

Juridiska institutionen

Juris kandidatprogrammet

Tillämpade studier, 20 poäng

Vårterminen 2007

## **På vilket sätt faller människor med psykisk sjukdom ”mellan stolarna”?**

Författare: Maria Fjälling

Handledare: Professor Lotta Vahlne Westerhäll

## **Innehållsförteckning**

<b>1. Inledning</b>	4
1.1 Syfte och disposition	4
1.2 Metod och avgränsningar	4
<b>2. Kort historik</b>	5
2.1 Psykiatrireformen	6
2.1.1 Bakgrund	6
2.1.2 Reformens innebörd och bakgrund	6
2.1.3 Konsekvenser	7
<b>3. Klassifikationer och begrepp</b>	8
3.1 Klassifikation	8
3.2 Begrepp	11
<b>4. Psykisk ohälsa i Sverige idag</b>	12
4.1 Hemlösa	12
4.1.1 Hemlösstrategi	13
4.1.2 Hyresgaranti	14
<b>5. Socialtjänstlagen (2001:453)</b>	14
5.1 Inledning	14
5.2 Allmänt	15
5.3 Uppsökande verksamhet, 3:4 SoL	15
5.4 Rätten till bistånd	16
5.4.1 Allmänt	16
5.4.2 Exempel på insats i Göteborg	17
5.5 Insatser till psykiskt funktionshindrade	18
5.6 Åsikter och problem	19
<b>6. Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade</b>	20
6.1 Allmänt	20
6.2 Insatserna	21
6.1.1 God man	23
6.3 Brister och problem	23
<b>7. Personligt ombud</b>	24
7.1 Inledning	24
7.2 Målgrupp och finansiering	25
7.3 Försöksverksamhet	26
7.4 Problem och slutsats	26

<b>8. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)</b>	27
8.1 Allmänt	27
8.2 Problem	28
<b>9. Tvångsvård</b>	29
9.1 Grundlagsskydd och FN:s standardregler	29
9.2 Inledning	30
9.3 Allmänt om LPT och LRV	31
9.3.1 Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård	31
9.3.2 Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård	34
9.3.2.1 <i>Generella förutsättningar</i>	34
9.3.2.2 <i>Problem och förslag på åtgärder</i>	36
9.4 Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall [LVM]	38
9.5 Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga	40
9.5.1 Förutsättningar för vård	40
9.5.2 Utförare av vården	41
9.6 Gemensamt problem – Dubbeldiagnoser	43
<b>10. Avslutande kommentar</b>	45
<b>Källförteckning</b>	48

# 1. Inledning

Psykiatri är ett hett ämne på agendan i dagens samhälle. Oftast aktualiseras problematiken efter att något hemskt våldsbrott skett. I tidningarna kan man läsa om hur anhöriga vittnar om att de förgäves sökt hjälp i rädslan för att något hemskt annars skall ske, men utan respons. Medierna rapporterar om att psykiskt sjuka faller mellan stolarna, oftast utan att precisera på vilket sätt.<sup>1</sup> Regeringen tillsatte i oktober 2003 Nationell psykiatrisamordning med uppgift att se över frågor som berör psykiskt sjuka och psykiskt handikappade. Psykiatrisamordning hade en omfattande och kontinuerlig dialog med bland annat förtroendevalda, brukare och anhöriga samt berörda statliga myndigheter innan den överlämnade sitt betänkande i november 2006.<sup>2</sup> Detta slutbetänkande sammanfaller till stor del med de frågeställningar som min uppsats skall behandla.

## 1.1 Syfte och disposition

I denna uppsats avser jag att finna förklaringen till varför människor med psykiska problem hamnar utanför sådan vård och hjälp som samhället skall erbjuda. Mitt mål är att konkret kunna förklara hur psykiskt sjuka faller ”mellan stolarna” som det så klichéaktigt uttrycks. När jag väl identifierat bristerna i vårt välfärdssamhälle avser jag att lägga fram förslag på åtgärder som kan avhjälpa problemen.

Uppsatsen börjar med en kort historik och klassificering av de som omfattas i uppsatsen. Därefter belyser jag hur olika regelverk i dagsläget påverkar målgruppens situation. Rent juridiskt börjar jag med att redogöra för de lagar som bygger på frivillighet och övergår därefter till att behandla aktuell tvångslagstiftning. Efter varje lag kommer jag att peka på problem och förslag till åtgärder. Jag sammanfattar mina slutsatser i en avslutande kommentar.

## 1.2 Metod och avgränsningar

Då jag saknar egna erfarenheter av de problem psykiskt sjuka och anhöriga har när de behöver vård- och stöd för psykiska problem har jag varit tvungen att sätta mig in i området utan några som helst förkunskaper. Jag har främst läst litteratur inom området samt skrifter från Socialstyrelsen. Vidare har jag studerat rättsfall och jag har i den löpande texten hänvisat till de rättsfall jag anser har betydelse. För att kunna få en inblick i hur ”verkligheten” ser ut för

---

<sup>1</sup> Hagen, C., 2007, s. 16-17

<sup>2</sup> SOU 2006:100, s. 3-4

psykiskt sjuka har jag talat med berörda myndigheter, handikapporganisationer och frivilligorganisationer.

Då området som berör människor med psykiska problem är enormt stort har jag varit tvungen att kraftigt begränsa redogörelsen för de problem jag kunnat identifiera samt de förslag på åtgärder som jag kan se att det finns behov av. Efter bearbetning av material, från bland annat Schizofreniförbundet, Folkpartiet och Nationell psykiatrisamordnare, har jag funnit gemensamma nämnare för de problem som jag anser är mest angelägna att fokusera på.

## **2. Kort historik**

Den psykiatriska vården har sedan 1820-talet byggts upp kring mentalsjukhus. Statliga utredningar rekommenderade ända in på 1960-talet en fortsatt utbyggnad av antalet sängplatser då de bedömde att det förelåg ett ökat behov av slutenvård. År 1967 övergick huvudmannskapet för den psykiatriska vården från staten till landstingen med syftet att få ett enhetligt ansvar för all sjukvård. En tanke bakom denna ansvarsfördelning var att bättre kunna integrera den psykiatriska vården med den övriga verksamhet som landstinget bedrev. De statliga mentalsjukhusen var både organisatoriskt och fysiskt avskärmade från samhället. Det fanns en förhoppning om att ett landstingsansvar kunde förändra situationen.<sup>3</sup> I början av 1970-talet avvecklades mentalsjukhusen och nya vårdformer växte fram, vilket kom att benämnas den så kallade avinstitutionaliseringen.<sup>4</sup> Ordet är ett omdiskuterat begrepp som givits många olika betydelser, men jag har valt att ansluta mig till ovan nämnda tolkning.

Det fanns starka ideologiska motiv till avinstitutionaliseringen. Några av ledorden var normalisering och samhällsintegrering.<sup>5</sup> Identifierade missförhållanden och stora vårdkostnader bidrog till förändringen.<sup>6</sup> En av de främsta anledningarna till att mentalsjukhusen avvecklades anses av många bero på den vetenskapliga utvecklingen inom psykiatrin. Nya medicinska preparat innebar för många patienter att besvärliga symptom dämpades. Det upptäcktes vidare att det var skadligt att som patient leva instängd och isolerad från samhället.<sup>7</sup>

---

<sup>3</sup> Markström, U., 2003, s. 112 f.

<sup>4</sup> A.a., s. 14, 88

<sup>5</sup> A.a., s. 14

<sup>6</sup> A.a., s. 131

<sup>7</sup> A.a., s. 90 f.

## 2.1 Psykiatrireformen

### 2.1.1 Bakgrund

Undersökningar i slutet av 1980-talet utvisade att psykiskt stördas levnadsvillkor låg långt under svenska normalbefolkningens levnadsvillkor samt att psykiskt funktionshindrades livssituation var sämre än den var för de med fysiska funktionshinder. Den låga levnadsstandarden var en av anledningarna till att en utredning tillsattes av riksdagen med uppdrag att föreslå åtgärden som skulle förbättra situationen för psykiskt störda och funktionshindrade. Utredningen förändrades under 1990 till att bli en parlamentarisk kommitté, Psykiatriutredningen, med uppdrag att utreda frågor om service, stöd och vård till psykiskt störda.<sup>8</sup> Kommittén konstaterade i sitt slutbetänkande att det sociala stödet i form av bostäder, rehabilitering och sysselsättning ej var tillgodosett på ett tillfredställande sätt.<sup>9</sup> I jan 1992 trädde den så kallade ädelreformen i kraft och den innebar att ansvaret för viss vård av alla långvarigt somatiskt sjuka och handikappade upp till och med sjuksköterskenivå togs över av kommunerna. Detta innebar i praktiken att lokala sjukhem och anställda överfördes från landstingets primärvård till kommunerna.<sup>10</sup>

### 2.1.2 Reformens innebörd och målgrupp

1995 trädde reformen i kraft och huvuddragen innebar en tydligare ansvarsfördelning mellan psykiatrin och socialtjänsten där kommunerna fick ett förtydligt ansvar för boende och sysselsättning för psykiskt funktionshindrade.<sup>11</sup> Den psykiatriska vårdens uppgifter skulle vara att utveckla adekvata behandlingsmetoder, förebygga psykisk ohälsa samt behandla svåra störningar. Det poängterades starkt att kommuner och landsting måste samarbeta och stödja varandra för att nå upp till psykiatrireformens mål. Ansvaret för rehabilitering av cirka 4 000 patienter överfördes till socialtjänsten från den psykiatriska vårdorganisationen.<sup>12</sup>

Psykiatrireformens målgruppsbeskrivning var inte stringent. Psykiskt sjuka, psykiskt funktionshindrade, långvarigt psykiskt sjuka och psykiskt störda var begrepp som användes. En osäkerhet skapades i reformarbetet med vilka som skulle ingå i målgruppen.<sup>13</sup> I efterhand kan konstateras att tanken var att reformen skulle riktas främst mot personer med långvarig psykisk sjukdom som ledde till stora sociala konsekvenser.<sup>14</sup>

---

<sup>8</sup> SOU 2006:100, s. 86 f.

<sup>9</sup> SOU 1992:73, s.16 ff.

<sup>10</sup> Markström, U., 2003, s. 124

<sup>11</sup> Bülow, P., 2004, s. 53 f.

<sup>12</sup> A.a., s. 53 f.

<sup>13</sup> Markström, U., 2003, s. 323

<sup>14</sup> A.a., s. 305

### 2.1.3 Konsekvenser

Reformen skall ses som en del av processen med avinstitutionaliseringen som pågått under lång tid och det är svårt att identifiera några direkta slutresultat av psykiatrireformen. Det går dock att konstatera att kommunernas initiativförmåga ökade på området samt att ett stort antal verksamheter i projektform startades.<sup>15</sup> Reformen genomfördes i en tid med kraftig lågkonjunktur, vilket medförde att delar av de verksamheter som byggdes upp med särskilt stöd lades ned efter några år.<sup>16</sup> Dock erbjuder idag nästan alla landets kommuner sysselsättning, rehabilitering och anpassade boendelösningar för målgruppen. Samtidigt kvarstår stora brister genom att många ej får sina behov tillgodosedda genom samordnade och individanpassade insatser.<sup>17</sup>

Data talar för att slutenvården har minskat sedan psykiatrireformen. Vårdtiderna har förkortats och vårdplatserna för frivillig psykiatrisk vård har minskat medan tvångsvården varit oförändrad under det senaste decenniet. Vidare upptas en femtedel av platserna av dem som tvångsvårdas med stöd av LPT och resterande används för frivillig vård.<sup>18</sup> Belastningen på öppenvårdspsykiatrin tycks ha ökat de senaste åren enligt verksamhetsföreträdarna men detta går ej att utläsa från den nationella statistiken. Detta kan bero på bristfällig statistikföring.<sup>19</sup>

Politik utformas och implementeras i ett samspel mellan flera olika aktörer. Psykiatrireformen var inte enbart en kommunal angelägenhet utan berörde och påverkade även andra organisationer såsom primärvård, försäkringskassa och ideella föreningar.<sup>20</sup> Alla hade de olika förhandlingsutrymmen och intressen, vilket innebar ett problem då kommunerna hela tiden var tvungna att anpassa sig till externa intressen.<sup>21</sup> Exempelvis kan en reduktion av antalet slutenvårdsplatser inom psykiatrin öka belastningen på socialtjänsten då det finns risk för att patienternas behov istället skall tillhandahållas av socialtjänsten.<sup>22</sup> Att psykiatrireformen inte fullständigt nått uppsatta mål beror bland annat på reformens svaga lagstöd.<sup>23</sup> Frågan om hur ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun skall se ut har varit aktuell i flera år. Ofta är det svårt att avgöra var gränsen för respektive organisations ansvar går. Det framgår att socialtjänsten borde ta ett större ansvar för psykiskt sjuka men

---

<sup>15</sup> SOU 2006:100, s. 88 ff.

<sup>16</sup> A.a., s. 20

<sup>17</sup> A.a., s. 88 ff.

<sup>18</sup> A.a., s. 109 f.

