.

flyktiga lösningsmedel räknas således inte som fortgående och kan inte föranleda LVM-vård.

### 5.2.3 *Vårdbehov som inte kan tillgodoses på annat sätt*

För att generalindikationen ska vara uppfylld krävs även enligt 4 § p. 2 LVM att missbrukaren är i behov av vård, och att vårdbehovet inte kan tillgodoses med hjälp av SoL eller på annat sätt. Viktigt att notera beträffande vårdbehovet är att det är den enskildes eget behov av vård på grund av missbruket som ska ligga till grund för bedömningen. Det är således inte samhällsskyddet som är avgörande.<sup>112</sup> Vidare ska den enskilde vara i behov av vård just för att komma ifrån sitt missbruk. Är personen i behov av vård på grund av andra anledningar är det inte LVM som ska tillämpas. Vård enligt LVM kan i princip meddelas oberoende av den enskildes samtycke.<sup>113</sup> Om den enskilde samtycker till vård är det emellertid ett starkt skäl mot att besluta om tvångsvård.<sup>114</sup> Det finns dock ibland skäl att tillämpa LVM även om samtycke föreligger. Ett sådant skäl är om missbrukarens samtycke inte kan anses vara allvarligt menat eller om missbrukaren inte är villig att ställa upp på hela den behandlingsinsats som vårdbehovet kräver.<sup>115</sup> Föreligger ett allvarligt menat samtycke från missbrukaren ska dock inte LVM tillämpas.

Kravet på att vårdbehovet inte ska kunna tillgodoses enligt SoL eller på något annat sätt innebär inte att andra vårdinsatser måste ha prövats i varje fall.<sup>116</sup> Högsta förvaltningsdomstolen har emellertid slagit fast att den enskilde måste ha erbjudits frivillig vård innan det kan konstateras att vårdbehovet endast kan tillgodoses enligt LVM.<sup>117</sup> Kravet innebär således att man måste utröna att vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt SoL eller någon annan vårdlag innan ett beslut om tvångsvård tas. Andra vårdlagar som kan bli aktuella är HSL, LPT eller LVU.<sup>118</sup> Är någon av dessa

---

<sup>112</sup> SOFS 1997:6 s. 10 och Gustafsson, E, (2001), s. 339.

<sup>113</sup> Prop. 1981/82:8 s. 75. Jfr. 3 § st. 2 LPT, där en förutsättning för psykiatrisk tvångsvård är att patienten motsätter sig sådan vård, se avsnitt 5.3.4 nedan.

<sup>114</sup> Prop. 1981/82:8 s. 75.

<sup>115</sup> Prop. 1981/82:8 s. 75.

<sup>116</sup> Prop. 1981/82:8 s. 75.

<sup>117</sup> RÅ 1990 ref. 10.

<sup>118</sup> Prop. 1981/82:8 s. 75.



lagar tillämpliga och kan tillgodose missbrukarens vårdbehov ska den lagen tillämpas framför LVM.

#### 5.2.4 Specialindikationerna

Utöver generalindikationen måste även en av de tre specialindikationerna vara uppfylld vid ingripandetillfället för att tvångsvård ska kunna ges enligt LVM. Specialindikationerna framgår av 4 § st. 1 p. 3 a-c LVM. Den första specialindikationen (a) brukar benämnas *hälsoindikationen* och den är uppfylld om den enskilde till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara. Det är tillräckligt att det föreligger en konkret risk för att missbrukaren utsätter sin hälsa för allvarlig fara, exempelvis genom att missbrukaren underlåter att äta eller riskerar att frysa ihjäl.<sup>119</sup> För att hälsoindikationen ska vara uppfylld krävs att det objektivt går att konstatera att den enskildes psykiska eller fysiska tillstånd är så illa därav att vård behövs, alternativt att avhållsamhet från missbruksmedlet måste iakttas för att den enskildes tillstånd inte allvarligt ska förvärras.<sup>120</sup>

Den andra specialindikationen (b) är tillämplig när den enskilde löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv till följd av missbruket, den så kallade *sociala indikationen*. Den sociala indikationen infördes år 1989, främst med hänsyn till de yngre missbrukare som inte kunde anses uppfylla hälsoindikationen, men som ändå var i behov av ett tidigt ingripande i form av tvångsvård.<sup>121</sup> Indikationen tar sikte på situationer där missbruket dominerar den enskildes livsföring och där missbrukaren riskerar att hamna i ett socialt utanförskap.<sup>122</sup> Enligt förarbetena ska det vara fråga om ”en utomordentligt allvarlig situation, där missbruket uppenbarligen äventyrar, det vill säga nästintill omintetgör, missbrukarens möjligheter att under en lång tid framöver leva ett människovärdigt liv”.<sup>123</sup> Den sociala indikationen möjliggör således ett tidigt tvångs-ingripande när det fortfarande är sannolikt att kunna bryta ett destruktivt levnadssätt, trots att någon allvarlig hälsorisk inte föreligger.

---

<sup>119</sup> Prop. 1981/82:8 s. 40.

<sup>120</sup> Prop. 1981/82:8 s. 40.

<sup>121</sup> Prop. 1987/88:147 s. 46.

<sup>122</sup> Prop. 1987/88:147 s. 92.

<sup>123</sup> Prop. 1987/88:147 s. 92.

Den tredje specialindikationen (c) avser situationer där den enskilde till följd av missbruket kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående, den så kallade *skadeindikationen*. Genom skadeindikationen finns inte bara ett skydd för missbrukaren, utan även ett skydd för omgivningen. Att den enskilde kan befaras komma att allvarligt skada sig själv tar främst sikte på när det föreligger en risk för självmord, även om bestämmelsen inte utesluter andra former av allvarlig skada.<sup>124</sup> Begreppet närstående innefattar de personer som kan betraktas stå i ett beroendeförhållande till missbrukaren, såsom maka eller make, sambo, föräldrar, syskon och barn.<sup>125</sup> Närståendeskyddet är avsett att skydda såväl fysisk som psykisk skada, men inte en skada som enbart är ekonomisk.<sup>126</sup> Är någon av specialindikationerna uppfylld samtidigt som generalindikationen ska tvångsvård enligt LVM ges.

## 5.3 LPT

### 5.3.1 Allmänt om förutsättningarna

Psykiatrisk tvångsvård kan enligt 2 § LPT ges i sluten eller öppen form. Sluten psykiatrisk tvångsvård ges genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning. Öppen psykiatrisk tvångsvård behöver inte ges på sjukhus, utan det är en form av tvångsvård där patienten ska iaktta särskilda villkor. All tvångsvård måste åtminstone i ett inledande skede ges i sluten form. Det framgår av lydelsen i 2 § LPT som stadgar att vård enligt lagen ges som sluten psykiatrisk vård eller, *efter sådan vård*, som öppen psykiatrisk tvångsvård.

Förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT regleras i lagens 3 §. Rekvisiten i bestämmelsen är kumulativa, vilket innebär att samtliga förutsättningar som nämns måste vara för handen samtidigt för att tvångsvård ska komma i fråga. Kravet på att rekvisiten måste vara uppfyllda samtidigt gäller både i samband med intagning och under vårdtiden.<sup>127</sup> När det inte längre föreligger förutsättningar för tvångsvård ska det

---

<sup>124</sup> Prop. 1981/82:8 s. 40.

<sup>125</sup> Prop. 1981/82:8 s. 76.

<sup>126</sup> Prop. 1981/82:8 s. 76.

<sup>127</sup> Prop. 1990/91:58 s. 238.

enligt 27 § LPT genast beslutas att tvångsvården ska upphöra. Frågan om tillräckliga förutsättningar föreligger ska enligt samma paragraf övervägas löpande under vårdtiden.

### 5.3.2 Allvarlig psykisk störning

Den första förutsättningen för tvångsvård enligt LPT är att det föreligger en allvarlig psykisk störning. Socialministern framhöll vid LPT:s tillkomst att det är en grundläggande fråga vilka psykiska tillstånd som ska omfattas av lagen och hur dessa ska beskrivas i lagen.<sup>128</sup> Ministern menade att det inte var möjligt att ange grundförutsättningen för tvångsvård i annat än allmänna termer, varför man fick försöka finna ett uttryck som koncentrerat innefattade de psykiska tillstånd som lagen skulle omfatta.<sup>129</sup> LPT:s föregångare LSPV byggde på begreppet ”psykisk sjukdom” och med det jämfördes psykisk abnormitet som inte var en psykisk sjukdom eller en psykisk utvecklingsstörning.<sup>130</sup> I förarbetena till LPT underströks att ett rent biologiskt sjukdomsbegrepp inte får ligga till grund för huruvida psykiatrisk tvångsvård ska kunna ske, utan att det är viktigt att ta fasta på att psykiska störningar kan bero på biologiska, sociala och psykologiska faktorer som ofta samspelar och därmed förstärker varandra.<sup>131</sup> Begreppet allvarlig psykisk störning fick därför ersätta rekvisitet psykisk sjukdom och var avsett att ha en något snävare omfattning än rekvisitet i LSPV.<sup>132</sup> Innebörden av begreppet allvarlig psykisk störning är emellertid, som ovan nämnts, inte definierat i lagen. För att förstå innebörden av rekvisitet får förarbetsuttalandena därför vara vägledande.

I motiven räknas ett antal störningar upp som bör falla in under begreppet allvarlig psykisk störning och därmed kan ligga till grund för tvångsvård enligt LPT:

”Till allvarlig psykisk störning bör i första hand räknas tillstånd av psykotisk karaktär, således tillstånd med störd realitetsvärdering och med symtom av typen vanföreställningar, hallucinationer och förvirring. Till följd av en hjärnskada kan vidare en psykisk funktionsnedsättning av allvarlig art (demens) med störd realitetsvärdering och bristande förmåga till orientering i tillvaron uppkomma.

---

<sup>128</sup> Prop. 1990/91:58 s. 84.

<sup>129</sup> Prop. 1990/91:58 s. 85.

<sup>130</sup> Se 1 § LSPV och prop. 1990/91:58 s. 84 f.

<sup>131</sup> Prop. 1990/91:58 s. 85.

<sup>132</sup> Prop. 1990/91:58 s. 238.

Till allvarlig psykisk störning bör också räknas allvarliga depressioner med självmordstankar. Vidare bör dit föras svårartade personlighetsstörningar (karaktärsstörningar), exempelvis vissa invalidiserande neuroser och personlighetsstörningar med impulsgenombrott av psykoskaraktär.

Tvångsvård bör vidare kunna aktualiseras när en krisreaktion är sådan att påverkan på den psykiska funktionsnivån blir så uttalad att den är av psykotisk art.”<sup>133</sup>

De psykiska störningar som uppräknas ovan är exempel på störningar som kan betraktas som allvarliga i lagens mening. I förarbetena görs även ett uttalande om olika psykiska störningar som missbruk kan ge upphov till, och i vilka fall dessa tillstånd kan ligga till grund för LPT-vård:

”Till allvarlig psykisk störning bör hänföras också alkoholpsykoserna, såsom delirium tremens, alkoholhallucinos och klara demenstillstånd. Detsamma gäller de psykosor som kan drabba narkotikamissbrukare. Även i andra situationer när en missbrukare har kommit in i ett allvarligt förvirringstillstånd och det är uppenbar fara för hans fysiska hälsa eller liv skall tvångsvård kunna tillämpas. I vissa fall kan vidare ett abstinensstillstånd vara så svårartat att det under en kortare tid måste betecknas som en allvarlig psykisk störning. Självklart är att ett allvarligt missbruk som leder enbart till allvarliga kroppsliga komplikationer inte skall kunna medföra psykiatrisk tvångsvård.”<sup>134</sup>

Viktigt att notera är att uppräknningen av de tillstånd som kan anses utgöra grund för tvångsvård enligt förarbetena inte är uttömmande.<sup>135</sup> Det är således många olika tillstånd som kan falla in under begreppet allvarlig psykisk störning och därmed utgöra skäl för psykiatrisk tvångsvård. Tvångsvård får emellertid enligt 3 § st. 3 LPT inte ges om patientens psykiska störning enbart utgör en utvecklingsstörning. I förarbetena framhålls att patienter med enbart psykisk utvecklingsstörning istället skulle vårdas enligt den dåvarande omsorgslagen (1985:568).<sup>136</sup>

Det är inte tillräckligt att fastställa att en psykisk störning föreligger för att LPT-vård ska kunna ges. Störningen måste dessutom vara allvarlig. Huruvida en psykisk störning är allvarlig bedöms både utefter störningens art och grad.<sup>137</sup> Med art avses vilken typ av

---

<sup>133</sup> Prop. 1990/91:58 s. 86.