<sup>19</sup> A.a., s. 22

<sup>20</sup> Markström, U., 2003, s. 53

<sup>21</sup> A.a., s. 323

<sup>22</sup> A.a., s. 53

<sup>23</sup> SOU 2006:100, s. 20

sällan återfinns precisa beskrivningar av vilka insatser som åsyftas samt hur målgruppen skall avgränsas.<sup>24</sup> Ett annat problem är att reformen saknade stöd hos sina professionella företrädare, det vill säga lokal förankring.<sup>25</sup> Schizofreniförbundet anser att psykiatrireformen är det bästa som hänt deras grupp, men dessvärre har reformen inte blivit genomförd fullt ut. Förbundet anser att problemen bland annat är oklar ansvarsfördelning samt brist på specialistpersonal då skötarutbildningen sedan mer än tio år är nedlagd.<sup>26</sup>

Vidare finns det en stor problematik med människor som har en ställd dubbeldiagnos, det vill säga psykisk sjukdom i kombination med ett missbruk. Forskning talar för att en gynnsam behandling måste omfatta missbruket såväl som den psykiatriska sjukdomen. I och med psykiatrireformen avsattes medel till integrerade verksamheter och resultatet blev positivt. Dessvärre fick berörda myndigheter inte till stånd ett fungerande samarbete mellan socialtjänsten och psykiatrin.<sup>27</sup>

Slutligen krävs för att målen om samhällsintegrering och normalisering av psykiskt sjuka skall kunna uppnås att allmänhetens attityder förändras. Ett boende i samhället för psykiskt funktionshindrade förutsätter tolerans från både hyresvärdar och grannar. Likaså krävs det acceptans och intresse från arbetsgivarnas sida för att psykisk handikappade skall kunna komma ut på den öppna arbetsmarknaden, vilket idag inte är fallet.<sup>28</sup>

### **3. Klassifikationer och begrepp**

#### **3.1 Klassifikation**

Den internationella sjukdomsklassifikationen, *International Classification of Diseases (ICD)* utges av Världshälsoorganisationens (WHO) och är en allmänt accepterad standard. ICD-10 är den senaste utgåvan och började användas av WHO:s medlemsstater 1994.<sup>29</sup> Den svenska versionen heter *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97)* och utges av Socialstyrelsen.<sup>30</sup> Det amerikanska psykiatriska samfundet har även ett klassifikationssystem över psykiska störningar (DSM-IV).<sup>31</sup> Jag har valt att utgå från ICD-10, då det är den klassifikation som Socialstyrelsen hänvisar till. I slutet av klassifikationerna återfinns ett diagram som redogör för Socialstyrelsens statistik på antalet som 2005 tillhörde respektive

---

<sup>24</sup> Markström, U., 2003, s. 133

<sup>25</sup> A.a., s. 323

<sup>26</sup> <http://www.schizofreniforbundet.se/pdf/artiklarpressmuttal/genpsykiatref.pdf>, 2007-03-07

<sup>27</sup> SOU 2006:100, s. 126

<sup>28</sup> Markström, U., 2003, s. 57

<sup>29</sup> <http://www.who.int/classifications/icd/en/>, 2007-03-06

<sup>30</sup> Socialstyrelsen, KSH97

<sup>31</sup> <http://web4health.info/sv/answers/psy-icddsm-what.htm>, 2007-03-06



grupp. Denna statistik utgörs endast av patienter som varit vårdade inom slutenvård under 2005.<sup>32</sup> Statistik över antalet personer i respektive grupp som finns i samhället utan att ha varit underkastade slutenvård saknas.<sup>33</sup> Ur ICD-10 går alltså att utläsa vilka diagnoser som klassificeras som sjukdomar medan begrepp återfinns i lagtext och förarbeten. Klassificeringen av psykiska störningar delas enligt ICD-10 in i tio huvudsakliga grupper:<sup>34</sup>

#### *F00-F09. Organiska, inklusive symptomatiska, psykiska störningar*

Hjärnsjukdom, hjärntrauma eller annan skada som cerebral dysfunktion omfattas. Alzheimers sjukdom och delirium är exempel på sådant tillstånd.

#### *F10-F19. Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser*

Här omfattas störningar med varierande svårighetsgrad orsakade av bruk av psykoaktiva substanser, föreskrivna av läkare eller ej. Bruk av alkohol, opiater, cannabis och kokain omfattas.

#### *F20-F29. Schizofreni, schizotypiska störningar och vanföreställningssyndrom*

Här sammanförs schizofreni med övriga tillstånd som påminner om sjukdomen. En schizotyp störning karakteriseras av excentriskt beteende och egendomligheter i tankegång och affekter som liknar dem man kan se vid schizofreni, även om det vid någon tidpunkt inte finns säkra och karakteristiska schizofrena symptom. Enligt socialstyrelsens statistik är det 7 826 personer som varit vårdade inom slutenvård 2005 som tillhör denna kategori. Denna siffra kan jämföras med de 30 000 - 40 000 personer som av Schizofreniförbundet anses lida av schizofreni i Sverige idag.<sup>35</sup>

#### *F30-F39. Förstämmningssyndrom*

Tillstånd där den grundläggande störningen är en förändring i stämningsläget, endera i riktning mot depression eller mot förhöjd grundstämning. Förskjutningarna i stämningsläge åtföljs ofta av en förändrad aktivitetsnivå. De flesta förstämmningssyndrom är ofta återkommande.

---

<sup>32</sup> Socialstyrelsens statistikdatabaser

<sup>33</sup> Spets K-L., Socialstyrelsen, 2007-04-11

<sup>34</sup> <http://www.who.int/classifications/icd/en/>, 2007-03-06, och KSH97

<sup>35</sup> Hagen, C., 2007, s. 16

*F40-F48. Neurotiska, stressrelaterade och somatiska syndrom*

Ångest som uppträder i vissa situationer som inte innebär en reell fara, fobi för att lämna hemmet eller för att möta människor, panikattacker och tvångstankar omfattas.

*F50-F59. Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer*

Bland annat omfattas Anorexia nervosa, Bulimia nervosa och sömnstörningar.

*F60-F69. Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna*

Störningar och beteenden som ofta blir varaktiga och framstår som ett uttryck för patientens karakteristiska livsstil och hållning till sig själv och andra. Tar sig ofta uttryck i extrema och betydande avvikelser från hur genomsnittsmänniskan agerar i en viss kulturell omgivning, både tankemässigt, känslomässigt och framför allt relationsmässigt. Störningarna är ofta, men inte alltid, förenade med olika grader av subjektiv lidande och nedsatt social funktionsförmåga. Paranoid- och psykopatisk personlighetsstörning är exempel på sådana störningar.

*F70-F79. Psykisk utvecklingsstörning*

Tillstånd med fördröjd eller inkomplett utveckling av förståndet som främst karaktäriseras av en nedsättning av de färdigheter som mognar under utvecklingstiden och som bidrar till den generella intelligensnivån, såsom kognition, språk, motorik och sociala färdigheter. Utvecklingsstörning kan föreligga med eller utan andra psykiska eller fysiska tillstånd.

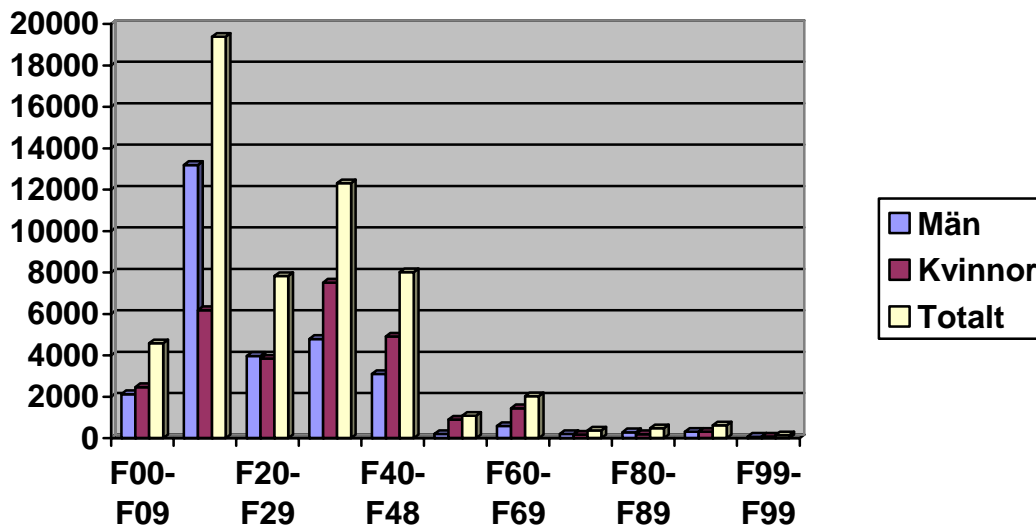
*F80-F89. Störningar i psykisk utveckling*

De störningar som omfattas har gemensamt att de debuterar i barndom, har en försämrad eller försenad utveckling av funktioner som är nära knutna till de biologiska mognadsprocesserna i centrala nervsystemet samt har ett kontinuerligt förlopp utan återfall eller remisser. Det är exempelvis tal, skriv och inlärningssvårigheter som åsyftas.

*F90-F98. Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid.*

Exempelvis ADHD och DAMP.

*F99-F99. Ospecificerade psykiska störningar*



### 3.2 Begrepp

*Psykisk sjukdom* är en beskrivning av en psykisk ohälsa som på grund av symptom eller sjukdomstecken ytterst kan kännas igen av professionellt utbildade och som kan betecknas som ett syndrom, klassificerbart enligt ett diagnossystem för psykiska sjukdomar. En parallell användning av psykisk sjukdom är begreppet *psykisk störning*. Störning kan anses inkludera sociala bakgrundsfaktorer, och sakna den starka kopplingen till de diagnostiska kategoriseringarna. I denna uppsats används begreppen som synonymer.<sup>36</sup> *Psykisk ohälsa* är en upplevelse av/och eller brist på tillräckligt god egen funktion och förmåga att möta livets utmaningar och knuten till förstånd, känsloliv, minne och så vidare. Psykisk ohälsa kan beskrivas av en individ som en upplevelse av sig själv till exempel som en sjukdomskänsla eller som en iakttagelse gjord av någon annan.<sup>37</sup> Begreppet *allvarlig psykisk sjukdom* avser en psykisk sjukdom av allvarlig art eller så allvarlig grad att personen är funktionshindrad under kortare eller längre tid då sjukdomsepisoden pågår. Det kan röra sig om ångestsyndrom som normalt sett inte är allvarlig men vid svåra symptom, såsom självmordstankar, bedöms tillståndet som allvarligt.<sup>38</sup>

En person har ett *psykiskt funktionshinder* om hon/han har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och att dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna skall vara en konsekvens av

<sup>36</sup> SOU 2006:100, s. 67 f.

<sup>37</sup> [www.skane.se/upload/Webbplatser/H%C3%A4lsa%20och%20sjukv%C3%A5rdsprogram/Dok\\_Psyk\\_ori\\_skar\\_m.pdf](http://www.skane.se/upload/Webbplatser/H%C3%A4lsa%20och%20sjukv%C3%A5rdsprogram/Dok_Psyk_ori_skar_m.pdf), 2007-03-12

<sup>38</sup> SOU 2006:100, s. 67 f.

psykisk störning.<sup>39</sup> Begreppet psykiskt funktionshinder hänvisar alltså till de konsekvenser en psykisk sjukdom kan medföra för individen. Konsekvenserna kan bero bland annat på aktivitetsbegränsningar eller omgivningens reaktioner.<sup>40</sup>

#### 4. Psykisk ohälsa i Sverige idag

Psykisk ohälsa är en av de vanligaste formerna av ohälsa som drabbar oss.<sup>41</sup> Hos äldre är psykisk ohälsa vanligt och depression är då den vanligaste diagnosen.<sup>42</sup> Antalet som lider av allvarlig psykisk sjukdom utvisar inga tendenser på att tillta utan förefaller vara relativt konstant. Dock har antalet personer som upplever psykiska besvär ökat och rapporter tyder på att det blivit vanligare att ungdomar under de senaste 10-20 åren blivit nedstämda samt har sömn- och värkbesvär.<sup>43</sup>

Det är lätt att via massmedia få uppfattningen att alla psykiskt sjuka är brottsbenägna men det är en missuppfattning. Sambandet mellan psykisk sjukdom och våldsbrottslighet är inte påtagligt.<sup>44</sup> I en normalbefolkning begår cirka en procent våldsbrott. I gruppen som omfattar allvarlig psykisk ohälsa är det fem procent som begår våldsbrott.<sup>45</sup> Jag skall nedan, som ett exempel på en grupp med psykiska problem, kortfattat redogöra för hemlösa. Hemlösa utgör en relativt liten grupp av antalet som lider av psykiska problem. Anledningen till att jag valt att exemplifiera just denna grupp beror bland annat på att andelen av hemlösa som har psykiska problem är påtagligt hög samt att hemlöshet är ett aktuellt samhällsproblem.

##### 4.1 Hemlösa

Begreppet hemlös beskriver en person som sover ute eller är hänvisad till akutboende eller härbärge. Socialstyrelsens definition är den som i uppsatsen åsyftas och den inkluderar även personer som har någonstans att vistas men med en osäker boendesituation.<sup>46</sup> Det finns ingen forskning som talar för att personer som tidigare vårdats på mentalsjukhus skulle ha blivit hemlösa eller kriminella i stor omfattning.<sup>47</sup> Dock har antalet hemlösa under senare år ökat. Under en mätvecka 2005 var 17 800 personer hemlösa.<sup>48</sup> Det innebär en ökning med 30-45 %

---

<sup>39</sup> A.a., s. 33

<sup>40</sup> A.a., s. 69

<sup>41</sup> A.a., s. 81

<sup>42</sup> A.a., s. 232

<sup>43</sup> A.a., s. 20 f.

<sup>44</sup> A.a., s. 21

<sup>45</sup> Hagen, C., 2007, s. 16-17

<sup>46</sup> <http://www.regeringen.se/sb/d/6315/a/56360>

<sup>47</sup> SOU 2006:100, s. 20 f.

<sup>48</sup> <http://www.regeringen.se/sb/d/6315/a/56360>

sedan slutet av 90-talet.<sup>49</sup> Det finns hemlösa i 86 % av landets kommuner, men problemen är störst i framför allt Stockholm, Göteborg och Malmö.<sup>50</sup> Av de hemlösa har ungefär 40 % psykiska problem.<sup>51</sup> Ofta är det personer som även missbrukar alkohol eller andra droger.<sup>52</sup> Personer som är hemlösa lever under svåra förhållanden som kräver särskilda insatser. Ytterst är det socialtjänsten som ansvarar för att de som vistas inom kommunen får den hjälp och det stöd som de behöver. Hemlöshet är dock ett komplext samhällsproblem som berör flera aktörer. Socialstyrelsen har genom uppföljningar funnit att risken att bli bostadslös är fyra gånger större för en person som vårdats med psykosdiagnos i psykiatrisk heldygnsvård jämfört med befolkningen som helhet. Det är viktigt att varje kommun har en strategi för att förebygga vräkningar.<sup>53</sup> Ofta saknar hemlösa daglig sysselsättning och andra kontakter än rent professionella.<sup>54</sup>

#### **4.1.1 Hemlöshetsstrategi**

Regeringens har nyligen presenterat en ny hemlöshetsstrategi som skall löpa under åren 2007-2009. Regeringens fyra mål med strategin är för det första att alla skall ha rätt till tak över huvudet. För det andra skall fler av dem som skrivs ut från institutioner ha ordnad bostad. Vidare skall det bli lättare att komma in på den ordinarie bostadsmarknaden. Slutligen skall antalet vräkningar minska och barnfamiljer skall överhuvudtaget ej kunna vräkas. Regeringen föreslår dock inga lagskärpningar, utan hänvisar till respekten för det kommunala självstyret. Strategin bygger på ökad samverkan och ett bredare ansvarstagande och det är framför allt lokalt som strategin omsätts i praktiken. Tanken är att kommunerna genom ett uppsökande arbete skall möta hemlösa och genom samarbete med exempelvis fastighetsägare knyta kontakter dem emellan.<sup>55</sup> Socialstyrelsen har i samarbete med Boverket, kriminalvården, Sveriges Kommuner och Landsting, och Kronofogdemyndigheten fått i uppdrag att samordna och koordinera en plan för hur strategin skall kunna genomföras. Denna plan skall lämnas till regeringen senast den 15 juni 2007.<sup>56</sup>

I vissa kommuner finns idag en så kallad boendetrappa som i korthet innebär att personer successivt skall slussas från gatan till eget hyreskontrakt med ett antal olika

---

<sup>49</sup> Sköld, M., 2007, s. 62-63

<sup>50</sup> <http://www.regeringen.se/sb/d/6315/a/56360>

<sup>51</sup> Socialstyrelsens lägesbeskrivning

<sup>52</sup> SOU 2006:100, s. 20 f.

<sup>53</sup> A.a., s. 253 ff.

<sup>54</sup> A.a., s. 21

<sup>55</sup> <http://www.regeringen.se/content/1/c6/07/62/37/55a5e33f.pdf>

<sup>56</sup> Bostedt Hedvall, M., Socialstyrelsen, 2007-04-12

boendeformer på vägen. Denna modell passar dock inte alla individer eftersom den förutsätter att alla skall följa samma väg från ett boende till ett annat.<sup>57</sup>

#### **4.1.2 Hyresgaranti**

Regeringen har avsatt 100 miljoner kronor till en kommunal hyresgaranti som avses börja gälla den 1 juli 2007. Det är upp till kommunerna att bestämma ifall de vill erbjuda hyresgarantin till sina invånare. Målgruppen är personer som kan ha svårt att få ett hyreskontrakt. Det kan röra sig om hemlösa, personer med betalningsanmärkningar, deltidsanställda och psykiskt sjuka personer som skall skrivas ut från en institution. I de fall kommunen går in som hyresgarant, betalar staten en bonus. Kommunerna kan inte på förhand veta om kostnaden för garantin överstiger bonusen eller inte.<sup>58</sup> Alla kommuner är inte helt positivt inställda till idén på en hyresgaranti.<sup>59</sup> Intresseorganisationen Sveriges Kommuner och Landsting tror inte att det är rätt sätt att lösa problemet eftersom erfarenheter talar för att fastighetsägarna är ovilliga att acceptera hyresgäster som är beroende av samhällets insatser för försörjning.<sup>60</sup>

### **5. Socialtjänstlagen (2001:453)**

#### **5.1 Inledning**

Socialtjänstlagen är en viktig del av samhällets välfärdssystem.<sup>61</sup> Lagens mål är att alla som vistas i Sverige skall omfattas av en social trygghet för dem som behöver hjälp. Socialtjänstlagen [SoL] är av ramlagskaraktär vilket innebär att lagen inte i detalj föreskriver vilka insatser som skall ges utan snarare vilka mål som skall uppnås med hjälp av insatser. Kommunerna har alltså stor frihet att ordna verksamheten efter sina behov och förutsättningar.<sup>62</sup> Det finns dock regler i lagen som är utformade som en rättighet för den enskilde, exempelvis rätten till bistånd i 4 kap. Tillämpligheten av lagen kontrolleras av socialstyrelsen, som har det övergripande ansvaret över socialtjänsten i landet, och av länsstyrelserna som ansvarar för den primära tillsynen av socialnämndernas verksamhet inom sitt län. Socialtjänsten står även under tillsyn av Justitieombudsmannen [JO].<sup>63</sup>

---

<sup>57</sup> Nylander, P-O., Sveriges kommuner och landsting, 2007-04-12

<sup>58</sup> Rydqvist, A., Boverket, 2007-04-12

<sup>59</sup> Sköld, M., 2007, s. 62-63

<sup>60</sup> Nylander, P-O, Sveriges kommuner och landsting, 2007-04-12

<sup>61</sup> Bergstrand, B-O., 2006, s. 7

<sup>62</sup> Strömberg, H., & Lundell, B., 2006, s. 125

<sup>63</sup> Bergstrand, B-O, 2006, s. 7

I kommentarerna till lagen anges att det är av vikt att socialtjänsten i större utsträckning får stöd och kan samarbeta och planera sina insatser med psykiatrin, öppna sjukvården, kriminalvården och andra samhällseliga verksamheter för att på ett mer effektivt sätt kunna utnyttja de samlade resurser som samhället kan erbjuda människor i behov. Många människor med bland annat psykosociala problem hamnar lätt i en rundgång mellan olika välfärdssystem då de inte renodlat faller inom en viss myndighets ansvarsområde. Synsättet att individens problem och behov snävt skall betraktas utifrån den egna myndighetens perspektiv måste förändras.<sup>64</sup>

## 5.2 Allmänt

De övergripande målen stadgar i portalparagrafen<sup>65</sup> att samhällets socialtjänst skall främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet. Socialtjänstens verksamhet skall inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser, med hänsyn taget till människors ansvar för sin och andras sociala situation. Verksamheten skall bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet.<sup>66</sup> En av socialtjänstens viktigaste utgångspunkter är att insatser i individuella ärenden skall bygga på frivillighet och självbestämmande.<sup>67</sup>

Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, 2:1 SoL. Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver, 2:2 SoL. Detta ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som åvilar andra huvudmän.<sup>68</sup> Kommunens ansvar gäller oavsett om invånarna under en tid är intagna i kriminalvård, psykiatrisk tvångsvård eller på annan institution. Kommunen har ett ansvar att pröva rätten till bistånd enligt SoL till psykiskt störda lagöverträdare när de inte längre är föremål för rättspsykiatrisk vård eller fängelse samt vid permission.

## 5.3 Uppsökande verksamhet, 3:4 SoL

Ansvaret som kommunerna har gentemot personer med psykiskt funktionshinder är övergripande och skall ske ur ett helhetsperspektiv. Detta innebär att inte endast de som själva söker insatser eller tydligt formulerar sina behov skall få sina behov tillgodosedda.<sup>69</sup> Den

---

<sup>64</sup> Norström, C., & Thunved, A., 2006, s. 30

<sup>65</sup> 1:1 SoL

<sup>66</sup> Strömberg, H. & Lundell, B., 2006, s. 127

<sup>67</sup> Norström, C., & Thunved, A., 2006, s. 332

<sup>68</sup> Strömberg, H. & Lundell, B., 2006, s. 124 f

<sup>69</sup> SOU 2006:100, s. 104-105

uppsökande verksamheten bör bedrivas så att den vänder sig till alla i en viss målgrupp. Verksamheten skall avse information och erbjudande av de tjänster och den hjälp som samhället kan erbjuda. Den personliga integriteten skall beaktas, vilket kan betyda att socialtjänsten får avstå från att lämna hjälp för det fall att den hjälpbehövande motsätter sig det.<sup>70</sup> I Göteborg bedrivs uppsökande verksamhet genom att de som varit i kontakt med socialtjänsten ges förslag på uppföljning och aktiviteter. Göteborgs kommun bedriver dagverksamhet<sup>71</sup> för psykiskt funktionshindrade genom sju olika aktivitetshus utspridda över kommunen. Denna form av öppen verksamhet erbjuder aktiviteter som olika studiecirklar och hantverksutbildningar. Varje aktivitetshus drivs av respektive stadsdel men upptagningsområdet är hela kommunen. Genom denna organisation får kommuninvånarna, efter önskemål, möjlighet att delta vid alla de verksamheter som kommunen kan erbjuda. För att få delta i verksamheten krävs inte något biståndsbeslut.<sup>72</sup> Justitieombudsmannen riktade kritik mot en socialnämnd för att den brustit i sin skyldighet att försöka motivera en man med psykiskt funktionshinder att ta emot hjälp och stöd. Trots att patienten bestämt motsatt sig insatser och hjälp från socialtjänsten fann JO att socialförvaltningen brustit i sin skyldighet då de enligt denne borde ha tillsett att en kontinuerlig kontakt upprätthölls och att insatser såsom hembesök vidtogs i syfte att motivera mannen att ta emot stöd och hjälp.<sup>73</sup>

## 5.4 Rätten till bistånd

### 5.4.1 Allmänt

Den som inte själv kan tillgodose sina behov och inte kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning eller för sin livsföring i övrigt.<sup>74</sup> Lagen är utformad på så sätt att insatserna skall anpassas efter den enskildes individuella behov. Den som anser sig i behov av insats kan ansöka om bistånd oavsett behovets karaktär.

För att få hjälp enligt 4:1 SoL krävs att de enskilde har ett hjälpbehov. Ett ekonomiskt hjälpbehov kan härröra från arbetsförmåga till följd av ålder eller sjukdom. Även arbetsföra personer kan dock ha ett behov av ekonomisk hjälp, exempelvis arbetslösa. Det kan även finnas ett behov av vård eller sociala tjänster till följd av exempelvis missbruk av narkotika eller alkohol. För att beviljas rätt till bistånd krävs att ett behov skall föreligga, samt att det inte kan tillgodoses på annat sätt. Biståndet från socialnämnden är subsidiärt i förhållande till

---

<sup>70</sup> Norström, C., & Thunved, A., 2006, s. 60

<sup>71</sup> 3:6 SoL

<sup>72</sup> Wrenne, H., Stadskansliet, 2007-04-11

<sup>73</sup> JO 1998/99 s. 224

<sup>74</sup> 4:1 SoL



andra hjälpformer såsom socialförsäkringar, sociala bidrag och allmän sjukvård. Detta innebär att socialnämnden är skyldig att lämna bistånd endast i den mån andra insatser från samhället inte är tillräckligt.<sup>75</sup> Ett avslag på en ansökan om bistånd enligt 4:1 SoL kan överklagas<sup>76</sup> till länsrätten. Det går dock inte att ur lagen utläsa vad den enskilde har rätt till. Detta innebär att enskildas rättigheter prövas i förvaltningsdomstol och på så sätt skapas praxis för vad som skall anses omfattas av lagen.<sup>77</sup>

För människor med psykiska problem kan bistånd exempelvis ges genom vård i familjehem.<sup>78</sup> Vård i familjehem innebär att individen får bo hos en privat familj för att få erforderlig omvårdnad. Denna vårdform har främst ersatt de så kallade fosterhemmen, men är även tillämplig på vuxna vårdbehövande. Vård i familjehem kan anordnas i samförstånd med den hjälpbehövande. Om den enskilde behöver sådan vård som inte kan erbjudas inom socialtjänstens ram blir det socialnämndens uppgift att förmedla sådan vård. Socialnämnden bör alltså tillse att vårdbehövande i de fall behov finns kommer i åtnjutande av psykiatrisk vård.<sup>79</sup>

Den grundläggande rätten till försörjningsstöd är preciserad i 4:2 SoL. Försörjningsstöd får lämnas för skäligena kostnader för bland annat livsmedel, kläder och skor. Annat bistånd såsom hjälp i hemmet och bostad med särskild service för funktionshindrade skall behovet bedömas av kommunen, och kommunen kan i denna fråga i större utsträckning avgöra hur och i vilken omfattning biståndet skall ges. Denna möjlighet att kunna lämna hjälp till individer är nödvändig eftersom kommunernas allmänna kompetens<sup>80</sup> inte omfattar rätten att lämna bistånd till enskilda. Socialnämnden kan ta upp ett ärende om bistånd till enskild efter ansökan eller ex officio.<sup>81</sup> Socialnämndens beslut i frågan om försörjningsstöd kan överklagas endast av den hjälpbehövande själv och detta sker hos länsrätten, 16:3 SoL.<sup>82</sup>

#### **5.4.2 Exempel på insats i Göteborg**

Stadsmissionen är en frivilligorganisation men tenderar sedan början av 90-talet att inta en allt mer professionell ställning i samhället. Stadsmissionen driver på uppdrag av Göteborgs Stad ett särskilt boende med sju boendeträninglägenheter. Syftet är att erbjuda en trygg miljö med personal dygnet runt för att med träning lära sig fungera i det dagliga livet och på sikt klara ett

---

<sup>75</sup> Strömberg, H., & Lundell, B., 2006, s. 126 f.

<sup>76</sup> 16:3 SoL

<sup>77</sup> SOU 2006:100, s. 104-105

<sup>78</sup> 6:1 SoL

<sup>79</sup> Strömberg, H., & Lundell, B., 2006, s. 130 f.

<sup>80</sup> Se 2:1 Kommunallag (1991:900)

<sup>81</sup> 11:1 SoL

<sup>82</sup> Strömberg, H., & Lundell, B., 2006, s. 128

självständigt boende. Målgruppen är psykiskt funktionshindrade, mellan 18-30 år, och upptagningsområdet är Göteborg med kranskommuner. De boende har tidigare bott hemma eller inom slutenvård. Placering på stadsmissionens träningslägenheter sker genom SoL. Behovet av lägenheter är stort och det är idag köbildning för att beviljas plats. Personalen är utbildade mentalskötare. Lägenheterna har tillsammans dagrum, korridor, storkök och tvättstuga. Boendet bygger på individuella arbetsplaner. Oftast startar det med basal träning då många saknar kunskap och förmåga att leva ett anpassat liv. Träningen kan bestå i att tvätta, laga mat och att få en normal dygnsrytm. Vidare ingår det att de boende skall delta i en daglig verksamhet, vilket genom känslan att vara behövd ger positiva effekter. Det absolut viktigaste för människor med psykiska funktionshinder är att få social träning för att kunna bryta isolering enligt personalen. Enligt planeringen skall de boende regelbundet besöka öppenvårdsmottagning så att de lär sig att sköta sin medicinering. Tanken är att de efter två år skall ha tränats klart för att kunna ha ett eget boende. Ett problem är att det är svårt att finna lägenhet på den bostadsmarknaden som råder idag, även efter att de bostadstränat. Stadsmissionen har inte möjlighet att ta emot de som lider av dubbeldiagnoser då det förutsätter speciella behandlingsprogram och särskild utbildning på personalen.<sup>83</sup> Detta är en brist anser jag då dessa kanske mest av alla behöver bostadsträning.