<sup>134</sup> Prop. 1990/91:58 s. 86.

<sup>135</sup> Prop. 1990/91:58 s. 238.

<sup>136</sup> Idag är omsorgslagen ersatt av LSS.

<sup>137</sup> Prop. 1990/91:58 s. 238.

störning som är för handen, och med grad avses omfattningen av ingreppet i personligheten som störningen ger upphov till.<sup>138</sup> Vissa psykiska störningar är allvarliga både sett till art och grad. Andra störningar, exempelvis schizofreni, anses alltid vara allvarliga till sin art, men behöver inte vara det gradmässigt.<sup>139</sup> Samtidigt bedöms exempelvis inte depressioner vara störningar av allvarlig art, men de kan vara väldigt allvarliga till sin grad.<sup>140</sup> Eftersom psykiska störningar ofta skiljer sig från varandra i såväl art som grad måste en sammanvägning göras i varje enskilt fall vid bedömningen om en störning kan anses vara allvarlig.<sup>141</sup>

### 5.3.3 Oundgängligt behov av sluten psykiatrisk tvångsvård

När det har konstaterats att en allvarlig psykisk störning föreligger är nästa förutsättning, för sluten psykiatrisk vård, att den enskilde 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, 3 § st. 1 p. 1 LPT. Vårdbehovet ska föreligga på grund av patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt.

Kravet på att ett oundgängligt vårdbehov ska föreligga hindrar att samhället ingriper med tvångsvård uteslutande för att en person har en psykisk störning. Enbart det faktum att en person lider av en psykisk störning kan därför inte aktualisera en tillämpning av LPT, utan det krävs även att ett kvalificerat vårdbehov finns till följd av störningen. Vid bedömningen av den enskildes eventuella vårdbehov är det främst risken för vederbörandes liv eller hälsa som ska vara avgörande.<sup>142</sup> Vårdbehovet måste vidare endast kunna fyllas genom vård på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Det är därför relevant att även se till den enskildes relationer till omgivningen och levnadsförhållanden.<sup>143</sup> Om det finns någon annan lösning att tillgå än psykiatrisk tvångsvård, såsom exempelvis om personen kan klara sig själv, eller klara sig med hjälp av någon anhörig eller hemtjänst, ska tvångsvård inte ges.<sup>144</sup> Det faktum

---

<sup>138</sup> Prop. 1990/91:58 s. 238 f.

<sup>139</sup> Prop. 1990/91:58 s. 87.

<sup>140</sup> Prop. 1990/91:58 s. 87.

<sup>141</sup> Prop. 1990/91:58 s. 87.

<sup>142</sup> Prop. 1990/91:58 s. 91.

<sup>143</sup> Prop. 1990/91:58 s. 91.

<sup>144</sup> Prop. 1990/91:58 s. 91.

att vårdbehovet ska vara både oundgängligt och omöjligt att tillgodose på annat sätt än på en sjukvårdsinrättning innefattar ett krav på att det i varje enskilt fall utreds om någon annan vård- eller omsorgsform kan fylla vårdbehovet, exempelvis stödsatser från socialtjänsten.<sup>145</sup> Det krävs även att vårdbehovet inte kan fyllas genom tillämpning av någon annan tvångsvårdslag, såsom LVM.

#### 5.3.4 *Avsaknad av samtycke till vård*

En annan förutsättning för psykiatrisk tvångsvård är att patienten motsätter sig vård eller att det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke, 3 § st. 2 LPT. Det är patientens egen inställning till vård som ska tillmätas självständig betydelse i fråga om förutsättningen om avsaknad av samtycke är uppfylld.<sup>146</sup> Enligt förarbetena är det möjligt för patienten att ge uttryck för sin inställning på olika sätt. Exempelvis kan personen motsätta sig vård rent verbalt, men även genom att handla eller uppträda på ett visst sätt.<sup>147</sup> Rekvisitet innebär således i princip att det inte är möjligt att tvångsvårda en person som samtycker till den vård som betraktas vara nödvändig.

I 3 § st. 2 LPT föreskrivs emellertid en undantagsregel, som innebär att det kan vara möjligt att ge tvångsvård även om patienten inte motsätter sig frivillig vård. Undantagsregeln tar sikte på de fall där patientens psykiska tillstånd medför en grundad anledning att anta att vården inte kan ges med patientens samtycke. De patienter som främst avses med bestämmelsen är de som på grund av sin psykiska störning överhuvudtaget inte kan uttala någon uppfattning i vårdfrågan.<sup>148</sup> Undantagsregeln är också avsedd att omfatta patienter som vid flertalet tillfällen varit intagna för tvångsvård på grund av att de inte kunnat sköta sin frivilliga behandling på ett godtagbart sätt.<sup>149</sup> Om det finns en grundad anledning att anta att en patient kommer att avbryta sin frivilliga vård efter kort tid möjliggör undantagsregeln istället att tvångsvård ges.<sup>150</sup> Undantagsregeln syftar därför till att kunna ge bästa möjliga vård utefter patientens

---

<sup>145</sup> Prop. 1990/91:58 s. 91.

<sup>146</sup> Prop. 1990/91:58 s. 242.

<sup>147</sup> Prop. 1990/91:58 s. 241.

<sup>148</sup> Prop. 1999/2000:44 s. 115.

<sup>149</sup> Prop. 1999/2000:44 s. 115.

<sup>150</sup> Prop. 1999/2000:44 s. 115.

tidigare agerande, samtidigt som utgångspunkten är att det är patientens egen inställning till vård som kommer i första hand.<sup>151</sup>

### 5.3.5 *Farlig för annan*

Vid bedömning av vårdbehovet ska enligt 3 § st. 4 LPT även beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska alternativt psykiska hälsa. Det huvudsakliga motivet till psykiatrisk tvångsvård är den enskildes patientens vårdbehov. Rekvisitetet i fjärde stycket visar emellertid att den psykiatriska tvångsvården, liksom LVM-vården, även har en samhällsskyddande funktion. I förarbetena framhålls att det inte går att dra någon tydlig gräns mellan den enskildes vårdbehov och skyddet för omgivningen.<sup>152</sup> Det anförs således att det även är av väsentligt intresse för den enskilde att hindras från att skada andra på grund av sitt psykiska tillstånd.<sup>153</sup> Slutsatsen i förarbetena är således att även omgivningsskyddet bottnar i utgångspunkten att psykiatrisk tvångsvård ska vara betingad av patientens behov av vård.

Enligt 3 § st. 4 LPT ska farlighetsaspekten utgöra en av bedömningsgrunderna när vårdbehovet enligt paragrafens första stycke prövas. För att personens eventuella farlighet ska kunna beaktas måste den enligt ordalydelsen följa av den psykiska störningen. Att personen är farlig för omgivningen på grund av någon annan omständighet kan inte beaktas i bedömningen. Bestämmelsen avser att skydda närstående och andra, men däremot inte den enskildes farlighet gentemot sig själv.<sup>154</sup> Huruvida patienten exempelvis kan komma att skada sig själv beaktas istället i första stycket. Det som skyddas genom 3 § st. 4 LPT är annans personliga säkerhet och fysiska eller psykiska hälsa. Med personlig säkerhet avses personens kroppsliga integritet.<sup>155</sup> Som exempel på psykiska lidanden som kan tas i beaktande nämns i motiven hot och trakasserier.<sup>156</sup> Utanför bestämmelsens tillämpningsområde faller risk för skada på egendom och andra former av ekonomiska skador.<sup>157</sup> Sammantaget kan

---

<sup>151</sup> Prop. 1999/2000:44 s. 115.

<sup>152</sup> Prop. 1990/91:58 s. 97.

<sup>153</sup> Prop. 1990/91:58 s. 98.

<sup>154</sup> Prop. 1990/91:58 s. 243 och 403.

<sup>155</sup> Prop. 1990/91:58 s. 243.

<sup>156</sup> Prop. 1990/91:58 s. 243.

<sup>157</sup> Prop. 1990/91:58 s. 243.

sågas att skaderekvisitet öppnar upp för ett skydd för omgivningen, men att rekvisitet samtidigt grundar sig i den enskildes vårdbehov.

### 5.3.6 Öppen psykiatrisk tvångsvård

Som ovan nämnts kan psykiatrisk tvångsvård även bedrivas i öppen form efter att vården har inletts i sluten form. Någon motsvarighet finns inte i LVM, utan all tvångsvård av missbrukare sker i LVM-hem.<sup>158</sup> Öppen psykiatrisk tvångsvård infördes år 2008 och regleras i 3 § st. 1 p. 2 LPT. Förutsättningen för öppen psykiatrisk tvångsvård är att patienten är i behov av att iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig vård.

Innan den öppna vårdformen infördes fanns en benägenhet hos rättstillämparen att tillåta långa permissioner i strid med intentionerna i lagstiftningen.<sup>159</sup> I fall där det kan vara olämpligt att avbryta tvångsvården med hänsyn till en risk för att patientens hälsotillstånd försämras eller att en utslussning misslyckas ansåg därför lagstiftaren att det behövdes en möjlighet till psykiatrisk tvångsvård i öppen form, istället för användningen av långa permissioner.<sup>160</sup> I förarbetena till bestämmelsen anför regeringen att det i vissa fall behövs lång tid för att ge personer med psykiska sjukdomar eller funktionshinder en möjlighet att anpassa sig till ett liv utanför sjukvårdsinrättningen.<sup>161</sup> Regeringen pekade även på att det finns patienter som inte är i behov av att vistas på en sjukvårdsinrättning, men som ändå har ett livslångt behov av struktur rörande exempelvis boende, sysselsättning eller medicinering för att inte den psykiska sjukdomen ska försämras.<sup>162</sup> Ett av den öppna vårdformens användningsområden synes därför vara att förbereda tvångsvårdens upphörande. Avsikten med den nya vårdformen är enligt motiven att den ska innebära minsta möjliga inskränkning i den enskildes frihet samtidigt som förutsättningarna för en individanpassad rehabilitering och utslussning till ett liv utanför sjukvårdsinrättningen förbättras.<sup>163</sup>

---

<sup>158</sup> Se 22 § LVM.

<sup>159</sup> Prop. 2007/08:70 s. 74.

<sup>160</sup> Prop. 2007/08:70 s. 75.

<sup>161</sup> Prop. 2007/08:70 s. 75.

<sup>162</sup> Prop. 2007/08:70 s. 75.

<sup>163</sup> Prop. 2007/08:70 s. 76.



I motiven anges inte hur länge den slutna tvångsvården måste pågå innan det kan bli aktuellt med öppen vård, utan det enda som framgår är att förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård måste vara uppfyllda i vart fall i ett inledande skede.<sup>164</sup> Det är endast det oundgängliga vårdbehovet på sluten sjukvårdsinrättning som inte behöver vara uppfyllt vid tvångsvård i öppen form. De övriga förutsättningar för tvångsvård som räknas upp i 3 § LPT måste således vara uppfyllda även för öppen psykiatrisk tvångsvård. Det innebär att patienten måste ha en allvarlig psykisk störning, ha ett behov av att iaktta särskilda villkor till följd av störningen och sina personliga förhållanden, samt motsätta sig vård.

I 26 § LPT anges den närmare innebörden av öppen psykiatrisk tvångsvård. De särskilda villkoren kan bestå av både skyldigheter och förbud, exempelvis att kontakta en viss person. I motiven framhålls att patienten i vissa fall endast behöver föreskrivas ett villkor, såsom att avhålla sig från berusningsmedel.<sup>165</sup> I sådana fall kan patienten bo hemma och exempelvis arbeta. I andra fall kan patientens tillstånd kräva att flera villkor föreskrivs, exempelvis särskilt boende, terapi och förbud att kontakta vissa personer.<sup>166</sup> De särskilda villkor som kan föreskrivas inom den öppna psykiatriska tvångsvården kan således vara av såväl medicinskt som socialt slag. En intressant fråga, som dessvärre faller utanför uppsatsens syfte, är hur det är möjligt att legitimera ett påtvingande av sociala insatser inom ramen för en psykiatrisk tvångslag, insatser som inte kan genomföras med tvång enligt varken SoL eller LSS.<sup>167</sup>

## 5.4 Reflektioner

Av genomgången följer att förutsättningarna är liknande i LVM och LPT. Det finns emellertid även betydande skillnader mellan förutsättningarna i lagarna som är värda att belysa med hänsyn till Missbruksutredningens förslag om att likställa ett missbruk med en allvarlig psykisk störning. En viktig fråga är huruvida alla de personer som kan ges vård enligt LVM idag även uppfyller förutsättningarna för vård enligt LPT.

En skillnad mellan förutsättningarna är att LVM innehåller både en social indikation och en hälsoindikation som inte har någon motsvarighet i LPT. Den sociala

---

<sup>164</sup> Prop. 2007/08:70 s. 145.

<sup>165</sup> Prop. 2007/08:70 s. 111.

<sup>166</sup> Prop. 2007/08:70 s. 111.

<sup>167</sup> Gustafsson, E, (2010), s. 173.

indikationen föreligger som ovan nämnts om en missbrukare löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, 4 § st. 1 p. 3 b LVM. Indikationen är avsedd att fånga upp de fall där missbruket ännu inte lett till några allvarliga kroppsliga eller psykiska komplikationer, således ofta personer som är i ett inledande skede av sitt missbruk. Vidare föreskriver hälsoindikationen i LVM att hänsyn ska tas till om missbrukaren utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, 4 § st. 1 p. 3 a LVM. Indikationen innebär att det är möjligt att beakta psykiska faktorer även i sådana fall då den psykiska ohälsan inte uppnår till kravet för att vara en allvarlig psykisk störning. Hälsoindikationen kan emellertid vara uppfylld även om missbruket endast har lett till fysiska hälsobesvär, då den fysiska respektive den psykiska hälsan är alternativa i bestämmelsen.

Med hänsyn till att LPT inte har någon motsvarighet till hälsoindikationen och den sociala indikationen kan Missbruksutredningens förslag få som konsekvens att vissa missbrukare faller utanför LPT:s tillämpningsområde. Utredningen bedömning var emellertid att alla som kan tas in för vård enligt LVM idag även i fortsättningen ska kunna ges vård enligt LPT.<sup>168</sup> Avseende hälsoindikationen uttalade utredningen att det sällan är fallet att ett missbruk endast leder till allvarliga kroppsliga komplikationer.<sup>169</sup> Att ett missbruk ofta leder till någon form av psykisk ohälsa bör emellertid inte kunna motivera att de personer som endast får fysiska men av sitt missbruk inte ska kunna tvångsvårdas. Vidare menar Missbruksutredningen att avsaknaden av en social indikation i LPT inte utgör något problem. Utredningen anför att om de förutsättningar som hälsoindikationen kräver föreligger, eller kan komma att föreligga, så är ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård för handen.<sup>170</sup> Det är enligt min mening en slutsats som är diskutabel. Den sociala indikationen syftar till att möjliggöra tvångsvård i ett tidigt skede av ett missbruk, exempelvis för ungdomar, när någon fysisk eller psykisk skada ännu inte har inträtt. Det faktum att en person löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv behöver därför inte betyda att vederbörande har ett oundgängligt behov av psykiatrisk tvångsvård.

En annan skillnad mellan förutsättningarna i lagarna är att skyddet för omgivningen har olika omfattning. I LVM omfattar omgivningsskyddet närstående, 4 § st. 1 p. 3 c LVM. I LPT är skyddet vidare då det innefattar annans personliga säkerhet eller fysiska alternativt psykiska hälsa, 3 § st. 3 LPT. Skyddet i LVM omfattar således bara

---

<sup>168</sup> SOU 2011:35 s. 321.

<sup>169</sup> SOU 2011:35 s. 321.

<sup>170</sup> SOU 2011:35 s. 321.

närstående till missbrukaren, medan LPT:s skydd sträcker sig över i princip hela omgivningen. En konsekvens av Missbruksutredningens förslag blir således att omgivningsskyddet blir vidare även för missbrukare. En sådan utvidgning har tidigare avfärdats i förarbetena till LVM, med hänsyn till att det skulle utgöra ett för stort avsteg från den rådande principen om LVM som vårdlagstiftning.<sup>171</sup> I förarbetena framhålls att många missbrukare i och för sig utsätter andra än närstående för fara, men att dessa utomstående personer befinner sig i en betydligt mindre utsatt situation i förhållande till missbrukaren varför de straffrättsliga bestämmelserna är tillräckliga för att skydda dem.<sup>172</sup> Olikheterna i omgivningsskyddet är således en annan faktor som bör beaktas vid i en diskussion av Missbruksutredningens förslag.

---

<sup>171</sup> Prop. 1987/88:147 s. 50.

<sup>172</sup> Prop. 1987/88:147 s. 50.

## 6 Tvångsåtgärder

### 6.1 Inledande ord

Jämförelsen av förutsättningarna för tvångsvård i kapitel 5 visade att det finns skillnader mellan vad som krävs i LVM respektive LPT för att vård ska komma i fråga. Skillnaderna består inte bara i att de grundläggande tillstånden som ska föreligga är olika, det vill säga ett missbruk eller en allvarlig psykisk störning, utan även vilken hänsyn som kan tas till exempelvis sociala faktorer skiljer sig åt.

Detta kapitel behandlar de konsekvenser som gränsdragningen i gällande rätt mellan LVM och LPT kan få för den enskilde. Både LVM och LPT innehåller lagstöd för att kunna frihetsberöva en person som ska bli föremål för vård. Därutöver innehåller lagarna även bestämmelser som under vårdtiden tillåter åtgärder som utgör intrång i den enskildes integritet och de fri- och rättigheter som denne tillerkänns enligt RF och EKMR. Det är dessa tvångsåtgärder som behandlas i det här kapitlet.

### 6.2 Allmänt om tvångsåtgärderna

Eftersom samtliga tvångsåtgärder innebär allvarliga ingrepp i den enskildes integritet är det viktigt att bestämmelserna om tvångsåtgärder utgör en avvägning mellan den enskildes rättssäkerhet och kravet på en effektiv vård.<sup>173</sup> Bestämmelserna ska tillämpas med restriktivitet och en avvägning huruvida det är nödvändigt att använda en tvångsåtgärd måste avvägas i varje enskilt fall. I förarbetena till LPT framhålls bland annat att tvångsåtgärderna bara får tillgripas ”när det inte finns någon annan utväg att tillgå i en verkligt besvärlig situation”.<sup>174</sup> Båda lagarna innehåller även en hänvisning till proportionalitetsprincipen, 36 a § LVM och 2 a § LPT. Proportionalitetsprincipen innebär att tvångsåtgärderna bara får användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden, och att mindre ingripande åtgärder ska användas i den mån det är möjligt. De flesta tvångsåtgärderna anger i vilket syfte en viss tvångsåtgärd får användas, exempelvis för att skydda den enskilde eller andra i omgivningen. Det syfte som anges i

---

<sup>173</sup> Gustafsson, E, (2001), s. 505.

<sup>174</sup> Prop. 1990/91:58 s. 141.

respektive bestämmelse måste vara för handen för att åtgärden ska kunna användas. Tvångsåtgärder får därför exempelvis inte användas som en form av bestraffning gentemot de intagna.<sup>175</sup>

## 6.3 LVM

### 6.3.1 Förbud mot innehav av viss egendom

Tvångsåtgärderna som får användas i LVM räknas upp i lagens 31-36 §§. Den första åtgärden regleras i 31 § LVM och innebär ett förbud mot innehav av viss egendom. Den egendom som inte får innehas är för det första alkoholhaltiga drycker, narkotika, flyktiga lösningsmedel, dopningsmedel eller hälsofarliga varor. För det andra får inte sådana verktyg som kan användas för att missbruka innehas. Det innebär att kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för befattning med narkotika är förbjudna. För det tredje får inte heller annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet innehas. Om någon av den uppräknade egendomen påträffas ska den omhändertas. Bestämmelsen har införts med hänsyn till att det måste finnas möjligheter att hindra den som vårdas enligt LVM från att fortsätta missbruka under vårdtiden.<sup>176</sup> Påträffas sådan egendom som räknas upp i 31 § LPT ska SiS enligt 36 § LVM låta förstöra eller försälja egendomen. I motiven anförs att det skulle anses som stötande att behöva lämna tillbaka sådan egendom vid frigivningen.<sup>177</sup>

### 6.3.2 Kroppsvisitering och ytlig kroppsbesiktning

Andra tvångsåtgärder som får användas inom ramen för LVM är kroppsvisitering och ytlig kroppsbesiktning. Åtgärderna regleras i 32 § LVM och får om det behövs tillämpas vid ankomsten till LVM-hemmet för att kontrollera att den intagne inte bär på sig något som inte får innehas där. Vidare får åtgärden även användas under vistelsen i hemmet, om det då uppkommer misstanke att sådan egendom ska påträffas hos den

---

<sup>175</sup> Prop. 1990/91:58 s. 141.

<sup>176</sup> Prop. 1981/82:8 s. 93 f.

<sup>177</sup> Prop. 1987/88:147 s. 108.

intagne. Med kroppsvisitering menas en ”undersökning av någons kläder eller väska eller något annat som han för med sig, däremot inte av hans kropp”.<sup>178</sup> Någon definition av vad en ytlig kroppsbesiktning innebär anges inte i motiven till LVM. I rättegångsbalken (1942:740) finns flertalet bestämmelser om kroppsbesiktning, och i motiven till de bestämmelserna definieras en ytlig kroppsbesiktning på följande sätt:

”Med ytlig kroppsbesiktning avses en okulär besiktning av den nakna kroppen inklusive förekommande proteser. Den som undersöks får uppmanas att visa upp fotsulorna och lyfta upp armarna så att armhålorna kan kontrolleras. Kontrollanten får inte vidröra kroppen eller anmoda den undersökte att inta speciella ställningar. Kontroll av kroppens hålrum genom att den undersökte anmodas att gapa eller att sära på skinkorna får inte ske. Huvudhår och eventuell peruk får dock vidröras vid undersökningen.”<sup>179</sup>

Det är således en form av yttre granskning av den intagnes kropp som får göras vid en ytlig kroppsbesiktning. I bestämmelsens andra stycke stadgas vidare att all den hänsyn som omständigheterna medger skall iakttas vid kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning, och att ett vittne ska närvara om det är möjligt. Kravet på att hänsynfullhet ska beaktas innefattar exempelvis att det är kvinnlig personal som ska utföra åtgärderna om den intagne är en kvinna.<sup>180</sup>

### 6.3.3 Skyldighet att underställa sig provtagning

I 32 a § LVM stadgas att den intagne är, om inte annat motiveras av medicinska eller liknande skäl, skyldig att efter uppmaning lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov för kontroll av om han eller hon är påverkad av narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, dopningsmedel eller hälsofarliga varor, om det kan misstänkas att den intagne är påverkad av något sådant medel eller någon sådan vara. Uppmaning att lämna prover för kontroll får inte ske rutinmässigt, utan åtgärden får bara användas om det finns en välgrundad misstanke om att en intagen är påverkad.<sup>181</sup> I 33 § LVM stadgas att bestämmelserna i 31 och 32 §§ ska gälla för alla som vårdas i ett

---

<sup>178</sup> Prop. 1981/82:8 s. 94.