## 5.5 Insatser till psykiskt funktionshindrade

Bestämmelserna i socialtjänstlagen omfattar givetvis psykiskt funktionshindrade men i 5 kap. 7 och 8 §§ har deras ställning ytterligare markerats. Insatser som ges till psykiskt funktionshindrade skall vara både allmänt och individuellt inriktade. Exempel på individuellt inriktade insatser som kan ges är hjälp med bostad och social hemhjälp. En särskild angelägen uppgift är att tillse att de får arbete och en meningsfull sysselsättning.<sup>84</sup> Personer med en psykisk störning har ett särskilt uttalat behov av att få entydiga och klara gränser för vilken huvudman som är ansvarig. Som en följd av detta har det ansetts angeläget att förtydliga att det är kommunen som är huvudansvarig för att stöd och service ges till psykiskt störda, 5:8 SoL. Syftet med paragrafen är att ett mer effektivt och samordnat samhällsstöd skall ges till framför allt personer med långvariga och allvarliga psykiska störningar. En av de uppgifter som tydligt anges, i 5:8 SoL, är att socialnämnden skall göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena för människor med psykiska funktionshinder. Detta innebär ett ansvar för nämnden att regelbundet undersöka behovet hos psykiskt handikappade. Det uppställs

---

<sup>83</sup> Roger, Stadsmissionen, 2007-04-11

<sup>84</sup> Norström, C., & Thunved, A., s. 115 f.

även krav på att detta skall ske genom uppsökande verksamhet. JO konstaterade att en socialnämnd hade brustit i sitt ansvar gentemot en psykiskt sjuk man.<sup>85</sup> Ur JO:s resonemanget går att utläsa att socialtjänsten har ett långtgående ansvar för människor med fysiska och psykiska funktionshinder, något som inte ansågs uppfyllt då den enda kontakten som ägde rum bestod i ett erbjudande om en tid för besök.<sup>86</sup>

## 5.6 Åsikter och problem

Enkäter gjorda inom kommunal verksamhet med målgrupp psykiskt funktionshindrade talar för att brukarna i stort är nöjda med kommunens insatser. Ett problem med enkätens tillförlitlighet är att svarsfrekvensen är låg. Vidare kan den beroendesituation som brukarna befinner sig i gentemot kommunen leda till missvisande svar. Undersökningar talar även för att målgruppen har en annan uppfattning om vad hög livskvalitet är jämfört med människor i dess närhet. Det brukarna framställer som önskvärt är ökad stöd- och hjälp med bland annat socialt umgänge, matlagning och städning.<sup>87</sup> Många personer med psykiska funktionshinder upplever att informationsbristen från kommunen är ett problem. Detta generella problem omfattar bland annat att brukaren inte vet vilka rättigheter och skyldigheter han eller hon har. Information om hur ett beslut som kommunen fattat om stöd och service skall överklagas efterlyses. Vidare upplever många att de och deras anhöriga inte får information om det utbud som kommunen kan erbjuda.<sup>88</sup> Gruppen framställer önskemål om flexibla insatser, större inflytande över stödets utformning samt bättre information.<sup>89</sup> Av undersökningar från de personer som gått på dagliga verksamheter är resultatet att de flesta är positiva till verksamheten. Målgruppen upplever att de påverkas positivt både avseende den psykiska och fysiska hälsan när de har någonstans att gå, någon att prata med och någonting att göra.<sup>90</sup>

Kommunerna kräver att få göra lokala anpassningar och lösningar på problem så att socialhjälp kan utformas efter kommunernas förutsättningar. Vidare har kommunen en budget att ta hänsyn till och detta resulterar i en prioritering av vilka behov som skall tillgodoses. Staten har skyldigheten att tillförsäkra medborgarna social trygghet och en rimlig och acceptabel rättssäkerhet. En spänning som uppstått mellan stat och kommun beror på biståndsparagrafers oklara innebörd och möjligheten att överklaga kommunens beslut. Detta

---

<sup>85</sup> 21 och 21a §§ SoL

<sup>86</sup> JO 2000/2001, s. 297

<sup>87</sup> SOU 2006:100, s. 128 f.

<sup>88</sup> A.a., s. 130

<sup>89</sup> A.a., s. 23

<sup>90</sup> A.a., s. 130

innebär att allt fler tvister om paragrafens tolkning tenderade att avgöras av statliga myndigheter och förvaltningsdomstolar. I de fall kommunerna saknar pengar till att verkställa de insatser som domstolen beslutat om blir följden att kommunerna underlåter att verkställa gynnande beslut för den enskilde.<sup>91</sup>

## **6. Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade**

### **6.1 Allmänt**

Lagen, hädanefter benämnd LSS, är en renodlad rättighetslagstiftning vilket innebär att det i detalj anges vilka personer som har rätt till de insatser som är uppräknade och väl definierade i 1 §. Den som tillhör personkretsen är enligt 7 och 8 §§ berättigad till insatser om han begär det och behov inte tillgodoses på annat sätt.<sup>92</sup> Skälet med en rättighetslagstiftning är att den enskilde skall veta vad denne har rätt till och ytterst kunna utkräva det i domstol. Följden av att insatserna begränsas till de tio som anges i lagen blir att enskildas behov som inte motsvarar lagens insatser inte kan tillgodoses med stöd av LSS.<sup>93</sup> Insatserna som ges med stöd av lagen skall vara varaktiga och samordnade. Ansvar för insatserna ligger på kommunerna med undantag för rådgivning och annat personligt stöd enligt 9 § 1p. LSS där det är landstinget som är huvudman.<sup>94</sup>

Kommuner och landsting skall på den enskildes begäran och i samråd med honom upprätta en plan över beslutade och planerade insatser, 10 §. Syftet är att ge den enskilde inflytande och överblick över när insatser blir aktuella. Planen är till för att underlätta samordningen mellan olika huvudmän samt för att klargöra den enskildes behov av insatser. Kommunen har ett särskilt ansvar för samordningen enligt 14 § LSS. Vid kommunikation mellan olika myndigheter råder sekretess, vilket medför att den enskildes samtycke normalt krävs för att uppgifter skall få överlämnas.<sup>95</sup>

Vissa insatser regleras både i LSS och i SoL. En ansökan om stöd eller service av en person som tillhör personkretsen i LSS skall i första hand prövas enligt LSS. Detta är som regel till fördel för individen då insatser enligt LSS är förenade med lättare villkor än vad som gäller för bistånd enligt SoL. Insatserna som ges med stöd av LSS är i allmänhet kostnadsfria. Om en ansökan inte kan bifalla enligt LSS skall den alltid prövas enligt SoL.<sup>96</sup>

---

<sup>91</sup> Vahlne Westerhäll, L., 2002, s. 29-30

<sup>92</sup> RÅ 2000 ref. 39

<sup>93</sup> SOU 2006:100 s.106

<sup>94</sup> Strömberg, H., & Lundell, B., 2006, s. 168 f.

<sup>95</sup> Norström, C., & Thunved, A., 2006, s. 421

<sup>96</sup> Everitt, A., 2005, s. 32

## 6.2 Insatserna

Personkretsen som omfattas av lagen är personer:<sup>97</sup>

1. med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller
3. med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd och service

Personer med olika psykiska sjukdomstillstånd, såsom demens som också kan medföra ett begåvningshandikapp omfattas endast av lagen om kriterierna i tredje punkten är uppfyllda. Psykiska störningar kan förorsaka betydande svårigheter i den dagliga livsföringen. Kravet i lagen på att funktionshindret skall vara varaktigt innebär att det inte kan vara av tillfällig eller övergående natur. Betydande svårigheter i den dagliga livsföringen kan exempelvis bero på att den enskilde inte kan utföra vardagsrutiner såsom hygien, toalettbesök och påklädning, något som ett psykiskt funktionshinder kan ibland medföra.<sup>98</sup> Även svårigheter att göra sig förstådd och behov av nödvändig behandling kan omfattas av rekvisitet betydande svårighet. Något som ofta är en gemensam nämnare för personer med psykiska funktionshinder är den sociala isoleringen, behovet av medicinska insatser samt oförmågan att sköta sin ekonomi. Med omfattande behov menas att den enskilde har ett dagligt eller långvarigt behov av upprepat stöd. Återkommande stödinsatser av speciell karaktär kan även omfattas. En person med långvarig psykiska störningar eller psykiska sjukdomar omfattas av lagen om symptomen leder till nedsättningar i de psykiska och sociala funktionerna i sådan grad att kriterierna i tredje punkten är uppfyllda.

Det är oväsentligt om det är missbruksproblem som orsakat funktionshindret. Likaså spelar det ingen roll vilken psykiskt sjukdom som personen lider av. Psykiska funktionshinder varierar ofta i graden över tiden. När varaktigheten bedöms måste det ske i en längre tidsperiod och ur ett helhetsperspektiv. Socialstyrelsen anser att en rimlig tidsperiod utan väsentliga förbättringar är två till tre år. Vid mycket stora funktionshinder bör tidsperioden vara kortare. Enbart det faktum att funktionshindren minskar i en viss miljö med personligt stöd är ej tillräckligt för att utesluta vederbörande från insatser enligt LSS. Vid bedömningen för om insatser skall ges är det den sammantagna effekten och den totala konsekvensen för

---

<sup>97</sup> 1 § LSS

<sup>98</sup> Norström, C., & Thunved, A., 2006, s. 415

den enskilde som skall vara avgörande vid bedömningen huruvida insatser skall ges.<sup>99</sup> För att avgöra huruvida behov föreligger av en insats skall jämförelse göras med den livsföring som kan anses normal för personer i samma ålder.<sup>100</sup>

Insatserna som kan beviljas jämlikt 9 § LSS är:

1. rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder,
2. biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans, till den del behovet av ekonomiskt stöd inte täcks av beviljade assistanstimmar enligt lagen om assistansersättning,
3. ledsagarservice,
4. biträde av kontaktperson,
5. avlösarservice i hemmet,
6. korttidsvistelse utanför det egna hemmet,
7. korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anknytning till skoldagen samt under lov,
8. boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet,
9. bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna,
10. daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig.

Personer med enbart psykiska funktionshinder bör vara berättigade till personlig assistans i de fall karaktären och omfattningen av funktionshindret medför ett behov av hjälp för att klara de grundläggande behoven. Rättspraxis visar att domstolarna är restriktiva beträffande insatsen personlig assistent till psykiskt funktionshindrade.<sup>101</sup> Enligt 9 punkten har vuxna rätt till bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad. Dessa bostäder kan utformas på olika sätt men tre huvudformer kan urskiljas. Det kan vara en särskilt anpassad bostad utan fast bemanning, en servicebostad med viss fast stöd från anställd personal eller en gruppboende bostad med fast bemanning.<sup>102</sup> Eftersom kravet på bostaden är högre ställt i LSS än i SoL finns det en tendens att bevilja bostad enligt SoL.<sup>103</sup> Jag skall nedan kortfattat redogöra

---

<sup>99</sup> Grunewald, K., & Hallerfors, H., 2006, s. 3 f.

<sup>100</sup> 7 § LSS

<sup>101</sup> RÅ 1997 ref. 28

<sup>102</sup> Everitt, A., 2005, s. 24 f.

<sup>103</sup> Wrenne, H., Stadskansliet, 2007-04-11

för godmanskapet eftersom många personer som omfattas av LSS tycks ha ett behov av en god man som kan hjälpa till att bevaka deras rätt.

### 6.2.1 God man

Jag är själv behörig att vara verksam som god man, vilket medför att jag har ett intresse för godmanskapets betydelse. Kommunen skall anmäla till överförmyndaren när en person kan antas vara i behov av förmyndare, förvaltare eller en god man, 15 § LSS. De flesta vuxna som får insatser med stöd av LSS har en god man. En god man kan endast tillsättas med huvudmannens medgivande, såvida inte hans tillstånd hindrar att hans mening inhämtas. Tillsättning av god man sker enligt 11:4 Föräldrabalken. Den som blir tilldelad en god man har kvar sin rättsliga handlingsförmåga. Detta innebär att en god man alltid skall handla i samförstånd med sin huvudman. Den gode mannen har oftast tre uppdrag. Dessa är att bevaka huvudmannens rätt, förvalta hans egendom och sörja för hans person. Bevakning av rätt gäller främst insatser från olika samhällsorgan, men även kontroll av de insatser som ges enligt LSS omfattas. Förvalta egendom innebär att den gode mannen skall försöka påverka att huvudmannens pengar används till dennes bästa eller nytta i övrigt. Att sörja för någons person innebär att bevaka att huvudmannen får tillräckligt och rätt slags insatser. Vidare skall den gode mannen försäkra sig om att kvalitén i omvårdnaden är god.<sup>104</sup> Det är en vanlig missuppfattning att gode män inom uppdraget sörja för person skall umgås med huvudmannen och tillgodose dennes sociala behov. I själva verket innebär uppdraget att han skall ansöka om exempelvis kontaktperson i de fall huvudmannen har ett socialt behov.<sup>105</sup>

### 6.3 Brister och problem

Regeringen planerade att cirka 20 000 personer med psykiska funktionshinder skulle behöva insatser med stöd av LSS som en följd av nedläggningen av mentalsjukhusen. Antalet som faktiskt har stöd visar sig endast uppgå till tretusen. En av orsakerna till detta är att bedömningsgrunden för att få insatser enligt LSS passar dåligt för den med psykiska funktionshinder.<sup>106</sup> Detta har kritiserats och en översyn av LSS har efterlysts då psykiskt funktionshindrade missgynnas genom att insatser som inte ger den enskilde en tydlig och utkrävbar rättighet uppfattas som mindre angelägna av beslutfattare.<sup>107</sup> En annan orsak till att så få beviljas insatser enligt LSS beror på att det är den enskilde som själv måste ansöka om

---

<sup>104</sup>, s. 26 f.

<sup>105</sup> Örnberg, A., Överförmyndarförvaltningen, 2007-04-13

<sup>106</sup> Grunewald, K., & Hallerfors, H., 2006, s. 3 f.