<sup>179</sup> Prop. 1993/94:24 s. 34 f.

<sup>180</sup> Prop. 1981/82:8 s. 94.

<sup>181</sup> Prop. 2000/01:80 s. 118 och 178.

LVM-hem, om det är nödvändigt för att genomföra vården och upprätthålla ordningen vid hemmet och regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, SiS medger det. De intagna på ett LVM-hem kan enligt 33 a § LVM även förvägras telefonsamtal och besök om det kan äventyra vården eller ordningen vid hemmet. Huvudregeln är emellertid att de intagna har rätt att ringa och ta emot telefonsamtal samt ta emot besök i den utsträckning som lämpligen kan ske, något som Lagrådet ansåg var viktigt att understryka i lagtexten.<sup>182</sup> I lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård finns bestämmelser om när rätten att ta emot besök kan inskränkas. Lagen har införts för att uppfylla bestämmelserna i EKMR.<sup>183</sup>

#### 6.3.4 Begränsningar av rörelsefriheten

Intagna som vårdas i ett LVM-hem för särskilt noggrann tillsyn kan enligt 34 § LVM få sin rörelsefrihet begränsad. Ett LVM-hem som är anpassat för särskilt noggrann tillsyn är ett hem som enligt 23 § LVM har inrättats för de missbrukare som är i behov av sådan tillsyn. I förarbetena anförs att det är viktigt att hem med särskilt noggrann tillsyn finns för missbrukare som exempelvis ”systematiskt försöker avvika eller medvetet stör vården för sig själv eller andra”.<sup>184</sup> Det framhålls således att ”för dessa fall måste det finnas hem där det är möjligt att anordna kontinuerlig övervakning och att ingripa mot ett våldsamt uppträdande som riktar sig mot de andra intagna eller mot personalen vid hemmet”.<sup>185</sup> Rörelsefriheten kan således bara begränsas för missbrukare som vårdas i LVM-hem med särskilt noggrann tillsyn enligt 23 § LVM. Missbrukare som vårdas i vanliga LVM-hem enligt 22 § LVM kan inte få sin rörelsefrihet inskränkt.

Den intagne på ett LVM-hem för särskilt noggrann tillsyn får enligt 34 § st. 1 LVM hindras att lämna hemmet och i övrigt underkastas den begränsning i rörelsefriheten som är nödvändig för att vården skall kunna genomföras. I bestämmelsens efterföljande stycken anges vilka former av begränsningar av rörelsefriheten som är möjliga. I andra stycket stadgas att en intagen kan bli föremål för vård vid en enhet inom hemmet som är låsbar eller på annat sätt inrättad för särskilt noggrann tillsyn. Åtgärden får tillämpas om det är nödvändigt med hänsyn till den intagnes, övriga intagnas eller personalens

---

<sup>182</sup> Prop. 2000/01:80 s. 178.

<sup>183</sup> Prop. 2000/01:80 s. 178.

<sup>184</sup> Prop. 1981/82:8 s. 95.

<sup>185</sup> Prop. 1981/82:8 s. 95.

säkerhet, eller om det är nödvändigt för att förhindra att den intagne avviker eller för att i övrigt genomföra vården. Vidare får en intagen på en sådan enhet hindras från att träffa andra intagna (så kallad vård i enskildhet) om det krävs med hänsyn till den intagnes speciella behov av vård, hans eller hennes säkerhet eller övriga intagnas säkerhet. Enligt tredje stycket får den intagne vårdas inom en sådan enhet under högst två månader i följd. Om särskilda behandlingsskäl föranleder det, får dock vården vid enheten pågå längre tid, förutsatt att något av de fall som anges i andra stycket fortfarande föreligger och att den intagne samtidigt ges möjlighet till vistelse i öppnare former eller utanför hemmet. En fråga om vård i enskildhet skall prövas fortlöpande och alltid omprövas inom sju dagar från senaste prövning.

Den sista formen av begränsning av rörelsefriheten regleras i 34 § st. 4 LVM. Där stadgas att den intagne får hållas i avskildhet om det är särskilt påkallat på grund av att den intagne uppträder våldsamt eller är så påverkad av berusningsmedel att han eller hon inte kan hållas till ordningen. Vid ett sådant avskiljande ska den intagne stå under fortlöpande uppsikt av personalen. Avskiljning får inte ske längre tid än vad som är oundgängligen nödvändigt och inte i något fall under längre tid än 24 timmar i följd.

### 6.3.5 *Kontroll av försändelser*

Den sista tvångsåtgärden som får användas inom ramen för LVM är en kontroll av försändelser. Enligt 35 § LVM får försändelser *till* den som vårdas i ett LVM-hem för särskilt noggrann tillsyn kontrolleras, om det behövs med hänsyn till ordningen vid hemmet eller till den intagnes särskilda förhållanden. Om en ankommande försändelse innehåller egendom som inte får innehas enligt 31 § får egendomen omhändertas. Även denna bestämmelse omfattar, liksom 34 § LVM, endast de som är intagna på ett LVM-hem för särskilt noggrann tillsyn. Möjligheten att kontrollera försändelser är begränsad till att omfatta sådana försändelser som kommer in till den intagne. Försändelser som den intagne själv sänder iväg omfattas således inte av bestämmelsen. Kontrollen ska främst syfta till att hålla berusningsmedel utanför LVM-hemmet, varför det inte är nödvändigt att någon läsning av försändelserna sker.<sup>186</sup> Vidare bör försändelserna alltid öppnas i den intagnes närvaro.<sup>187</sup> Om någon sådan egendom som är förbjuden enligt 31

---

<sup>186</sup> Prop. 1981/82:8 s. 97.

<sup>187</sup> Prop. 1981/82:8 s. 97.



§ LVM omhändertas vid en kontroll av en försändelse får den förstöras eller säljas enligt 36 § LVM.

## 6.4 LPT

### 6.4.1 Begränsning av rörelsefriheten

Tvångsåtgärderna i LPT finns i 18-24 §§. Bestämmelserna är placerade under rubriken ”sluten psykiatrisk vård”. Det innebär att åtgärderna bara kan användas gentemot de som ges psykiatrisk tvångsvård i sluten form. Tvångsåtgärderna är därför inte tillämpliga på patienter som är föremål för öppen psykiatrisk tvångsvård.

Även i LPT finns en tvångsåtgärd som medger att de intagnas rörelsefrihet begränsas. Enligt 18 § st. 1 LPT får en patient hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han skall vistas. Bestämmelsen ger utrymme för att kunna hålla kvar patienterna på vårdinrättningen, främst genom att låsa dörrarna och fönstren på inrättningen.<sup>188</sup> Låsningen ska inte användas ständigt, utan endast i den utsträckning det behövs för att hindra en patient att avvika från vårdinrättningen.<sup>189</sup> Möjligheten att låsa omfattar endast den avdelning som patienten vårdas på, eller hela vårdinrättningens område.<sup>190</sup> Det går således inte använda 18 § för att låsa in en patient i dennes rum, utan då får 20 § LPT tillämpas. Det är inte bara låsning av dörrar och fönster som kan användas, utan även andra sätt att hindra en patient att avvika är tillåtna, exempelvis genom vårdpersonalen.<sup>191</sup> Enligt 18 § st. 2 LPT får, om andra åtgärder inte är tillräckliga, det tvång 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.

---

<sup>188</sup> Prop. 1990/91:58 s. 141.

<sup>189</sup> Prop. 1990/91:58 s. 141.

<sup>190</sup> Prop. 1990/91:58 s. 259.

<sup>191</sup> Prop. 1990/91:58 s. 259.

### 6.4.2 Fastspänning

En patient kan bli föremål för fastspänning enligt 19 § LPT. Kortvarig fastspänning med bälte eller liknande anordning får enligt paragrafen ske om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan. Enligt andra stycket ska vårdpersonal hela tiden vara närvarande under den tid som fastspänning sker. Vidare är det chefsöverläkaren som enligt tredje stycket fattar beslut om fastspänning. Tvångsåtgärden fastspänning är en väldigt integritetskränkande åtgärd. I motiven till bestämmelsen legitimeras åtgärden av att det finns ”situationer då patienten löper större risk att få allvarliga skador om fastspänning inte sker än om detta medel används”.<sup>192</sup> Fastspänning används främst när patienten är självdestruktiv eller aggressiv mot vårdpersonalen eller andra intagna.<sup>193</sup> Enligt första stycket får fastspänningen endast ske kortvarigt. Med det avses att åtgärden så snart som möjligt ska ersättas med andra insatser, och fastspänning får användas högst i några timmar.<sup>194</sup> I andra stycket föreskrivs att en patient får fastspännas en längre tid om det finns synnerliga skäl. Ett sådant skäl kan föreligga när det är ”fråga om djupt störda patienter där risken att de tillfogar sig själva eller någon annan en allvarlig skada är överhängande över någon tid”. Sker en fastspänning längre tid än kortvarigt ska Inspektionen för vård och omsorg utan dröjsmål underrättas om beslutet.

### 6.4.3 Avskiljande

Enligt 20 § LPT får en intagen hållas avskild från andra patienter. Avskiljande får endast ske om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar, men tiden får förlängas genom ett nytt beslut med högst åtta timmar. Om det finns synnerliga skäl, får ett beslut om avskiljande enligt 20 § st. 2 LPT avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. Om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd, ska dock Inspektionen för vård och omsorg utan dröjsmål underrättas om det. En patient ska under den tid han eller hon hålls avskild stå under

---

<sup>192</sup> Prop. 1990/91:58 s. 142.

<sup>193</sup> Prop. 1990/91:58 s. 141 f.

<sup>194</sup> Prop. 1990/91:58 s. 260.

fortlöpande uppsikt av vårdpersonal, och det är chefsöverläkaren som beslutar om avskiljande. Åtgärden får endast tillämpas i undantagssituationer, och får inte användas rutinmässigt genom att exempelvis låsa in patienterna på sina rum under natten.<sup>195</sup> Eftersom avskiljande är en starkt integritetskränkande åtgärd ska den användas under så kort tid som möjligt. Det finns dock inget hinder mot att perioden på högst åtta timmar förlängs flera gånger.<sup>196</sup>

#### *6.4.4 Begränsning av elektroniska kommunikationstjänster*

En annan form av tvångsåtgärd som får användas inom ramen för LPT är att chefsöverläkaren enligt 20 a § LPT kan besluta att inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster, om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada. Den tekniska utrustning som möjliggör användningen får omhändertaras under den tid beslutet gäller, men ska sedan återlämnas till patienten. Bestämmelsen har främst införts för att en patient inte ska kunna fortsätta med ett visst beteende som är en följd av den psykiska störningen.<sup>197</sup> Som exempel nämns i förarbetena att en patient som är dömd för barnpornografibrott fortsätter med sådan verksamhet på vårdinrättningen via internet, att hot och trakassering av anhöriga görs via telefon eller e-post, eller att patienter blir skuldsatta genom att handla mer än vad betalningsförmågan tillåter.<sup>198</sup> I motiven framhålls att bestämmelsen främst är nödvändig i LRV, men att det finns ett visst behov av att kunna förbjuda elektroniska kommunikationstjänster även i LPT.<sup>199</sup>

#### *6.4.5 Förbud mot innehav av viss egendom*

Liksom LVM innehåller LPT ett förbud mot innehav av viss egendom, 21 § LPT. Med en strävan efter att tvångsåtgärderna ska regleras på ett liknande sätt i

---

<sup>195</sup> Prop. 1990/91:58 s. 261.

<sup>196</sup> Prop. 1990/91:58 s. 261.

<sup>197</sup> Prop. 2005/06:195 s. 22.

<sup>198</sup> Prop. 2005/06:195 s. 22.

<sup>199</sup> Prop. 2005/06:195 s. 22.

tvångsvårdslagstiftningen har bestämmelsen haft 31 § LVM som förebild.<sup>200</sup> Den egendom som är förbjuden enligt 21 § LPT är för det första narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, hälsofarliga varor och dopningsmedel. För det andra förbjuds även injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen och andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av, eller annan befattning med, narkotika. För det tredje får inte heller annan egendom som kan skada patienten eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen innehållas. Om någon av den uppräknade egendomen påträffas får den enligt 21 § st. 2 LPT omhändertas. Egendomen får sedan förstöras eller säljas enligt 24 § LPT.

#### 6.4.6 Kontroll av försändelser

Liksom LVM innehåller LPT även bestämmelser om kontroll av de intagnas försändelser. Försändelser *till* en patient får enligt 22 § LPT undersökas så att de inte innehåller sådan egendom som räknas upp i 21 § LPT. Granskningen får inte avse det skriftliga innehållet i brevet eller handlingen. Om en försändelse innehåller förbjuden egendom får den omhändertas, och sedan förstöras eller säljas enligt 24 § LPT. Till skillnad från bestämmelserna i LVM får även en försändelse *från* en patient kontrolleras på sjukvårdsinrättningen. En sådan övervakning får enligt 22 a § LPT ske om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada. De åtgärder som får vidtas är att öppna, ta del av och kvarhålla försändelser från patienten. Försändelser från en patient till en svensk myndighet, advokat, patientens offentliga biträde eller ett internationellt organ som har av Sverige erkänd behörighet att ta emot klagomål från enskilda får dock inte kontrolleras enligt 22 a § st. 2 LPT. Av rättssäkerhetsskäl har det ansetts vara viktigt att patienten utan övervakning kan kontakta myndigheter och vissa andra personer.<sup>201</sup>

---

<sup>200</sup> Prop. 1990/91:58 s. 146.

<sup>201</sup> Prop. 2005/06:195 s. 35.

#### 6.4.7 Kroppsvisitering och ytlig kroppsbesiktning

En annan tvångsåtgärd som finns i både LVM och LPT är den som tillåter kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning. I LPT regleras åtgärden i 23 § och den får användas för kontroll av att patienten 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 a §. Om möjlighet finns ska ett vittne närvara när åtgärden utförs. Med kroppsvisitation menas kontroll av patientens kläder, väskor med mera, och med ytlig kroppsbesiktning en granskning av de synliga delarna av den nakna kroppen.<sup>202</sup> Bestämmelsen är utformad på ett liknande sätt som 32 § LVM, med den skillnaden att åtgärden i LPT även får utföras för att kontrollera att elektroniska kommunikationstjänster inte används.

### 6.5 Reflektioner

Genomgången av tvångsåtgärderna i LVM respektive LPT visar att många av åtgärderna finns i båda lagarna. Vissa av dem skiljer sig dock åt. Generellt kan sägas att tvångsåtgärderna i LPT är fler och i vissa fall mer ingripande än de i LVM. Åtgärder som är möjliga i LPT men inte i LVM är fastspänning, inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster samt möjligheten att övervaka försändelser från patienten. Den enda åtgärdsbestämmelsen som finns i LVM, men som inte finns i LPT är den om att den intagne kan bli skyldig att efter uppmaning lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov för kontroll av om han eller hon är påverkad av narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, dopningsmedel eller hälsofarliga varor.

En annan skillnad mellan tvångsåtgärderna är att bestämmelsen om begränsad rörelsefrihet samt om kontroll av försändelser till en intagen enligt LVM inte omfattar alla som vårdas enligt lagen. Den är som ovan nämnt endast tillämplig beträffande intagna på ett LVM-hem för särskilt noggrann tillsyn. Bestämmelserna om tvångsåtgärder i LPT är dock tillämpliga på samtliga patienter som är föremål för sluten psykiatrisk vård.

---

<sup>202</sup> Prop. 1990/91:58 s. 148.

En tredje betydande skillnad mellan lagarna är att det i LPT är möjligt att använda vissa tvångsåtgärder innan ett beslut om intagning har fattats.<sup>203</sup> Anledningen till att tvångsåtgärder får tillgripas i ett så tidigt skede är som ovan nämnts för att kunna genomföra tvåläkarprovningen. Att bli föremål för tvångsåtgärder även om förutsättningar för tvångsvård enligt LPT kanske inte bedöms finnas under läkarundersökningen är naturligtvis integritetskränkande för den enskilde. Någon möjlighet att använda tvångsåtgärder innan ett intagningsbeslut har fattats finns inte i LVM. Även i det avseendet är således LPT mer ingripande än LVM.

En slutsats som kan dras av en jämförelse mellan tvångsåtgärderna är således att konsekvenserna i form av vilka tvångsåtgärder som blir tillämpliga varierar mellan lagarna. Det följer av att personen kan bli föremål för olika tvångsåtgärder både under intagningsprocessen och under vårdtiden beroende på vilken lag som tillämpas. En konsekvens av Missbruksutredningens förslag är att antalet tvångsåtgärder skulle bli fler och mer ingripande för missbrukarna som tidigare vårdats inom ramen för LVM.

---

<sup>203</sup> Se 6 § och 6 a § LPT samt avsnitt 4.5.2 ovan.

## 7 Samspelet mellan LVM och LPT

### 7.1 Inledande ord

Redogörelsen i kapitel 6 om de tvångsåtgärder som får användas under vårdtiden inom ramen för LVM respektive LPT visar att det är många av åtgärderna som är gemensamma för lagarna. Även om likheterna är många är tvångsåtgärderna fler och mer ingripande för den enskilde i LPT.

Genomgången av förutsättningarna för tvångsvård i LVM respektive LPT i kapitel 5 visade att det, i fråga om en person med samsjuklighet, inte är enkelt att veta vilken av lagarna som ska tillämpas. En missbrukare som har en psykisk störning kan exempelvis uppfylla rekvisiten i båda lagarna samtidigt. Ett av Missbruksutredningens argument för att integrera LVM och LPT är att samspelet mellan LVM och LPT är rättsosäkert.<sup>204</sup> Utredningen redogör emellertid inte för hur samspelet ser ut. Därför ska samspelet mellan lagarna klarläggas i detta kapitel. Samspelet utreds utifrån tre olika rättskällor. Avsnitt 7.2 behandlar vad som kan utläsas om samspelet i lagtexten, avsnitt 7.3 avhandlar förarbetenas syn på gränsdragningen mellan LVM och LPT och avsnitt 7.4 behandlar uttalanden i doktrinen.

### 7.2 Samspelet enligt lagtext

Av 4 § LVM följer att tvångsvård enligt LVM inte får ges om vårdbehovet kan tillgodoses enligt SoL eller på något annat sätt. I samma paragraf stadgas att om någon för kortare tid ges vård enligt LPT hindrar inte det att ett beslut om tvångsvård enligt LVM tas. Bestämmelsen infördes för att det ska kunna vara möjligt att ge en missbrukare sluten psykiatrisk vård exempelvis om en alkoholpsykos uppstår i avgiftningsfasen.<sup>205</sup> Behovet av LPT-vård får bara föreligga under en kortare tid för att ett beslut om vård enligt LVM får tas. Med kortare tid avses vård i upp till en vecka eller något längre i undantagsfall.<sup>206</sup> En missbrukare kan således vara föremål för beslut

---

<sup>204</sup> SOU 2011:35 s. 305

<sup>205</sup> Prop. 1983/84:174 s. 29.

<sup>206</sup> Prop. 1983/84:174 s. 29.

om tvångsvård enligt två lagar samtidigt. Vidare framgår av 3 § st. 1 p. 1 LPT att psykiatrisk tvångsvård endast får ges när vårdbehovet inte kan tillgodoses på något annat sätt. Rent lagtekniskt finns således inget klart svar på gränsdragningen mellan lagarna, exempelvis om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda i både LVM och LPT. Det finns ingen regel där lagarnas förhållande till varandra tydligt framgår, utan båda lagarna hänvisar till den enskildes vårdbehov. Problematiken med samsjuklighet och gränsdragningen mellan LVM och LPT berördes emellertid i förarbetena till de båda lagarna.

### 7.3 Samspelet enligt förarbeten

I förarbetena framhålls att särskilda gränsdragningsproblem kan uppkomma mellan socialtjänstens och psykiatrins ansvarsområden när det handlar om missbrukare med psykiska störningar.<sup>207</sup> Gränsdragningsproblematiken gör sig gällande både när det är missbruket som ger upphov till den psykiska störningen och när det är den psykiska störningen som är den grundläggande faktorn som föreligger kombinerad med ett missbruk.<sup>208</sup> Beträffande ansvarsfördelningen anfördes att det i allmänhet är socialtjänsten som är ansvarig för vården av missbrukare, samtidigt som vissa uppgifter, såsom avgiftning och akuta psykiska komplikationer, åvilar landstingen.<sup>209</sup> Med ett sådant synsätt framstår gränsdragningen mellan lagarna inte särskilt komplicerad. I förarbetena framhålls emellertid att det är svårare att klargöra ansvarsfördelningen när det rör sig om mer långsiktiga vårdinsatser.<sup>210</sup> Svårigheten bedöms delvis bero på att det är svårt att avgöra om samsjukligheten domineras av missbruk eller av den psykiska störningen.<sup>211</sup> Det har även funnits en tendens hos psykiatrin respektive socialtjänsten att göra en snäv gränsdragning avseende sitt eget ansvarsområde, vilket har lett till att personer med samsjuklighet har hamnat mellan stolarna.<sup>212</sup> Denna tendens uppmärksammades redan i mitten av 1980-talet och betraktades då som oacceptabel.<sup>213</sup>

---

<sup>207</sup> Prop. 1990/91:58 s. 91.

<sup>208</sup> Prop. 1990/91:58 s. 91.

<sup>209</sup> Prop. 1990/91:58 s. 92.

<sup>210</sup> Prop. 1990/91:58 s. 92.

<sup>211</sup> Prop. 1987/88:147 s. 27.

<sup>212</sup> Prop. 1987/88:147 s. 27.

<sup>213</sup> Prop. 1984/85:19 s. 40.



I förarbetena till LPT framhålls att den psykiatriska vård som vanligen ges till missbrukare består av kortvarig vård i en abstinensfas.<sup>214</sup> När det rör sig om mer långvarig vård beror den oftast på toxiska psykoser eller allvarliga psykiska störningar som följer av missbruket.<sup>215</sup> Det hittills mest utförliga uttalandet om gränsdragningen mellan LVM och LPT beträffande personer med samsjuklighet framgår av förarbetena till LPT. Uttåtandet lyder som följer:

”Enligt min mening måste man hålla i minnet att missbrukarvården i första hand är en angelägenhet för socialtjänsten. Det får självfallet inte bli så att den psykiatriska tvångsvården utnyttjas som ersättning för annan vård i fall när det psykiatriska inslaget i missbrukssituationen inte har särskild tyngd. När å andra sidan den psykiska störningen hos en missbrukare kräver större psykiatriska insatser måste den psykiatriska verksamheten ta sitt fulla vårdansvar.”<sup>216</sup>

Ur uttalandet går det till en början urskilja en viss skepsis mot att vårda missbrukare inom ramen för psykiatrin. När större psykiatriska insatser behövs är det dock lämpligast att vården sker inom den psykiatriska verksamheten. Uttåtandet fortsätter:

”Vad särskilt gäller den vård som inte kan ske på frivillig grund bör enligt min mening krävas att tillfredsställande utredning sker om missbrukarens psykiska status och att en ingående bedömning görs i det särskilda fallet av psykiatrins resp. missbrukarvårdens behandlingsmöjligheter. Därvid måste beaktas att kombinationen primär psykisk störning och ett till denna störning sekundärt missbruk är förhållandevis vanlig. Är den psykiska störningen i sådana fall tillräckligt svår bör behandlingsuppgiften falla inom psykiatrins ansvarsområde också om en kombinationsproblematik finns som tar sig uttryck i t.ex. ett intensivt drogmissbruk. I nuläget är det till följd av bristande resurser för detta inom psykiatrin uppenbarligen inte sällan så att LVM-vård tillgrips som en utväg för att vissa missbrukare med allvarliga psykiska störningar över huvud taget skall kunna ges någon form av vård. Först om missbruket kan ses som det grundläggande i kombinationssituationen bör den psykiatriska tvångsvården i förhållande till tvångsvård inom socialtjänsten ses som en sistahandsutväg för att klara de allvarliga psykiska komplikationerna till missbruket.”<sup>217</sup>

---

<sup>214</sup> Prop. 1990/91:58 s. 92.