<sup>107</sup> SOU 2006:100 s.106

stöd. Några av de vanligaste psykiska funktionshindren leder till isolering och initiativlöshet, vilket medför svårigheter med att själv söka hjälp. Personerna i tredje gruppen har inte rätt till daglig verksamhet, vilket är den viktigaste insatsen för många.<sup>108</sup> Endast 17 % av de som får insatser med stöd av LSS tillhör persongrupp tre. Sammanlagt får 53 000 personer LSS-insatser, vilket motsvarar cirka 0,6 % av befolkningen.<sup>109</sup> Ett problem som överförmyndarförvaltningen i Göteborg kan se är att det är stor variation, inom kommunens stadsdelar, i vilken grad bistånd beviljas.<sup>110</sup>

Göteborgs kommun erbjuder idag ett fåtal gruppboheter som består av individuella lägenheter. Behovet på bostäder är dock mycket stort och Göteborgs kommun kan enligt dem själva inte tillgodose det behovet idag. Påståendet att det finns en brist på bostäder, exempelvis vid utskrivningar från tvångsvård, bekräftas även av Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH).<sup>111</sup> Företrädare för vissa av landets kommuner menar att insatser hellre bör ges med stöd av SoL än med stöd av LSS. Insatserna kan då individualiseras i högre utsträckning och förutsättningarna för specialisering gentemot personer med psykiska problem upplevs då som större. Anledningen till denna ståndpunkt är en konsekvens av att LSS omfattar endast de insatser som omnämns i lagen, vilket medför en begränsning i nya metoder och arbetssätt.<sup>112</sup>

Schizofreniförbundet anser att möjligheten att få en god man är bra, men erfarenheter tyder på att samarbetet inte alltid fungerar som det är tänkt mellan huvudmannen och den gode mannen. Problematiken beror enligt ordföranden på att personer som lider av schizofreni kan vara svåra att förstå sig på, vilket gör det svårt för den gode mannen att kunna identifiera huvudmannens behov.<sup>113</sup>

## **7. Personligt ombud**

### **7.1 Inledning**

Reformen med personligt ombud är en förstärkning av psykiatrireformens intentioner om normalisering och integrering av personer med psykiska funktionshinder och omfattande behov av insatser. Personligt ombud är en verksamhet som grundas på kommunalt huvudmannaskap och ansvar. Att vara personligt ombud är ett nytt sätt att stödja vuxna som

---

<sup>108</sup> Grunewald, K., & Hallerfors, H., 2006, s. 3 f.

<sup>109</sup> A.a., s. 5

<sup>110</sup> Örnberg, A., Överförmyndarförvaltningen, 2007-04-13

<sup>111</sup> Rundkvist, K., RSMH, 2007-04-12

<sup>112</sup> SOU 2006:100, s. 106

<sup>113</sup> Lundgren, R., Schizofreniförbundet, 2007-04-13



lider av ett psykiskt funktionshinder. Ombudet skall vägleda uppdragsgivarens till olika former av stöd och behandling som behövs från sjukvården, socialtjänsten, arbetsförmedlingen, försäkringskassan och andra verksamheter i samhället. Vidare skall ombudet försöka samordna och göra upp en plan för insatser med alla berörda. En avgörande förutsättning är att arbetet som personliga ombud utför inte omfattar myndighetsutövning.<sup>114</sup> Goda kunskaper om psykiska funktionshinder och om dess konsekvenser krävs för att kunna arbeta som ombud. Vidare skall ombudet vara insatt i stöd- vård- och serviceutbudet för personer med psykiska funktionshinder samt väl förtrogen med relevant lagstiftning.<sup>115</sup> Det finns i Göteborg idag 20 ombud och 200-250 uppdragsgivare.<sup>116</sup> Insatserna är i princip tidsbegränsade, 1- 2 år.<sup>117</sup> Kommunen har idag en möjlighet att erbjuda personligt ombud, dock ej skyldighet.<sup>118</sup>

## 7.2 Målgrupp och finansiering

Personligt ombud är inte en insats som skall omfatta psykiatrireformens målgrupp på cirka 45 000 personer. Regeringen bedömer att 10-20 % av dessa kan vara i behov av personligt ombud. De som behöver ombud är främst personer med komplexa sociala situationer. Enligt beredningsgruppen bör personer med psykiska funktionshinder, som är över 18 år, erbjudas personligt ombud om de antingen har:

- ett funktionshinder som innebär ett omfattande och långvarigt socialt handikapp som medför stora hinder för ett fungerande vardagsliv eller
- komplexa behov av vård, stöd och service och som har behov av vård och kontakt med socialtjänst, primärvård, och/eller den specialiserade psykiatrin (utan krav på diagnos) och andra myndigheter.<sup>119</sup>

Möjligheten att få ett personligt ombud skall omfatta även personer som finns på hem för vård eller boende liksom personer med dubbeldiagnoser.<sup>120</sup>

Regeringen beslutade under 2000 om statsbidrag för nationell utbyggnad av verksamheter med personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder. Det är socialstyrelsen som leder och samordnar arbetet. Socialstyrelsen fördelar statsbidraget till

---

<sup>114</sup> Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000

<sup>115</sup> Norström, C., & Thunved, A., 2006, s. 412 f.

<sup>116</sup> Wrenne, H., Stadskansliet, 2007-04-11

<sup>117</sup> Grunewald, K., & Hallerfors, H., 2006, s. 11

<sup>118</sup> Norström, C., & Thunved, A., 2006, s. 412 f.

<sup>119</sup> Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000

<sup>120</sup> A.a.

länsstyrelserna som efter ansökan från enskilda kommuner beslutar om statsbidrag.<sup>121</sup> Göteborg har erbjudit ombuden sedan år 2002 och statsbidraget täcker 50 % av kostnaden.<sup>122</sup> Kommuner som beviljas statsbidrag kan överlåta själva driften till exempelvis en frivilligorganisation.<sup>123</sup> I Göteborg drivs verksamheten på entreprenad av Stiftelsen Bräcke Diakoni. Kommunen och stiftelsen informerar målgruppen om möjligheten till personligt ombud, bland annat genom att marknadsföra verksamheten på kommunens aktivitetshus och genom att tillhandahålla broschyrer på sjukhus.<sup>124</sup> Det krävs inte något myndighetsbeslut för att beviljas ombud.<sup>125</sup>

### 7.3 Försöksverksamhet

Socialstyrelsen har gjort en uppföljning under en period av sex år och granskat tio försöksverksamheter. Uppföljningen tyder på ett antal positiva förändringar hos målgruppen. Även om det inte gick att utläsa väsentliga förändringar i yttre levnadsvillkor gick det att se förbättringar i deras psykosociala funktion beträffande daglig sysselsättning och sociala relationer. I gruppen hade en relativt stor andel stöd beträffande daglig sysselsättning och boende, eller insatser enligt LSS. Ett viktigt resultat är vidare att behovet av psykiatrisk slutenvård och öppenvård minskat kraftigt. Detta kan kopplas till andra positiva förändringar såsom mindre uttalade psykiatriska symptom, bättre upplevd livskvalitet och ett större socialt nätverk. Resultaten pekar sammantaget på att personliga ombud är en viktig faktor för att förändra målgruppens hälsa och sociala situation.<sup>126</sup> Reformen är samhällsekonomiskt lönsam, vilket går att utläsa genom bland annat minskade totala vård- och omvårdnadskostnader samt effektivare insatser.<sup>127</sup>

### 7.4 Problem och slutsats

Ett problem är att definitionen av målgruppen uppfattas på olika sätt, både utvidgningar och avgränsningar görs. Dessa gäller framför allt personer med psykiska funktionshinder och samtidigt missbruk, personer med personlighetsstörningar och neuropsykiatriska funktionshinder. Kompetensen hos ombuden påverkar vilka grupper som tas emot eller

---

<sup>121</sup> A.a.

<sup>122</sup> Wrenne, H., Stadskansliet, 2007-04-11

<sup>123</sup> Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000

<sup>124</sup> Niste, B., Bräcke Diakoni, 2007-04-13

<sup>125</sup> Wrenne, H., Stadskansliet, 2007-04-11

<sup>126</sup> Socialstyrelsens rapport 2004

<sup>127</sup> Socialstyrelsens utvärdering 2000-2004

utesluts. Beroende på hur stora resurser kommunerna satsar på verksamheten utöver statsbidraget, varierar de ekonomiska förutsättningarna mellan kommunerna.<sup>128</sup>

Slutsatsen är att ombuden fyller ett tomrum i samhällets stödsystem, en instans dit personer med psykiska funktionshinder och stort behov av stödinsatser kan vända sig. Det förefaller särskilt betydelsefullt att ombuden varit ett stöd i kontakter med bland annat myndigheter och organisationer. Det är klienten som är uppdragsgivaren och därmed avgör kontaktens innehåll. Ombudsarbetet tenderar att i vissa fall överlappa eller tangera andras ansvarsområden, såsom god mans arbete.<sup>129</sup> Jag ställer mig helt bakom schizofreniförbundets krav på att kommuner enligt lag skall vara ålagda att erbjuda personligt ombud.<sup>130</sup> Dock anser jag det viktigt att det även i framtiden inte skall krävas ett myndighetsbeslut för att personligt ombud skall beviljas. Kostnaden för ombudet bör ligga på staten.

## 8. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

### 8.1 Allmänt

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] avses med hälso- och sjukvård åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.<sup>131</sup> Lagen saknar regler om tvångsåtgärder för intagning på sjukhus men omfattar sådan vård som meddelats efter tvångsintagning för psykisk störning enligt gällande lagar. Lagen omfattar dock inte stöd och service till vissa funktionshindrade.<sup>132</sup> Målen för lagen är en god hälsa och vård på lika villkor för medborgarna. Vidare skall hälso- och sjukvård vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet och behandlingen. Vården skall vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens integritet och självbestämmande samt främja goda kontakter mellan patient och personal.<sup>133</sup>

Ansvar för hälso- och sjukvården åvilar främst landstingen och de kommuner som inte tillhör ett landsting.<sup>134</sup> Det finns öppen och slutna vård. Den öppna vården bedrivs främst inom primärvården genom vårdcentraler men mera kvalificerad öppen vård ges även vid sjukhusen. Den slutna vården är sådan att den kräver intagning i vårdinrättning och för denna skall det finnas sjukhus. Skyldigheten för landstinget att erbjuda en god hälso- och sjukvård

---

<sup>128</sup> A.a.

<sup>129</sup> A.a.

<sup>130</sup> <http://www.schizofreniforbundet.se/pdf/artiklarpressmuttal/genpsykiatriref.pdf>

<sup>131</sup> 1 § HSL

<sup>132</sup> Strömberg, H., & Lundell, B., 2006, s. 169 f.

<sup>133</sup> 2a § HSL

<sup>134</sup> 3 § HSL

omfattar i första hand de som är bosatta inom landstinget. Dock gäller skyldigheten även gentemot personer som tillfälligt vistas inom landstinget och behöver omedelbar vård.<sup>135</sup>

Hälso- och sjukvårdslagen riktar sig till huvudmannen och stadgar om dennes skyldighet att tillgodose befolkningens behov av god hälso- och sjukvård. Lagen är konstruerad på så sätt att den enskilde som anser att landstinget inte lever upp till kravet saknar stöd i lagen för att göra rättsliga anspråk gällande gentemot landstinget.<sup>136</sup> Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område [LYHS] riktar sig till arbetsutövaren, det vill säga personalen. Lagen stadgar bland annat att personalen skall följa socialstyrelsens råd och rekommendationer så att vetenskap och erfarenhet är rådande. Vidare skall hälso- och sjukvårdspersonal visa patienten omtanke och respekt.<sup>137</sup>

## 8.2 Problem

Det finns ingen uppföljning eller statistik på de insatser som ges inom hälso- och sjukvården till människor med psykiska sjukdomar eller funktionshinder. Detta följer av att det saknas system för insamling och analys av data och att det inte rapporteras till de nationella systemen.<sup>138</sup> Vidare kan avsaknaden bero på att psykiatrisk tvångsvård utför uppgifter som inte kategoriseras som besök. Konsekvensen av brist på statistik blir att det saknas kunskap om antalet som söker vård, samt vilka insatser som ges inom primärvården till människor med psykiska problem. Nationell psykiatrisamordning har genom kontakter med insatta kommit till slutsatsen att behovet och belastningen på öppenvård psykiatri har ökat, samtidigt som det saknas nationell statistik som stöder detta påstående. Det skulle vara värdefullt att kunna se flödet mellan olika vårdenheter. Detta förutsätter dock ett stort arbete. Det råder brist på resurser inom primärvården, och kompetens hos allmänläkarna. Under senare år har det kommit ett flertal undersökningar som tyder på att primärvården i många fall inte upptäcker psykiska sjukdomstillstånd, vilket medför att personer med ångest- och depressionssjukdomar som skulle kunna få hjälp förblir obehandlade.<sup>139</sup>

Sekretesslagen (1980:100) föreskriver i 7 kap 4 § att sekretess gäller inom socialtjänsten för uppgift om enskilds personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller honom närstående lider men. Enligt 14 kap 2 § SekrL kan dock socialtjänsten till hälso- och sjukvården lämna ut vissa uppgifter om exempelvis missbruk om

---

<sup>135</sup> 3c, 4 §§ HSL och Strömberg, H., & Lundell, B., 2006, s. 169 f

<sup>136</sup> Sahlin, J., 2000, s. 107

<sup>137</sup> 2:1 LYHS

<sup>138</sup> SOU 2006:100, s. 22

<sup>139</sup> A.a., s. 114 ff.

det behövs för att den enskilde skall kunna få erforderlig vård. Någon motsvarande möjlighet att lämna ut uppgifter om personer med psykiska funktionshinder finns dock inte.<sup>140</sup> Nationell psykiatrisamordnare konstaterar att i vissa situationer kan nuvarande sekretessbestämmelser försvåra arbetet kring svårt psykiskt sjuka personer.<sup>141</sup> Jag har dock valt att inte fördjupa mig ytterligare i sekretesslagen.

## 9. Tvångsvård

### 9.1 Grundlagsskydd och FN:s standardregler

Enligt 2:8 Regeringsformen [RF] är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövande. Detta skydd kan dock begränsas genom lag, 2:12 RF. Varje medborgare, som av annan anledning än brott eller misstanke om brott har blivit omhändertagen tvångsvis, skall kunna få saken prövad av domstol utan skäligt dröjsmål.<sup>142</sup> Prövning av nämnd anses likvärdigt i de fall nämndens sammansättning är bestämd i lag och ordföranden i nämnden skall vara eller ha varit ordinarie domare. Kravet är även uppfyllt genom att tvångsvård av unga och missbrukare beslutas av länsrätten och genom att beslut om psykiatrisk tvångsvård antingen kan fattas eller överklagas hos länsrätten.<sup>143</sup>

FN:s standardregler är vidare en viktig utgångspunkt för den lagstiftning som berör människor med psykiska problem. Reglerna skall garantera tillgänglighet och delaktighet i samhället för personer med funktionshinder.<sup>144</sup> Vidare anges vissa rättigheter som endast får inskränkas på de grunder som föreskrivs i lag liksom i de fall det är nödvändigt med hänsyn till patientens eller någon annans hälsa eller personliga säkerhet, eller med hänsyn till samhällsskyddet eller andra grundläggande fri- och rättigheter. Tvångsvård kan enligt reglerna ges när det medicinskt anses nödvändigt för att förhindra en omedelbar eller stor risk för att patienten eller någon annan ska ta skada. All behandling och vård skall vara individuellt anpassad och upprättad i samråd med patienten. Huvudprincipen är att alla personer med psykisk störning skall behandlas mänskligt och med respekt. Vidare har de enligt FN rätt till den bästa psykiatriska vård som finns att tillgå.<sup>145</sup>

Ett tvångsomhändertagande är bland det mest ingripande som kan ske i en medborgares privatliv. Detta förutsätter att besluten fattas på ett sätt som står i överrensstämmelse med

---

<sup>140</sup> JO 2000/2001, s. 297

<sup>141</sup> SOU 2006:100, s. 574

<sup>142</sup> 2:9 RF

<sup>143</sup> Strömberg, H., & Lundell, B., 2006, s. 118 f.

<sup>144</sup> <http://www.regeringen.se/sb/d/1928/a/18527>

<sup>145</sup> SOU 2006:100, s. 411 f.

rättssäkerheten. Några villkor som skall vara uppfyllda är att lagen bör vara klar och tydlig. Vidare skall den ha en enhetlig utformning och kännetecknas av konsekvens. Det skall vara förutsägbart huvuvida ett konkret fall omfattas av bestämmelserna om tvångsvård eller ej. Vidare skall en prövning hos en opartisk domstol kunna ske över tvångsbeslutet som är tagna. Den enskilde som blir föremål för tvånget skall ha rätt till ett sakkunnigt ombud som skall ha tillgång till det material som domstolen har att beakta. I patientens intresse ligger inte alltid att undgå tvångsåtgärder, utan i patientens intresse ligger också att genom tvångsvård hindras från att begå gärningar som kan innebära skada för sig själv eller andra. Detta innebär att en tvångslagstiftning inte får vara så snävt utformad att personer som saknar sjukdomsinsikt inte får den vård som erfordras.<sup>146</sup>

## 9.2 Inledning

Majoriteten av all vård, rehabilitering och omsorg sker efter att den enskilde gett sitt samtycke, det vill säga i frivillig form. Detta är utgångspunkten i lagstiftningen och går att utläsa ur de portalparagrafer som styr verksamheten.<sup>147</sup> Ibland anser samhället dock att det finns behov av att vårda trots att den enskilde inte gett sitt samtycke. Vid vissa psykiska sjukdomar och störningar är en stor del av problematiken att den enskilde har bristande förmåga att bedöma behovet av vård och att på ett korrekt sett uppfatta situationen.

Under de senaste årtiondena har antalet som vårdas med stöd av tvångslagstiftning minskat kraftigt. Statistik tyder på att cirka 7 000 personer under 2005 varit omhändertagna med stöd av tvångslagstiftning. Det sammanlagda antalet som vårdades inom den slutna psykiatriska vården var cirka 45 000 och antalet besök inom den öppna psykiatriska vården uppgick till 625 000 läkarbesök. Statistik från Socialstyrelsen stöder uppfattningen att tvångsvården är relativt liten i förhållande till den vård som ges i frivillig form.<sup>148</sup>

Att omfattas av tvångsvård är ej liktydigt med att fråntas alla möjligheter att fatta egna beslut. Tvärtom är det extra viktigt att patientens integritet och självbestämmande inte kränks i onödan. Tvångsvården innebär i första hand att den som vården berör skall vistas inom en vårdenhet utan möjlighet att lämna enheten så länge som ansvarig vårdgivare ej beslutat annat. Den som är underkastad tvångsvård kan även vara tvungen att följa viss behandling,

---

<sup>146</sup> A.a., s. 410

<sup>147</sup> Se 2 § HSL och 1 § SoL

<sup>148</sup> SOU 2006:100, s.407 ff.

exempelvis medicinering. Patientens val bör ej ifrågasättas så långt det är möjligt avseende personliga frågor, sysselsättning och klädsel.<sup>149</sup>

### 9.3 Allmänt om LPT och LRV

Fram till den 1 januari 1992 reglerades den psykiatriska tvångsvården av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, LSPV. Det var en grundlig reform som genomfördes när LSPV ersattes av Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård [LPT] och Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård [LRV]. Enkelt uttryck kan man säga att LPT avser vård av ”vanliga” patienter medan LRV avser vård av ”kriminalpatienter”. I reformen ersattes begreppet ”psykisk sjukdom” av begreppet ”allvarlig psykisk störning”. Detta för att ge uttryck för det nya betraktelsesättet att psykiska störningar i regel kan återföras på såväl biologiska som psykologiska och sociala faktorer, vilka ofta samspelar och förstärker varandra.<sup>150</sup>

Syftet med lagreformen var delvis att möjliggöra en fortsatt minskning av tvångsvård och tvångsåtgärder. Ett annat syfte var att ge ökade möjligheter för anhållna, häktade eller intagna i kriminalvårdsanstalt att få psykiatrisk vård i frivilliga former. Behovet av psykisk vård hos personer som är intagna i kriminalvården skall tillgodoses inom den allmänna sjukvården på samma sätt som den gäller för andra samhällsmedborgare. Detta innebär att psykiskt störda som är inom kriminalvården har bättre möjligheter till psykiatrisk vård.<sup>151</sup> I och med reformen ökade patienternas rättssäkerhet genom att beslut om tvångsvård obligatoriskt prövas av domstol.<sup>152</sup> Dessutom infördes i LPT rätt till juridiskt ombud och föreskrifter om begränsade vårdtider.<sup>153</sup> Lagarna är i stora delar samordnade.<sup>154</sup>

#### 9.3.1 Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

För att tvångsvård skall kunna ges enligt LPT måste de tre följande förutsättningarna vara uppfyllda<sup>155</sup>:

*1. Patienten lider av en allvarlig psykisk störning.*

---

<sup>149</sup> A.a., s. 412 f.

<sup>150</sup> Strömberg, h., & Lundell, B., 2006, s. 157 ff.

<sup>151</sup> Socialstyrelsen 1991:10, s. 7 ff.

<sup>152</sup> A.a., s. 11

<sup>153</sup> Markström, U., 2003, s. 124

<sup>154</sup> Socialstyrelsen 1991:10, s. 3

<sup>155</sup> 3 § LPT

Som allvarlig psykisk störning bör i första hand räknas tillstånd med störd verklighetsuppfattning och med symptom som vaneföreställningar, hallucinationer och förvirring. Vidare bör svårartade personlighetsstörningar räknas hit.<sup>156</sup>

*2. Patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård. Vid bedömningen skall även beaktas om personen till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.*

Med uttrycket ”personliga förhållanden i övrigt” avses att vid bedömningen av vårdbehovet bör patientens levnadsförhållanden och sociala relationer även beaktas. Så länge patienten har förmåga att klara sig själv eller kan klara sig i hemmet med stöd av kommunens hemtjänst eller liknande så skall tvångsvård alltså inte tillgripas. Om vårdbehovet kan tillgodoses inom den öppna psykiatriska verksamheten i kombination med stöd från socialtjänsten skall tvångsvård undvikas.<sup>157</sup>

*3. Patienten motsätter sig sjukhusvården, eller att denne på grund av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att avgöra om sådan vård behövs.*

Med den nya lagen var avsikten att tvångsvården skulle inriktas mer mot patientens eget behov av vård och omvårdnad istället för hur mot hur den psykiska störningen tog sig uttryck. Den nya lagen kom därför att utgå från kravet på att det fanns ett oundgängligt behov av intagning på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård samt att patienten motsatte sig vården.<sup>158</sup> Ändamålet med tvångsvården skall vara att den som omfattas av lagen skall kunna medverka till fortsatt stöd och ytterligare behandlingsinsatser i frivilliga former.<sup>159</sup>

En förutsättning för lagändringen var att kvalitén inom den psykiatriska vården skulle höjas samt att den öppna psykiatriska vården och kommunernas socialtjänst fick resurser och möjligheter att på olika sätt hjälpa och stödja personer med psykiska störningar. Målet att minska tvångsvården så långt det är möjligt tycker jag är rätt men det måste ske i balans med att andra möjligheter till vård tar över. Risker är annars stora att patienter inte får den vård de

---

<sup>156</sup> Strömberg, H., & Lundell, B., s. 158 ff.

<sup>157</sup> A.a., s. 158 ff.

<sup>158</sup> Prop. 1990/91:58, s. 3

<sup>159</sup> A.a., s. 3



behöver.<sup>160</sup> Nationell psykiatrisamordning har föreslagit en möjlighet till öppenvård med särskilda villkor. Detta skulle innebära att många som idag tvångsvårdas får en möjlighet att vistas i frihet under sin vårdtid under förutsättning att de följer vissa uppsatta villkor, exempelvis medicinering. Schizofreniförbundet ställer sig i sitt remissvar positiva till förslaget men vill att vårdformen hellre skall benämnas öppenvård med särskilda insatser. Anledningen till detta beror enligt förbundsordföranden på att förbundet vill markera att det inte skall ses som ett straff utan en möjlighet att få god vård och behandling i frihet.<sup>161</sup> Många anser att alla människor har en rätt att vara ute i samhället och integreras. Jag är tveksam till att alla har den rätten eftersom det är viktigt att acceptera faktumet att det alltid kommer att finnas människor som behöver vara tvångsvårdade, kanske för resten av livet.

Framför allt anhöriga till personer med psykiatrisk sjukdom anser att det skulle vara en fördel om det fanns möjlighet att ingripa tidigare med tvångsvård. Anhöriga menar att dagens regler kräver för hög grad av sjukdom innan tvångsvård kan bli aktuellt. Exempelvis anser de att ett ingripande vore önskvärt i de fall patientens tillstånd kan bli bättre av vård eller om vården kan förhindra en kraftig försämring. Detta gäller främst i de situationer när anhöriga och vården genom tidigare erfarenheter vet att till exempel ett abrupt avslutande av medicinering alltid medfört ett allvarligt insjuknande eller andra svåra negativa konsekvenser. Tyvärr finns det allt för många fall som beskriver utebliven vård, eller vård som kommit till stånd i ett sådant sent skede att det fått negativa konsekvenser för patienten, anhöriga och brottsoffer. En restriktiv lagstiftning i kombination med restriktiv tillämpning samt resursbrister inom vården leder till att människor blir utan hjälp.<sup>162</sup> Dagens uppsatta nivå för intagning bör sänkas, åtminstone vid fara för eget eller andras liv anser jag.

I praktiken tillämpas inte LPT på personer som är påverkade av alkohol eller droger. Graden av allvarlig psykisk störning som lagen uppställer kan vara svår att bedöma i de fall patienten är drogpåverkad. Därför anser många läkare att en drogpåverkad aldrig kan bli intagen med stöd av LPT. Vissa psykiatriska tillstånd är dock endast riktigt allvarliga i de fall patienten är drogpåverkad. Om en drogpåverkad blir intagen i det mest akuta tillståndet blir patienten efter några dagars medicinering och drogfrihet så pass frisk att det är svårt att hävda att ett oundgängligt behov av slutenvård föreligger. Patienten blir då utskriven och slutar medicinera och återgår till droger, varvid en intagning åter blir aktuell. Det är varken tillfredställande för anhöriga, vården eller samhället när vården inte kan göra något åt

---

<sup>160</sup> SOU 2006:100, s. 414

<sup>161</sup> Lundgren, R., Schizofreniförbundet, 2007-04-13

<sup>162</sup> SOU 2006:100, s. 414 f.

situationen med kraftfulla åtgärder. Psykisk sjukdom eller störning i kombination med missbruk utgör en ökad risk för brottslighet, våld och avvikande beteende. Det är därmed av högsta vikt att dessa personer kan omhändertas i ett tidigt skede innan något allvarligt händer.<sup>163</sup> Jag efterlyser en förändring som innebär att när någon med dubbeldiagnos är tvångsvårdad, borde det vara möjligt att behandla för båda de diagnoser som patienten lider av då man vet att de påverkar varandra.

Det är av stor vikt att det finns utbildad och kunnig personal som på bästa sett kan tillgodose de speciella behov som personer med en psykiatrisk diagnos har. Idag har personalen inom psykiatrin vanligtvis gått en grundutbildning på tre år inom omvårdad varav cirka tio veckor avser vården av psykiskt sjuka. Sedan är det upp till arbetsgivaren att fortbilda sin personal, vilket idag sker högst bristfälligt enligt Schizofreniförbundet.<sup>164</sup> Antingen måste arbetsgivarna bättre tillse att personalen har adekvata kunskaper för att tillhandahålla en god vård och behandling eller, anser jag, borde grundutbildningen förändras.

### **9.3.2 Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård**

#### *9.3.2.1 Generella förutsättningar*

1 § LRV anger vilka som omfattas av lagen. Drygt 95 % av dem som vårdas med stöd av lagen är gärningsmän som av domstol överlämnats till vård.<sup>165</sup> I genomsnitt är antalet som berörs cirka 375 gärningsmän som varje år. Överlämningen är en påföljd för brott. Den som begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning får inte dömas till fängelse enligt 30:6 Brottsbalken (BrB). Om den som begått ett brott, för vilket påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter, lider av en allvarlig psykisk störning får domstolen överlämna honom till rättspsykiatrisk vård, 31:3 BrB. Begreppet allvarlig psykisk störning omfattar exempelvis tillstånd med störd realitetsvärdering, vanföreställningar, hallucinationer och förvirring. Även allvarliga depressioner med självmordstankar, svårartade personlighetsstörningar och starkt tvångsmässigt beteenden omfattas. Vidare krävs för att rättspsykiatrisk vård skall bli aktuell att det med hänsyn till patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att denne är intagen på sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång.<sup>166</sup> Vid beslut om överlämnande till rättspsykiatrisk vård beslutar domstolen om denna vård skall ges med eller utan särskild utskrivningsprövning.<sup>167</sup>

---

<sup>163</sup> A.a., s. 420

<sup>164</sup> Lundgren, R., Schizofreniförbundet, 2007-04-13

<sup>165</sup> Rapport 2006:2, s. 46

<sup>166</sup> A.a., s. 29 f.