<sup>215</sup> Prop. 1990/91:58 s. 92.

<sup>216</sup> Prop. 1990/91:58 s. 93.

<sup>217</sup> Prop. 1990/91:58 s. 93.

Utlåtandet tyder på att psykiatrin ansvarar för vården i de fall då den psykiska störningen dels kan betraktas som tillräckligt svår, dels är primär i förhållande till missbruket. Är det däremot missbruket som orsakar den psykiska störningen ska vården i första hand ges enligt LVM.

#### 7.4 Samspelet enligt doktrin

I doktrinen är samspelet mellan LVM och LPT endast behandlat i begränsad utsträckning. Bramstång framhöll i mitten av 1980-talet, innan LPT trätt i kraft, att det var självklart att den dåvarande lagen för psykiatrisk tvångsvård (LSPV) skulle äga företräde framför LVM.<sup>218</sup> Vidare anförde han att samma synsätt hade anlagts i äldre doktrin avseende förhållandet mellan LSPV och nykterhetsvårdslagen (1954:579) som är LVM:s föregångare.<sup>219</sup> LSPV innehöll emellertid inte någon bestämmelse om att lagen endast skulle tillämpas om vårdbehovet inte kunde tillgodoses på annat sätt. En sådan bestämmelse finns i 3 § st. 1 p. 1 LPT. En av anledningarna till att Bramstång anser att LSPV har företräde framför LVM är att om en person uppfyller rekvisiten i LPT kommer inte vederbörande vara mottaglig för LVM-vård, vilken syftar till att motivera missbrukaren till vård i frivilliga former enligt SoL.<sup>220</sup> Bramstång menar även att LSPV hade företräde framför LVM med hänsyn till lex specialis-principen, vilken innebär att en lag som reglerar ett visst specifikt rättsområde har företräde framför en mer allmän lag.<sup>221</sup>

Även Gustafsson är av uppfattningen att LPT ska tillämpas framför LVM.<sup>222</sup> Hon menar emellertid att det är tänkbart att rekvisiten kan vara uppfyllda i båda lagarna samtidigt, och att LVM i så fall kan ta vid när förutsättningarna för vård enligt LPT inte föreligger längre.<sup>223</sup> Gustafsson synes dock samtidigt anse att lagarna skulle kunna tillämpas parallellt, även om det redan för början är klarlagt att den enskilde kommer att behöva LPT-vård en längre tid än vad som avses i 4 § st. 2 LVM.<sup>224</sup>

---

<sup>218</sup> Bramstång, G, s. 391. Jfr prop. 1981/82:8 s. 40 och 42.

<sup>219</sup> Bramstång, G, s. 391.

<sup>220</sup> Bramstång, G, s. 392.

<sup>221</sup> Bramstång, G, s. 392.

<sup>222</sup> Gustafsson, E, (2001), s. 357 f.

<sup>223</sup> Gustafsson, E, (2001), s. 357.

<sup>224</sup> Gustafsson, E, (2001), s. 358.

## 7.5 Reflektioner

Gränsdragningen mellan lagarna är inte särskilt tydlig varken enligt lagtext, förarbeten eller doktrin. Det som går att utläsa är att vården ska ges enligt LVM om den enskilde huvudsakligen är missbrukare, och enligt LPT om den enskilde främst har en psykisk störning. Det är en bedömning som bör vara svår att göra i ett inledande skede innan en utredning av den enskilde personens förhållanden har gjorts. Eftersom det inte är den enskilde själv som ansöker om tvångsvård kan det även betraktas som att det är slumpen som avgör inom ramen för vilken av lagarna en vårdanmälan kommer in. Förarbeten och doktrin tyder på att LPT har visst företräde framför LVM, men samtidigt hänvisar både lagtexten i, och motiven till, LVM och LPT till den andra lagens företräde.<sup>225</sup> Samspelet mellan LVM och LPT kan således sägas vara oklart, och därmed ett rättssäkerhetsproblem ur förutsebarhetssynpunkt för personer med samsjuklighet.

---

<sup>225</sup> Gustafsson, E, (2001), s. 357.

## 8 Tvångsvård av missbrukare med psykiska störningar

### 8.1 Inledande ord

Genomgången ovan har visat att gränsdragningen mellan LVM och LPT är otydlig. Varken lagtexten, förarbetena eller doktrin ger ett klart svar på frågan om vilken av lagarna som ska tillämpas exempelvis om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda i både LVM och LPT samtidigt. Eftersom att gränsdragningen är otydlig konstaterades i kapitel 7 att samspelet mellan lagarna kan utgöra ett rättssäkerhetsproblem, särskilt i förhållande till personer med samsjuklighet.

I detta kapitel diskuteras mer utförligt vad rättssäkerhetsproblematiken består i och vilka förändringar som kan behövas för att stärka rättssäkerheten i tvångsvården för personer med samsjuklighet. Diskussionen utgår främst från Missbruksutredningens förslag om att integrera LVM och LPT. Som ovan nämnt ledde inte förslaget till lagstiftning.<sup>226</sup> Eftersom anledningen till att något lagförslag inte kom till stånd var att utredningen och dess konsekvenser inte var tillräckligt väl underbyggda är det ändå relevant att diskutera utredningens argument. Av genomgången av Missbruksutredningens motiv i avsnitt 8.2 kommer det att framgå att flertalet av utredningens argument för att integrera lagarna inte är särskilt utvecklade. En fördjupande diskussion beträffande argumenten sker därför i avsnitt 8.4. Som diskussionsunderlag används även Psykiatrilagsutredningens förslag. Anledningen är att Psykiatrilagsutredningen har en formulering av en lagteknisk lösning som skiljer sig från Missbruksutredningens.

### 8.2 Missbruksutredningens förslag

Missbruksutredningens förslag beträffande tvångsvården var att integrera LVM och LPT. Integreringen skulle ske genom att LVM upphävs varpå tvångsvården för

---

<sup>226</sup> Se avsnitt 1.1 och 1.4 ovan.

missbrukare och psykiskt störda istället ges inom ramen för LPT.<sup>227</sup> Förslaget syftade bland annat till att eliminera den gränsdragningsproblematik som finns mellan LVM och LPT idag.

Det är främst ett av Missbruksutredningens motiv för en integrering som är relevant för denna uppsats. Motivet är att utredningen menar att en integrering skulle leda till en ökad rättssäkerhet.<sup>228</sup> Rättsosäkerheten i gällande rätt beror enligt utredningen på två olika faktorer. Den första faktorn är att LVM tillämpas olika i olika kommuner, även beträffande kommuner som har en liknande storlek och liknande sammansättning av befolkning.<sup>229</sup> Utredningen framhåller att det inte ska vara en persons bosättning som avgör dels om tvångsvård ska komma i fråga över huvud taget, dels vilken av tvångsvårdslagarna som ska tillämpas.<sup>230</sup> Den andra faktorn är att samspelet mellan LVM och LPT bidrar till rättsosäkerhet.<sup>231</sup> Beträffande personer med samsjuklighet anförs att det är problematiskt att vissa aspekter av den enskildes problem hanteras delvis enligt LPT och delvis enligt LVM.<sup>232</sup>

Beträffande problematiken med samsjuklighet inom tvångsvården konstaterar utredningen att ungefär två tredjedelar av de personer som vårdas enligt LVM uppfyller kriterierna för minst en psykiatrisk diagnos.<sup>233</sup> Samtidigt är det ungefär 1400 personer som under en dag som heldygnsvårdas inom ramen för LPT, varav hälften har någon form av missbruksproblem.<sup>234</sup> Siffrorna innebär att antalet personer som vårdas enligt LPT med samtidig missbruksproblematik, det vill säga cirka 700 personer, är fler än antalet personer som vårdas enligt LVM. Med siffrorna vill utredningen visa att tvångslagarna istället för att komplettera varandra medger vård av grupper (exempelvis personer med samsjuklighet) som överlappar varandra.<sup>235</sup> Enligt utredningen bidrar överlappningen till rättsosäkerhet, samtidigt som det är särskilt problematiskt att lagarna går omlott på ett sådant integritetskänsligt område.<sup>236</sup> Genom att förlägga tvångsvården till LPT menar utredningen att den rättsosäkerhet och oenhetlighet som finns i

---

<sup>227</sup> SOU 2011:35 s. 307. Se avsnitt 1.1 ovan för den föreslagna lagtekniska lösningen för att inkludera även missbrukare i LPT.

<sup>228</sup> SOU 2011:35 s. 312 f.

<sup>229</sup> SOU 2011:35 s. 305.

<sup>230</sup> SOU 2011:35 s. 305.

<sup>231</sup> SOU 2011:35 s. 305.

<sup>232</sup> SOU 2011:35 s. 305.

<sup>233</sup> Se avsnitt 3.4 ovan.

<sup>234</sup> SOU 2011:35 s. 295 f.

<sup>235</sup> SOU 2011:35 s. 310 f.

<sup>236</sup> SOU 2011:35 s. 310 f.

rättstillämpningen idag minskar.<sup>237</sup> Utredningen framhåller också att risken för att enskilda slussas mellan vård enligt LVM respektive LPT samt risken för att enskilda faller mellan stolarna minskar om LVM upphävs.<sup>238</sup>

### 8.3 Psykiatrilagsutredningens förslag

En annan utredning, som fann Missbruksutredningens förslag till lösning på gränsdragningsproblemet mellan LVM och LPT otillfredsställande, är Psykiatrilagsutredningen.<sup>239</sup> Beträffande problemen med samsjuklighet framhåller utredningen att det går att använda en annan lagteknisk metod för att kunna ge missbrukare psykiatrisk tvångsvård utan att en allvarlig psykisk störning är för handen.<sup>240</sup> Utan att behöva utvidga begreppet allvarlig psykisk störning anför Psykiatrilagsutredningen att en sådan bestämmelse skulle kunna utformas som följer:

”Vård enligt 3 § LPT ska även ges till en patient som inte lider av en allvarlig psykisk störning men som till följd av allvarligt missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller andra liknande medel har ett påtagligt behov av psykiatrisk vård.”<sup>241</sup>

Till skillnad från Missbruksutredningens förslag utgår Psykiatrilagsutredningens formulering istället från att en allvarlig psykisk störning inte måste vara för handen för att vård ska kunna ges enligt LPT. Det som krävs är istället att ett missbruk föranleder ett påtagligt behov av psykiatrisk vård. På så sätt undviker utredningen att sätta ett likhetstecken mellan ett missbruk och en allvarlig psykisk störning, dels för att möjliggöra tvångsvård för ett större antal av LVM-klienterna, dels för att avstå från att utvidga begreppet allvarlig psykisk störning som förekommer även i annan lagstiftning än LPT.<sup>242</sup>

---

<sup>237</sup> SOU 2011:35 s. 312.

<sup>238</sup> SOU 2011:35 s. 307.

<sup>239</sup> SOU 2012:17.

<sup>240</sup> SOU 2012:17 s. 364.

<sup>241</sup> SOU 2012:17 s. 364.

<sup>242</sup> Se exempelvis 30 kap. 6 § brottsbalken och 4 § LRV.