<sup>167</sup> A.a., s. 11 ff.

Rättspsykiatrin har till uppgift att utreda, vårda och rehabilitera psykiskt störda lagöverträdare.

Antalet personer som skrivs in i den rättspsykiatriska vården varje år är relativt konstant. Jämfört med 1995 har antalet vårdade med stöd av lagen ökat med 32 % och vårdtiderna är långa.<sup>168</sup> Rättspsykiatrisk vård upptar en fjärdedel av alla slutenvårdsplatser.<sup>169</sup> Detta innebär att var fjärde slutenvårdsplats är reserverade på så sätt att plats måste erbjudas till de patienter som överlämnas till vård av domstol, vilket medför att platserna inte fördelas efter behov.<sup>170</sup> Rättspsykiatrins kostnader motsvarar cirka en procent av de sammanlagda kostnaderna för hälso- och sjukvården, eller tio procent av kostnaderna för den psykiatriska vården. Rättspsykiatrin har trots sin ringa omfattning en stor betydelse för rättsväsendet och för möjligheterna att minska risken för återfall hos psykiskt störda lagöverträdare.<sup>171</sup> Det är många aktörer som berörs och behovet av samordning och samverkan mellan olika verksamheter är stort när det gäller omhändertagandet av psykiskt störda lagöverträdare.

För att beslut om rättspsykiatrisk vård skall tas krävs ett medicinskt underlag som påvisar att det finns medicinska förutsättningar att ge sådan vård som brottspåföljd. Rättspsykiatrisk vård skall upphöra när det saknas vårdbehov, och i de fall särskild utskrivningsprövning beslutats då det inte heller finns risk för återfall i allvarlig brottslighet.<sup>172</sup> Omständigheten att en intagen, tack vare medicinering, inte längre företedde några symptom på sin allvarliga psykiska störning har inte ansetts utgöra tillräcklig grund för beslut om vårdens upphörande. Därutöver har bland annat krävts en bedömning huruvida patienten själv kan medicinera för det fall vården upphör.<sup>173</sup> Regeringsrätten har slagit fast att både avsaknad av vårdbehov och avsaknad av risk för återfall i allvarlig brottslighet måste vara uppfyllda samtidigt för att vården skall kunna upphöra.<sup>174</sup> Därmed krävs en sammanvägning av patientens psykiska tillstånd, hans relationer till omgivningen, och hans övriga levnadsförhållanden för att avgöra huruvida vården skall upphöra. Det finns alltså inget uttryckligt krav att vården skall upphöra när patienten inte längre anses lida av en allvarlig psykisk störning. Dock saknas i allmänhet skäl för fortsatt rättspsykiatrisk vård i de fall återfallsrisken är obefintlig samt patienten inte längre lider av en allvarlig psykisk störning.

---

<sup>168</sup> Socialstyrelsens rapport 2005

<sup>169</sup> SOU 2006:100, s. 109 f.

<sup>170</sup> A.a., s. 113

<sup>171</sup> Rapport 2006:2, s. 4

<sup>172</sup> 16 § LRV

<sup>173</sup> RÅ 1992 ref. 98

<sup>174</sup> RÅ 2001 ref. 59

Vårdtiderna skall dock alltid relateras till den dömdes vårdbehov.<sup>175</sup> I genomsnitt är vårdtiden fem år vid särskild utskrivningsprövning och ett år i de fall sådan saknas. En tredjedel av vårdtiden utgörs idag av permission inför definitiv utskrivning.<sup>176</sup>

När den psykiskt störde lagöverträdaren befinner sig inom den rättspsykiatriska vården är det landstinget som har ansvaret för vård och behandling samt det ekonomiska ansvaret. I samband med permission under den rättspsykiatriska vården och vid utskrivning från vården aktualiseras kommunens ansvar för insatser. Patienten bör ej skrivas ut i de fall bostads- och arbetsförhållanden eller annan slags sysselsättning inte ordnats tillfredställande.<sup>177</sup> Av dem som dömts till rättspsykiatrisk vård är det cirka 30 % som har permission. Permissionen pågår ofta under en längre tid, 1,5 år vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning, och sker vanligtvis i vårdens slutskede för att förbereda den dömda att kunna anpassa sig till ett liv i samhället.<sup>178</sup>

### *9.3.2.2 Problem och förslag på åtgärder*

Det har rått oklarheter om vem som skall tillhandahålla sociala insatser till psykiskt störda. Orsak till detta kan ha varit bristfälliga kunskaper och erfarenheter hos kommuner och andra berörda. Det kan även bero på svårigheter att precisera vad som är psykiatrisk behandling respektive social omsorg när det gäller insatser till psykiskt störda. Oklarheterna kan leda till att de som finns i gränslandet mellan psykisk sjukdom och psykosociala eller socialmedicinska problem blir utan vård.<sup>179</sup> När det inte med hänsyn till patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att tvångsvård ges, men det föreligger en allvarlig psykisk störning kan det tala för att vård bör fortgå. I dessa fall bör den psykiatriska vården kunna fortgå i frivilliga former med patientens samtycke. Vid bedömningen huruvida en utskrivning skall ske är det viktigt att klarlägga rådande förhållanden för den enskilde. Som jag tidigare påpekade är det viktigt att kommunen ordnar så att bostads- och arbetsförhållanden eller annan form av sysselsättning är tillfredställande före en utskrivning sker. Socialtjänstens insatser är av stor betydelse och utskrivningen måste förberedas i samverkan med andra huvudmän.<sup>180</sup> Enligt praxis har den som är intagen för rättspsykiatrisk vård på sjukhus rätt till insatser enligt LSS för att kunna beredas

---

<sup>175</sup> SOU 2006:2, s. 30 f.

<sup>176</sup> A.a., 11 ff.

<sup>177</sup> Socialstyrelsen 1991:10, s. 36 f

<sup>178</sup> Rapport 2006:2, s.89 ff.

<sup>179</sup> Norström, C., & Thunved, A., s. 117 f.

<sup>180</sup> Socialstyrelsen 1991:10, s. 36 f.

korttidsvistelse utanför sjukhuset med målet att utslussning från tvångsvården skall ske.<sup>181</sup> RSMH riktar kritik mot att kommuner brister i sitt ansvar att ordna boende och sysselsättning. Vidare menar förbundet att kommunen har stora samverkansproblem med andra huvudmän.<sup>182</sup> Skilda arbetssätt, sekretessregler och ekonomiska förhållanden anförs som skäl för bristande samordning och samarbete.<sup>183</sup> Det finns dock lyckade samarbeten. I Västra Götaland har en modell för bättre samverkan prövats sedan några år. Modellen går ut på att det finns ett team som utgår från den rättspsykiatriska vården. Uppgiften för teamet är att vara en sluss mellan exempelvis rättspsykiatrin och socialtjänsten. Teamet skall leda och förmedla kontakter till den utskrivne samt hålla ihop nätverket kring denne. Vidare är en uppgift att försöka få patienten att förstå betydelsen av en bibehållen behandlingskontakt. Sex månader före planerad utskrivning meddelas teamet. En erfarenhet från detta försök är att kommuner och andra aktörer tagit ett större ansvar när teamet finns.<sup>184</sup>

Tiden efter villkorlig frigivning, oavsett om det är från kriminalvård eller psykiatrisk klinik, är en kritisk period. Detta gäller för psykiskt störda lagöverträdare i synnerhet, då deras sociala nätverk ute i samhället ofta består av vänner som är kvar i missbruk och kriminalitet. När vården upphör är det ingen som påminner om deras medicinering eller ser efter hur de mår, vilket ökar risken för återfall till brott och missbruk. För att lösa detta problem anser jag att regler om öppenvård med särskilda villkor skall införas. Detta skulle innebära en möjlighet att återgå till slutenvård om patienten inte följer uppsatta villkor, och om det finns risk för återfall i allvarlig brottslighet.<sup>185</sup> I vissa fall ställer jag mig frågande till om den som varit vårdad med stöd av rättspsykiatrin någonsin skall friskförklaras. Den som är under medicinering kan fungera väl i samhället. När patienten under viss tid betett sig tillfredställande friskförklaras denne. När patienten efter ett tag känner sig så frisk att han avbryter sin medicinering, kan detta leda till att han begår brott eller utgör en fara för sig själv eller andra. Det förefaller för mig inte helt orimligt att för vissa patienter införa öppenvård med särskilda villkor för resten av deras liv.

Staten finansierar ingen hälso- och sjukvård men det finns mycket som talar för att staten bör överta ansvaret för finansieringen av rättspsykiatrin. Det främsta skälet härför är att den rättspsykiatriska vården är en straffrättslig påföljd. I övrigt har staten kostnadsansvaret för rättssystemet och de påföljder som utdöms; så borde även vara fallet i fråga om

---

<sup>181</sup> RÅ 2000 ref. 39

<sup>182</sup> Rundkvist, K., RSMH, 2007-04-13

<sup>183</sup> Rapport 2006:2, s.100 f.

<sup>184</sup> A.a., s. 101

<sup>185</sup> A.a., s. 15

rättspsykiatrisk vård. Dessutom är det staten som beslutar huruvida rättspsykiatrisk vård skall utdömas, till skillnad från all annan vård. Vidare är det staten som bestämmer när patienten kan skrivas ut i de fall vården utdömts med föreskrift om särskild utskrivningsprövning. Debatten om finansieringen har intensifierats under senare år på grund av att gruppen som behöver rättspsykiatrisk vård kommit att ta i anspråk en allt större del av de sammanlagda resurserna. Detta främst till följd av de ökade vårdtiderna. Det som skulle vara fördelen med om staten betalade är att krav kan ställas på vårdens innehåll och kvalitet.<sup>186</sup>

Det är vanligt att tvister uppstår mellan landsting och kommun angående vem som har ansvaret för att individen tillhandahålls adekvata insatser eller vård. Ytterst handlar dessa konflikter oftast om att kommunen bestrider betalningsansvar så länge patienten är inskriven enligt LRV eller LPT.<sup>187</sup> Regeringsrätten har dock fastslagit att omständigheten att någon är underkastad tvångsvård och på vårdinrättning har boende, tillsyn och viss sysselsättning med mera ordnade, inte automatiskt innebär att stöd- och vårdbehov enligt LSS är tillgodosett.<sup>188</sup> Följden av att kommunerna brister i sina skyldigheter att erbjuda bostad och sysselsättning blir att sjukvårdhuvudmannen blir begränsad att skriva ut patienter samtidigt som kravet på att ta emot de av domstolen dömda är ovillkorligt. Detta leder till att patienterna i behov av rättspsykiatrisk vård i ökad utsträckning tas om hand vid vanliga allmänpsykiatriska avdelningar. Dessa avdelningar är främst anpassade för akut korttidsvård med eller utan tvång och personalens agerade stöder en snabb hemgång, vilket inte är förenligt med de förutsättningar som gäller för många som lämnats till rättspsykiatrisk vård.<sup>189</sup> Det finns uppenbara behov av ett förtydligande av kommunens ansvar för att utskrivning skall kunna ske.<sup>190</sup>

#### 9.4 Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall [LVM]

Lagen skall fungera som ett medel att bryta en destruktiv utveckling och det är den enskildes behov av vård som skall vara avgörande. Vårdens syfte är att motivera den enskilde till fortsatt behandling och stöd i frivilliga former och därmed erbjudes en möjlighet att fortsätta arbeta med problemen på egen hand. När det finns förutsättningar för vård under frivilliga former skall tvångsvården upphöra, 20 §. En förutsättning för vård enligt LVM är att

---

<sup>186</sup> A.a., s 167 ff.

<sup>187</sup> A.a., s.89 ff.

<sup>188</sup> RÅ 2000 ref. 39

<sup>189</sup> Rapport 2006:2, s. 48

<sup>190</sup> A.a., s. 26 ff.

vårdbehovet inte kan tillgodoses med stöd av SoL eller på något annat sätt, 4 §.<sup>191</sup> Detta innebär dock inte att vårdinsatser enligt annan lagstiftning måste ha prövats och misslyckats innan LVM kan bli tillämplig. Det finns inga hinder mot att besluta om vård enligt LMV även om LPT tillämpas samtidigt under en begränsad tid.<sup>192</sup> Missbrukarens tillstånd kan vara av sådan art att vårdinsatser med stöd av annan lagstiftning inte kan avvaktas utan risk för dennes hälsa. Det är socialnämnden som utreder behovet av vård och det är Länsrätten som beslutar om tvångsvård.<sup>193</sup> Det är ej acceptabelt att underlåta att ansöka eller besluta om tvångsvård med hänvisning till bristande resurser.<sup>194</sup>

Tvångsvård skall, enligt 4 §, beslutas om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk eller för det fall vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt SoL eller något annat sätt. Dessutom krävs att han eller hon till följd av missbruket:

a) *utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,*

En medicinskt påvisbar hälsorisk för missbrukaren föreligger, och en fara att allvarligt försämras, om vård inte beslutas. Det skall objektivt kunna konstateras att missbrukarens exempelvis psykiska tillstånd kräver vård.

b) *löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller*

Här stadgas en möjlighet att ingripa på ett tidigt stadium, vilket gäller främst ungdomar. Ett ingripande kan ske när uppenbara och betydande sociala skadeverkningar är nära förestående om det omfattande missbruket fortsätter. Detta oavsett om hälsan i strikt medicinsk mening ännu inte anses allvarligt hotad. Den sociala indikationen tar sikte på omständigheter som framstår som avgörande för den enskildes fortsatta liv ur ett helhetsperspektiv. Missbruket leder till att normala sociala relationer inte längre kan upprätthållas då missbruket helt dominerar livsföringen. Följden är att missbrukaren är nära att hamna utanför arbets- och utbildningsmarknaden samt att stängas ute från ett normalt boende. Punkten avser således en utomordentligt allvarlig situation där missbruket näst intill gör det omöjligt för missbrukaren att leva ett människovärdigt liv under lång tid framöver