## 8.4 Reflektioner

### 8.4.1 Rättssäkerhetsproblematiken

Det är enligt min mening glädjande att Missbruksutredningen har uppmärksammat problematiken med samsjuklighet inom tvångsvården mer ingående än vad som tidigare har gjorts i statliga utredningar. Vidare är min uppfattning, liksom Missbruksutredningens, att samspelet mellan LVM och LPT leder till ett rättssäkerhetsproblem, särskilt vad gäller personer med samsjuklighet. Rättssäkerheten beror för det första på att det kan vara svårt för rättstillämparen att avgöra vilken lag som ska användas i det enskilda fallet. Gränsdragningen mellan lagarna enligt gällande rätt innebär att LVM ska användas om den enskilde främst är missbrukare och att LPT ska tillämpas om det är den psykiska problematiken som dominerar. Att bedöma vilket av de två tillstånden som framträder starkast hos en person med samsjuklighet kan vara svårt, åtminstone i ett inledande skede. Det finns därför en risk att det är slumpen som avgör inom ramen av vilken av lagarna ett ärende inleds. Vidare finns det även en viss risk för att rättstillämparens val av tillämplig lag kan bli godtyckligt.

För det andra innebär samspelet mellan LVM och LPT att det är svårt för den enskilde att förutse vad dennes tillstånd eller handlande kan komma att leda till. Det utgör ett rättssäkerhetsproblem. Både lagtexten och förarbetena till LVM respektive LPT hänvisar till att den andra lagen ska ha företräde. Även om tvångsvård inte är något som den enskilde vanligtvis söker sig till på eget initiativ är det viktigt att utformningen av lagstiftningen är förutsebar.<sup>243</sup> Att gränsdragningen mellan lagarna är förutsebar är särskilt viktigt eftersom att det är just tvångsvård som lagarna behandlar. Att regleringen är tvetydig på ett så pass integritetskänsligt område är anmärkningsvärt. Visserligen går det att argumentera för att det är flexibelt att det inte finns någon tydlig gränsdragning mellan LVM och LPT. En sådan flexibilitet ska dock inte enligt min mening förespråkas framför den enskildes förutsebarhet.

En följd av rättssäkerhetsproblemen blir, för den enskilde, att konsekvenserna avseende vilka tvångsåtgärder som får brukas, hur lång vårdtiden kan bli et cetera är olika i de olika lagarna. Som genomgången ovan har visat har uppbyggnaden av LVM

---

<sup>243</sup> Föreligger ett allvarligt menat samtycke från den enskilde att genomföra den vård som vederbörande är i behov av ska vården ges i frivillig form enligt SoL eller HSL. Se 3 § st. 2 LPT och 4 § st. 1 p. 2 LVM.

och LPT många likheter, men även betydande skillnader. I LVM finns en vårdtidsgräns på 6 månader, medan tvångsvården enligt LPT inte har någon lagstadgad tidsgräns.<sup>244</sup> Vidare konstaterades i kapitel 6 att LPT innehåller både fler och mer integritetskränkande tvångsåtgärder än vad LVM gör. På grund av lagarnas skillnader är det därför problematiskt att en person med samsjuklighet inte på ett tydligt sätt kan förutse vilken lag som blir tillämplig om vederbörande motsätter sig frivillig vård.

#### *8.4.2 En integrering av LVM och LPT*

Missbruksutredningens förslag om att vårda även missbrukare enligt LPT skulle leda till en ökad rättssäkerhet för samsjukliga i vissa avseenden. Det är främst förutsebarheten som skulle främjas genom att osäkerheten beträffande vilken lag som ska tillämpas försvinner. Om tvångsvården för missbrukare och personer med psykiska störningar samlas i en lag upphör problemet med gränsdragningen mellan lagarna. Det är till gagn både för rättstillämparen och för den enskilde. För rättstillämparen försvinner problemet med att försöka välja den lag som tillgodoser den enskildes vårdbehov om två tvångslagar görs om till en. Risken för att godtyckliga beslut fattas på grund av otydligheten i gränsdragningen försvinner också. För den enskilde blir det tydligt och förutsebart om det endast är en lag som kan bli tillämplig om vederbörande motsätter sig vård. Vidare skulle förslaget även kunna leda till en mer enhetlig vård, eftersom den intagne inte längre behöver slussas mellan olika vårdinrättningar för att få behövlig vård.

Missbruksutredningens lagtekniska lösning för att integrera LVM i LPT är dock inte den mest fördelaktiga enligt min mening. I utredningens förslag likställs ett missbruk med en allvarlig psykisk störning, förutsatt att missbruket innebär att den enskilde har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård. Som ovan nämnts innebär förslaget att begreppet allvarlig psykisk störning utvidgas samtidigt som vissa missbrukare riskerar att falla utanför begreppet.<sup>245</sup> Om en integrering av tvångslagarna ska genomföras vore Psykiatrilagsutredningens lagtekniska lösning att föredra framför den formulering som Missbruksutredningen föreslagit. Genom Psykiatrilagsutredningens lösning undviks en utvidgning av begreppet allvarlig psykisk störning. Ett krav för vård enligt LPT är

---

<sup>244</sup> Se 9 § LPT och 20 § LVM. Se även avsnitt 4.6 ovan.

<sup>245</sup> Se avsnitt 5.4 ovan.



emellertid även enligt Psykiatrilagsutredningens förslag att ett påtagligt behov av psykiatrisk vård föreligger.

Både Missbruksutredningens och Psykiatrilagsutredningens förslag innebär att missbrukare som inte lider av psykisk ohälsa skulle falla utanför LPT:s tillämpningsområde. Det är i och för sig både logiskt och ändamålsenligt att personer som inte lider av någon psykisk sjukdom inte ska kunna ges psykiatrisk tvångsvård. Det som är problematiskt är att en grupp av missbrukare som är i behov av tvångsvård inte skulle kunna få det om något av utredningarnas förslag följdes. Även om förslagen i vissa avseenden kan sägas främja rättssäkerheten för samsjukliga personer har de inte tagit hänsyn till de missbrukare som är i behov av tvångsvård, men inte har någon psykisk störning. Om gränsdragningsproblemen ska lösas genom att tvångsvården integreras till en lag är det således viktigt att den lagtekniska lösningen gör att alla de personer som kan ges tvångsvård enligt gällande rätt även kan bli föremål för vård enligt LPT i fortsättningen. Ett exempel på hur en sådan lagteknisk formulering skulle kunna se ut skisserade Förvaltningsrätten i Uppsala i sitt remissvar angående Missbruksutredningen:

”Tvångsvård får också ges om patienten till följd av missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel, eller annat liknande medel

1. har ett oundgängligt behov av vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att han eller hon är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad dygnetruntvård (sluten vård), eller
2. behöver iaktta särskilda villkor för komma ifrån sitt missbruk eller beroende (öppen vård).

Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket ska det beaktas om patienten till följd av missbruket utsätter sin psykiska eller fysiska hälsa för allvarlig fara, löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv eller är farlig för någon annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.<sup>246</sup>

Formuleringen anpassar förutsättningarna för tvångsvård som gäller enligt 4 § LVM idag till att passa in i LPT. Det innebär att det läggs till att personen till följd av sitt missbruk ska ha ett oundgängligt behov av sluten eller öppen vård. I andra stycket

---

<sup>246</sup> Förvaltningsrätten i Uppsala, bilaga i remissyttrande beträffande SOU 2011:35.

återfinns alla de specialindikationer som finns i nuvarande LVM. Genom en sådan formulering utesluts således inga av de personkategorier som idag kan bli föremål för LVM-vård från LPT:s tillämpningsområde.

Även om det är lagtekniskt möjligt att tvångsvårda missbrukare inom ramen för LPT är det enligt min mening inte den förmånligaste lösningen utan att en mer omfattande utredning görs. För det första skulle det, som ovan nämnts, vara betänkligt att vårda personer som inte lider av psykisk ohälsa i LPT. Att tvångsvårda en person enligt LPT för att denne är missbrukare är inte ändamålsenligt. För att kunna vårda både missbrukare och personer med psykiska störningar inom ramen för samma lag behövs betydligt mer omfattande revideringar i LPT än de som Missbruksutredningen har föreslagit. Ett annat alternativ skulle kunna vara att det stiftas en helt ny lag där båda personkategoriernas vårdbehov kan tillgodoses.

För det andra är, enligt min mening, inte Missbruksutredningens argument om att rättssäkerheten skulle öka om landstinget tog över som huvudman hållbart. Att LVM tillämpas olika i olika kommuner är naturligtvis bristfälligt. Att det finns skillnader i tillämpningen är emellertid inte tillräckligt för att användas som ett av huvudargumenten för att motivera att en lag ska upphävas. Det är viktigt att uppmärksamma att det även finns skillnader mellan de olika landstingens tillämpning av LPT.<sup>247</sup> Att ändra huvudman från 290 kommuner till 20 landsting innebär att det är färre enheter som kan tillämpa lagen olika. Ändringen innebär emellertid inte att problemet med att huvudmannens enheter tillämpar lagen olika försvinner. Enligt min mening bör tillämpningsskillnaderna avseende LVM istället föranleda en utredning om vad skillnaderna beror på och hur de kan förebyggas. Beror exempelvis skillnaderna på okunskap hos rättstillämparen bör utbildning erbjudas. Om det är ekonomiska skäl som föranleder att LVM tillämpas i mindre utsträckning i vissa kommuner än vad som är påkallat bör det ekonomiska underlaget ses över. Kommunernas skillnader i tillämpningen av LVM är emellertid inte ett övertygande argument för att upphäva LVM.

Ett tredje argument som talar mot att integrera LVM i LPT avser synen på missbruk och uppdelningen mellan huvudmännen. Som ovan nämnts är missbruk ett tillstånd som kan bero på många olika faktorer.<sup>248</sup> Det kan exempelvis vara biologiska, sociala eller psykologiska faktorer som gör att en person utvecklar ett missbruk. Att tvångsvårda

---

<sup>247</sup> Socialstyrelsen, Tvångsvården 2008 s. 15 f.

<sup>248</sup> Se avsnitt 3.2 ovan.

missbrukare enligt LPT innebär att synen på missbruk blir medikaliserad och att exempelvis den sociala faktorn blir mindre framträdande. Att endast se på missbruk som ett tillstånd som kan åtgärdas genom medicinsk behandling är en avsevärd förändring beträffande grundsynen på missbruk som problem. Även om det ur medicinsk synvinkel går att diagnostisera missbruk som ett medicinskt problem är det, enligt min mening, viktigt att det inte glöms bort att missbruk är ett multifaktoriellt tillstånd. Att missbruk kan bero på flera olika faktorer bör därför även avspeglas i lagstiftningen. Genom att föra över hela huvudmannskapet från kommunen (och SiS) till landstinget blir socialtjänstens ansvarsroll över missbrukare som kan behöva tvångsvård oklar. Eftersom att det är socialtjänsten som har det yttersta ansvaret för att kommuninvånarna får behövlig vård är det viktigt att socialtjänstens kompetens samt ansvar över invånarna vidmakthålls.<sup>249</sup> Det nära samband som finns mellan den frivilliga vården enligt SoL och tvångsvården enligt LVM skulle gå förlorat om LVM upphävdes.

Enligt min mening, som är samstämmig med regeringens, är således Missbruksutredningens förslag om att upphäva LVM och tvångsvårda missbrukare enligt LPT inte tillräckligt väl underbyggt. Den lagtekniska lösningen har brister och över lag överväger nackdelarna fördelarna beträffande en integrering. Även om förutsebarheten skulle förbättras för personer med samsjuklighet genom att LVM upphävs är det viktigt att bibehålla ett helhetsperspektiv vid en diskussion om förändringar i lagstiftningen om tvångsvård.

#### *8.4.3 Ett förtydligande av samspelet mellan LVM och LPT*

Det finns andra möjliga sätt att öka rättssäkerheten utan att LVM eller LPT behöver upphävas. Om lagarna ska fortsätta att löpa parallellt skulle en sådan lösning kunna vara att det införs en bestämmelse där det framgår vilken av lagarna som ska tillämpas om förutsättningarna i båda lagarna är uppfyllda samtidigt. Enligt gällande rätt hänvisar, som ovan nämnts, lagarna till varandra i såväl lagtext som i motiv när det gäller var vårdbehovet kan tillgodoses.<sup>250</sup> Det förhållandet att båda lagarna kan vara uppfyllda samtidigt har dock inte behandlats i förarbetena eller i praxis. Eftersom det är ett så pass stort antal av de som tvångsvårdas som lider av samsjuklighet är det rimligt att anta att

---

<sup>249</sup> Se 2 kap. 1 § st. 1 och 5 kap. 9 § SoL.

<sup>250</sup> Se kapitel 7 ovan.

det förekommer att personer är i behov av vård enligt både LVM och LPT. I ett sådant fall är det inte säkert att vårdbehovet kan tillgodoses enligt någon av lagarna ensamt, eftersom personer med samsjuklighet behöver vård av både sitt missbruk och sin psykiska störning. Det innebär att skrivningen ”vårdbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt än” genom vård enligt LVM respektive LPT inte ger mycket ledning beträffande samsjukliga.<sup>251</sup>

Att införa en bestämmelse som ger vägledning i fall då förutsättningarna för vård kan vara uppfyllda samtidigt skulle därför kunna främja rättssäkerheten, åtminstone ur förutsebarhetssynpunkt. Hur en sådan bestämmelse skulle kunna utformas är svårt att säga i detalj. Ett alternativ är att införa en bestämmelse i både LVM och LPT som stadgar att en av lagarna har företräde framför den andra. Ett annat alternativ är att utforma bestämmelsen så att det framgår att vården ska inledas enligt en av lagarna i samtliga fall då det finns osäkerhet om var vårdbehovet främst kan tillgodoses för den enskilde. Ett tredje alternativ är att skriva in i LVM och LPT att en särskild utredning ska göras då det uppmärksammas att en person lider av samsjuklighet. Genom en sådan utredning kan det klargöras om missbruket och den psykiska störningen har något samband, eller om de olika tillstånden är oberoende av varandra. På så sätt blir det inte lika svårt att veta inom ramen för vilken lag den enskilde kan få bästa möjliga vård.

Hur en eventuell bestämmelse som tydliggör gränsdragningen mellan LVM och LPT än utformas bör det enligt min mening alltid vara den enskildes vårdbehov som är avgörande. Huvudsaken måste vara att i varje enskilt fall sträva efter att finna den lämpligaste vårdlösningen för personer med samsjuklighet.

#### 8.4.4 *En ny utredande instans*

En annan möjlig lösning på otydligheten i samspelet mellan LVM och LPT skulle kunna vara att en och samma instans alltid utreder vilken av lagarna som bör tillämpas i ett enskilt fall. Enligt gällande rätt skiljer sig intagningsprocessen mycket åt.<sup>252</sup> I LVM är det socialtjänsten som enligt 7 § gör en utredning som sedan avslutas genom att domstol prövar om förutsättningarna för vård är uppfyllda. I LPT är det istället enligt 4 § och 6 b § en tvåläkarprövning som avgör om vård ska ges. Något som är gemensamt

---

<sup>251</sup> Se 3 § st. 1 p. 2 LPT och 4 § st. 1 p. 2 LVM.

<sup>252</sup> Se avsnitt 4.5 ovan.

för båda lagarna är dock att det inte finns några formkrav för hur ett ärende enligt lagarna ska initieras. Det kan därför i vissa fall vara tillfälligheter som avgör inom ramen för vilken lag en vårdanmälan görs. Om en utredning istället i varje enskilt fall utförs av samma instans, i samverkan med landstinget och kommunen, skulle problematiken med samsjuklighet kunna uppmärksammas i högre grad, samtidigt som den enskilde med större sannolikhet skulle kunna få den mest adekvata vården för sina problem. Om lagarna ska fortsätta att löpa parallellt med varandra är det även viktigt att samarbetet mellan SiS, kommunen och landstinget hela tiden utvecklas och förbättras. Det gäller inte bara i det inledande skedet när det ska avgöras om LVM eller LPT ska tillämpas, utan även under vårdtiden och särskilt när vården ska gå över till frivillig form.

Enligt min mening är det ur rättssäkerhetssynpunkt även önskvärt att domstolen tar det avgörande intagningsbeslutet om tvångsvård ska ges eller inte. Enligt gällande rätt är det två läkare som avgör om en person ska tas in för vård enligt LPT, medan det i LVM är förvaltningsrätten som beslutar om vård. Att domstolen tar det slutgiltiga beslutet om intagning skulle innebära att det är rätten som avgör om LVM eller LPT ska tillämpas i det enskilda fallet. Även om det är fullt rimligt att två oberoende läkare är kunnigare än en domstol på att bedöma om en enskild person är i behov av psykiatrisk vård ska inte rättens kompetens i kombination med en (tredje) sakkunnig läkare underskattas. Enligt min mening är det positivt att flera enheter bedömer ett visst fall när det handlar om beredande av tvångsvård. För den enskildes rättssäkerhet är det därför befogat att denne får sitt intagningsbeslut prövat av domstol, särskilt i de fall då det kan finnas en osäkerhet beträffande om LVM eller LPT ska tillämpas.

## 9 Avslutande ord

Denna uppsats har visat att problemen med samsjuklighet mellan missbruk och psykiska störningar inom tvångsvården bidrar till rättsosäkerhet, särskilt ur förutsebarhetssynpunkt. Det faktum att så många av de personer som tvångsvårdas inom ramen för LVM och LPT är samsjukliga väcker frågan om det är ändamålsenligt att vården ges enligt två olika lagar när det är så många som behöver insatser från båda vårdområdena. För att stärka rättssäkerheten var Missbruksutredningens förslag att integrera LVM i LPT. Förslaget skulle främja förutsebarheten, men frågan är om det är den optimala lösningen på gränsdragningsproblematiken mellan LVM och LPT. Om de två tvångslagarna fortsätter att löpa parallellt är det viktigt att samspelet mellan lagarna förtydligas. Det är även viktigt att samverkan mellan de olika huvudmännen förbättras, för att undvika att den enskilde faller mellan stolarna. Det allra viktigaste är att problematiken med samsjuklighet tas på allvar och att dessa personer i varje enskilt fall får bästa möjliga vård, särskilt när den ges utan samtycke.

# Käll- och litteraturförteckning

## Offentligt tryck

### *Propositioner*

Prop. 1981/82:8 Om lag om vård av missbrukare i vissa fall.

Prop. 1983/84:174 Om vissa socialtjänstfrågor.

Prop. 1984/85:19 Om en samordnad och intensifierad narkotikapolitik.

Prop. 1987/88:147 Om tvångsvård av vuxna missbrukare m.m.

Prop. 1990/91:58 Om psykiatrisk tvångsvård m.m.

Prop. 1992/93:61 Om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård.

Prop. 1993/94:24 Med förslag till ändrade regler om kroppsvisitation och kroppsbesiktning, m.m.

Prop. 1993/94:218 Psykiskt stördas villkor.

Prop. 1999/2000:44 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

Prop. 2000/01:80 Ny socialtjänstlag m.m.

Prop. 2005/06:195 Elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård.

Prop. 2007/08:70 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården.

Prop. 2012/13:77 God kvalitet och ökad tillgänglighet i missbruks- och beroendevården.

### *Statens offentliga utredningar*

SOU 1981:7 LVM. Lag om vård av missbrukare i vissa fall.

SOU 1984:64 Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten.

SOU 1987:22 Missbrukarna. Socialtjänsten. Tvånget.

SOU 1994:28 Kvinnor och alkohol.

SOU 2011:6 Missbruket, kunskapen, vården.

SOU 2011:35 Bättre insatser vid missbruk och beroende.

SOU 2012:17 Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd.

*Utskottsbetänkanden, remissyttranden och material från Socialstyrelsen*

Förvaltningsrätten i Uppsala, remissyttrande beträffande SOU 2011:35, diarienummer FUP 2011-204:2, 2011-10-18.

SoU 1979/80:44 Socialutskottets betänkande med anledning av bl. a. Propositionen 1979/80:1 om socialtjänsten och propositionen 1979/80:172 om ändrat huvudmannaskap för ungdomsvårdsskolor och nykterhetsvårdsanstalter.

Socialstyrelsens rapport 1996:14, Psykiskt störda missbrukare.

Socialstyrelsens allmänna råd, Tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, SOFS 1997:6 (S).

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2007. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem, artikelnummer 2007-102-1.

Socialstyrelsen, Tvångsvården 2008, sammanställning från inventeringen den 6 maj 2008, artikelnummer 2008-126-40.

Socialstyrelsens statistik, Missbrukare och övriga vuxna – insatser år 2002, socialtjänst 2003:6, artikelnummer 2003-44-6.

Socialstyrelsens statistik, Missbrukare och övriga vuxna – insatser år 2003, socialtjänst 2004:7, artikelnummer 2004-44-7.

Socialstyrelsens statistik, Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2004, socialtjänst 2005:10, artikelnummer 2005-44-10.

Socialstyrelsens statistik, Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2005, socialtjänst 2006:8, artikelnummer 2006-44-8.



Socialstyrelsens statistik, Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2006, socialtjänst 2007:5, artikelnummer 2007-44-5.

Socialstyrelsens statistik, Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2007, socialtjänst 2008:4, artikelnummer 2008-44-4.

Socialstyrelsens statistik, Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2008, socialtjänst publiceringsår 2009, artikelnummer 2009-125-13.

Socialstyrelsens statistik, Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2009, socialtjänst publiceringsår 2012, artikelnummer 2012-8-8.

Socialstyrelsens statistik, Insatser år 2010 för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och för övriga vuxna, socialtjänst publiceringsår 2011, artikelnummer 2011-9-10.

Socialstyrelsens statistik, Insatser år 2011 för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och för övriga vuxna, socialtjänst publiceringsår 2012, artikelnummer 2012-5-8.

Socialstyrelsens statistik, Insatser år 2012 för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och för övriga vuxna, socialtjänst publiceringsår 2013, artikelnummer 2013-6-24.

## **Praxis**

RÅ 1990 ref. 10

RÅ 1998 ref. 51

JO 2002/03 s. 205

## **Litteratur**

Bramstång, Gunnar, *Sociallagstiftningen – en kommentar till socialtjänstlagen, lagen om vård av unga samt lagen om vård av missbrukare*, PA Norstedt & Söners förlag, Stockholm 1985.

- Gustafsson, Ewa, *Missbrukare i rättsstaten – en rättsvetenskaplig studie om lagstiftningen rörande tvångsvård av vuxna missbrukare*, Norstedts juridik, Stockholm 2001.
- Gustafsson, Ewa, *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet – en rättsvetenskaplig monografi om LPT*, Studentlitteratur AB, Lund 2010.
- Gustafsson, Håkan, *Rättens polyvalens – en rättsvetenskaplig studie av sociala rättigheter och rättssäkerhet*, sociologiska institutionen vid Lunds universitet, Lund 2002.
- Hirschfeldt, Johan, *Kan vi lita på rätten?*, Tidskrift för Sveriges domareförbund nr. 3 år 1996, s. 21-25.
- Holmberg, Barbro, *En psykiskt störd vårdapparat? Vården och narkotikamissbrukare med allvarliga psykiska störningar*, Nordiska kontaktmannaorganet för narkotikafrågor, Nordnark 1993:3, Stockholm 1993.
- Nelson, Alvar, *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet*, Rättsfonden, Stockholm 1988.
- Ottosson, Jan-Otto, *Psykiatri*, sjunde upplagan, Liber, Stockholm 2009.
- Peczenik, Aleksander, *Vad är rätt? Om demokrati, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation*, Norstedts juridik, Stockholm 1995.
- StAAF, Annika, *Rättssäkerhet och tvångsvård. En rättssociologisk studie*, sociologiska institutionen vid Lunds universitet, Lund 2005.
- Strömberg, Håkan och Lundell, Bengt, *Speciell förvaltningsrätt*, artonde upplagan, Liber, Malmö 2011.
- Vahlne Westerhäll, Lotta (red.), *Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten*, Norstedts juridik, Stockholm 2002.
- Zila, Josef, *Om rättssäkerhet*, SvJT 1990 s. 284.

## Övrigt

Komorbiditet, <http://www.ne.se/komorbiditet>, Nationalencyklopedin, hämtad 2013-11-09.