---

<sup>191</sup> Strömberg, H., & Lundell, B., 2006, s. 149

<sup>192</sup> Norström, C., & Thunved, A., 2006, s. 346

<sup>193</sup> 5 och 7 §§ LVM och Strömberg, H., & Lundell, B., 2006, s. 149

<sup>194</sup> Norström, C., & Thunved, A., 2006, s. 337 f.

c) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Även hot och hänsynslöst beteende som kan framkalla psykiska lidanden omfattas. Närstående avser främst anhöriga som står i ett beroendeförhållande till missbrukaren, såsom make, barn, föräldrar och syskon. Dock räcker ej fara för andra än anhöriga för att punkten skall anses uppfylld. Anledningen till detta är att andra än anhöriga, trots att de kan bli utsatta för fara av missbrukaren, anses befinna sig i en mindre utsatt situation än anhöriga.<sup>195</sup>

## 9.5 Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga [LVU]

### 9.5.1 Förutsättningar för vård

Samhället har ett särskilt ansvar för barn och ungdomar och socialnämnden skall verka för att de som riskerar att utvecklas negativt får det stöd och skydd som de behöver. Oftast kan detta ske på frivilliga grunder i samarbete med föräldrar och barn. I vissa fall kan dock samförstånd ej nås. Det är då möjligt för socialnämnden att besluta mot barnets och/eller dennes föräldrars vilja med stöd av LVU. Det finns utrymme att tillämpa LVU även när samtycke till vård lämnats förutsatt att det kan befaras att vårdnadshavaren efter kort tid begär tillbaka barnet eller på annat sätt äventyrar vården. När föräldern lider av en psykisk sjukdom kan en bedömning av samtyckets trovärdighet bli aktuellt.<sup>196</sup>

För att vård skall kunna beredas den unge oberoende av samtycke måste vården framstå som behövlig på grund av någon av följande fall:

*1. På grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet som medför en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas, de så kallade miljöfallen, 2 §.*

Miljöfallen omfattar endast personer under 18 år, 1 § 2 st LVM. Med ”hälsa” avses både fysisk och psykisk hälsa och ”utveckling” syftar på social utveckling. Att risken skall vara påtaglig innebär att riskbedömningen måste grundas på konkreta fakta och ej på lösa antaganden. Brister i omsorgen kan vara en följd av att föräldrarna missbrukar eller har psyksiska störningar.<sup>197</sup>

---

<sup>195</sup> A.a., s. 341 ff.

<sup>196</sup> RÅ 1982 2:87 III

<sup>197</sup> Strömberg, H., & Lundell, B., 2006, s. 137 f. och RÅ 1985 2:83 (I och II)



2. När den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende, de så kallade beteendefallen, 3 §.

Beteendefallen omfattar även personer mellan 18 och 20 år under vissa förutsättningar, 1 § 3 st. LVM. Med ”socialt nedbrytande beteende” menas att den unge beter sig på ett sätt som avviker från de grundläggande normerna i samhället. Detta kan ske genom enstaka allvarliga brott, vistelse i missbrukarmiljö eller genom prostitution. Även i sådana fall krävs att beteendet innebär en påtaglig risk för den unges hälsa eller utveckling. I sådana fall där vård är behövligt på grund av den unges beteende kan det uppstå tvekan om ingripande bör ske med stöd av LVU eller LPT eller BrB. Huvudregeln är dock att om personen är under 18 år skall LVU tillämpas. Detta gäller även i de fall barnet är under 15 år, 1:6 BrB. För det fall att barnet är mellan 15-18 år finns särskilda bestämmelser som möjliggör att åtal eller straffdom undviks. Beträffande personer mellan 18-20 år stadgas i 1 § 3 st LVM att de kan beredas vård enligt LVU på grund av sitt beteende, om sådan vård med hänsyn till vederbörandes behov och personliga förhållanden i övrigt är lämpligare än annan vård. Med annan vård avses kriminalvård, psykiatrisk vård eller missbrukarvård. Detta innebär att i åldersgruppen 18-20 år skall en lämplighetsbedömning ske i det enskilda fallet för att avgöra vilken av lagarna LVU, BrB, LPT eller LVM som är lämpligast. Om bedömningen resulterar i att vård med stöd av LVU är lämpligast skall LVU ha företräde. Möjligheten att undvika kriminalvård framgår genom 31:3 BrB om överlämnande till vård inom socialtjänsten.<sup>198</sup>

### 9.5.2 Utförare av vården

Statens institutionsstyrelse är en statlig myndighet som bedriver vård och behandling av ungdomar. Det är länsrätten som beslutar om omhändertagande och vård efter ansökan av socialnämnden. Dock är det socialnämnden som bestämmer hur vården skall utformas.<sup>199</sup> Vården vid institutionerna regleras bland annat genom LVU.<sup>200</sup> Barnen som är inskrivna hos SiS ungdomsvård har ofta en mångfacetterad problembild såsom missbruksproblem och/eller psykiska problem. Före placering på någon av statens institutioner har ofta den kommunala socialtjänsten prövat olika insatser såsom familjehem och privata institutioner. En tydlig skillnad mellan SiS särskilda ungdomshem och andra institutioner är tillgången till läsbara platser samt personaltäteten. Av de 20 000 barn och ungdomar som varje år placeras utanför

---

<sup>198</sup> Strömberg, H., & Lundell, B., 2006, s. 136 ff.

<sup>199</sup> <http://www.stat-inst.se>

<sup>200</sup> 12§ och 15-20 §§ LVU

sina familjehem vårdas cirka 1100 på något av SiS 33 särskilda ungdomshem. Behandlingen som erbjuds på hemmen är dels individanpassad, dels differentierad efter vissa kriterier såsom kön, ålder, missbruk och våldsbenägenhet. Vård med stöd av LVU kan variera från några veckor till år, men beslutet måste omprövas var sjätte månad.<sup>201</sup> Huvudprincipen är att vård skall upphöra när orsakerna till vården inte längre föreligger. Statens institutionsstyrelse skall i samråd med socialtjänsten upprätta en behandlingsplan innan utskrivning sker från deras institution.<sup>202</sup> Behandlingsplanen kan beröra frågor som skola, boende, kriminalitetsprogram, psykologsamtal med mera. Detta samarbete är positivt och nödvändigt för att den intagnes behov vid en utskrivning skall tillgodoses.<sup>203</sup>

Behandlingshemmen för unga får kritik och socialstyrelsen vet inte om de ens hjälper då vården aldrig utvärderats. Undersökning utförd av SiS visar att ungdomar mår psykiskt bättre ett år efter utskrivning från Sis än de mådde före intagning. Dock kvarstår i hög grad ungdomarnas psykiska problem samt svårigheter att upprätthålla beteendeförändringen efter utskrivning. Många återgår i kriminalitet och missbruk.<sup>204</sup> Professor Bo Vinnerljung finner bristen på utvärdering av behandlingshemmen bekymmersam då det finns risk för skadlig vård när man behandlar ungdomar med beteendeproblem i grupp. Vinnerljung jämför behandlingshemmen som en utbildning i avvikande beteende.<sup>205</sup> Handläggare på SiS menar dock att denna risk måste ställas mot hur många som hade farit illa utan vård.<sup>206</sup> Nationell psykiatrisamordnare har identifierat problemområden som bidrar till att barn och unga med komplexa och omfattande behov inte får den vård och stöd de har behov av. Bland annat lyfts fram att vid sammansatt problematik saknas samordnade insatser och tydliga uppdrag från politisk nivå att samordna och integrera insatser mellan psykiatri och socialtjänst. Vidare konstateras att barn och ungdomar på SiS-institutioner inte får den psykiatriska vård de är i behov av då landstinget inte uppfattar att deras ordinarie ansvar enligt HSL ännu gäller.<sup>207</sup> Genom ett förtydligande av landstingens ansvar i HSL skulle landstingets skyldigheter att erbjuda både öppen och sluten psykiatrisk vård tydligt omfatta de fall när någon är intagen på ett särskilt ungdomshem.

---

<sup>201</sup> <http://www.stat-inst.se>

<sup>202</sup> Norström, C., & Thunved, A., 2006, s. 279

<sup>203</sup> Jonsson, M., Handläggare SiS, 2007-04-11

<sup>204</sup> Nordqvist, S., SiS 2/05

<sup>205</sup> Näslund, A., 2007, s. 20 ff.

<sup>206</sup> Jonsson, M., SiS, 2007-04-11

<sup>207</sup> SOU 2006:100, s. 393 f.

## 9.6 Gemensamt problem - Dubbeldiagnoser

Det är inte ovanligt att psykiskt störda som har missbruksproblem hamnar i en konfliktsituation där landstinget inte anser sig kunna svara för behandling så länge ett missbruk är pågående och kommunen i sin tur ställer sig avvisande med hänvisning till den psykiska störningen.<sup>208</sup> Omhändertagandet av personer som lider av dubbeldiagnoser är ett gammalt konfliktområde mellan kommun och landsting. I länsstyrelsens rapport från 2005 framgår att personer som missbrukar i kombination med en psykisk störning är den grupp hos socialtjänsten som har svårast att få sina behov tillgodosedda.<sup>209</sup> Problemen som uppstår kring psykiskt störda missbrukare beror främst på att det är flera olika myndigheter och vårdgivare inblandade och de har olika förutsättningar, värderingar och mandat. Många av patienterna figurerar ofta samtidigt inom rättspsykiatri, allmänpsykiatri, socialtjänst och hemlöshetsverksamheter. Forskning talar för att missbruk i kombination med en psykisk störning skall angripas samordnat och samtidigt för bästa resultat. Under senare år har fler kliniker börjat tillämpa samtida behandling. Dock finns det stora skillnader mellan förutsättningarna och ambitionerna hos olika kliniker.<sup>210</sup>

Då behandling mot missbruk visat sig vara helt avgörande när det gäller återfallsrisken för psykiskt störda är det av vikt att denna behandling koordineras på ett bra sätt. Det krävs riktlinjer för berörda parter om hur en samordnad och samtidig behandlingsinsats skall utarbetas.<sup>211</sup> Ett förtydligande i lagen om rättspsykiatrisk vård av sjukvårdshuvudmannens ansvar för utredning, vård och behandling av missbruk när det gäller psykiskt störda lagöverträdare är eventuellt en framkomlig väg. Jag ställer mig bakom psykiatrisamordningens förslag som innebär att de som har ansvaret för missbruksvården skall ansvara för fortsatt behandling när patienten skrivs ut från rättspsykiatrisk vård. Detta kan i vissa fall vara svårt, men rättspsykiatri måste åtminstone innan behandlingskontakten släpps förvissa sig om att det finns någon som fortsätter den inledda behandlingen så att patienten inte hamnar i en situation utan fortsatt hjälp.<sup>212</sup>

Om den psykiska störningen är tillräckligt svår bör behandling omfattas av psykiatris ansvarsområde. Detsamma gäller i de fall en kombinationsproblematik finns med intensivt missbruk. I de fall missbrukaren är psykiskt sjuk till den grad och art att han är i oundgängligt behov av psykiatrisk vård bör vården beredas med stöd av LPT. Bedöms missbruket däremot

---

<sup>208</sup> Rundkvist, K., RSMH, 2007-04-12

<sup>209</sup> Rapport 2006:2, s.64 ff.

<sup>210</sup> A.a., s.59 ff.

<sup>211</sup> A.a., s.65 f.

<sup>212</sup> A.a., s.64 ff.

som det primära i kombinationssituationen bör den psykiatriska tvångsvården i förhållande till tvångsvård inom socialtjänsten ses som en sista utväg för att klara de allvarliga psykiska komplikationerna till missbruket.<sup>213</sup> En man vårdades på LVM- hem och skrevs ut från hemmet i samband med att han fördes till sjukhus för att beredas psykiatrisk vård. Sjukvården fann dock att grund saknades för att besluta om tvångsvård enligt LPT och patienten skrevs ut, varefter han hittades död på en toalett. JO konstaterade att den som är intagen på LVM- hem skall beredas sjukhusvård om behov finns, 24 § 2 st. LVM. Däremot ifrågasattes beslutet att skriva ut patienten från hemmet, vilket innebar att vården enligt LVM avslutades utan att förhållandena som föranledde vården hade förändrats. JO konstaterar vidare att enligt 4 § andra stycket LVM kan vård enligt LVM beslutas även för den som under en kortare tid ges vård enligt LPT.<sup>214</sup> Exempelvis kan missbrukaren under avgiftningstiden drabbas av alkoholpsykos som kräver sluten psykiatrisk vård. Rätten skall då kunna besluta om vård enligt LVM om förutsättningarna är att behovet av LPT-vård endast antas föreligga i en vecka, undantagsvis något längre. Om behovet av psykiatrisk vård föreligger under längre tid bör vård enligt LVM ej beslutas.<sup>215</sup> Om psykiatrisk tvångsvård behövs under en längre period bör vården som ges med stöd av LVM upphöra genom att patienten skrivs ut från LVM-hemmet.<sup>216</sup> JO menade att föreståndaren för LVM-hemmet i det specifika fallet borde ha väntat med att skriva ut patienten tills besked kunde meddelas från sjukhuset huruvida det blev aktuellt med tvångsvård enligt LPT. På så sätt hade dödsfallet kunnat undvikas.<sup>217</sup> När en person lider av allvarlig psykisk sjukdom i kombination med ett allvarligt missbruk och blir intagen med stöd av LVM kan den intagne inte tvingas att ta medicin med stöd av LVM. Följden blir att man måste invänta att psykossjukdomen försämrats så pass att det blir aktuellt med ingripande enligt LPT.

Min slutsats är att personer som lider av en dubbeldiagnos har en mer komplicerad problembild än andra. Missbruk och psykiska problem påverkar alltid varandra negativt och det är därför viktigt att behandling sker samtidigt.<sup>218</sup> Därav borde det vara ett krav att behandling för missbruk ges under pågående psykiatrisk vård.

---

<sup>213</sup> Prop. 1990/91:58, s. 92 ff.

<sup>214</sup> JO 2002/03 s. 243 ff.

<sup>215</sup> Norström, C., & Thunved, A., 2006, s. 346

<sup>216</sup> A.a., s. 336

<sup>217</sup> JO 2002/03 s. 243 ff.

<sup>218</sup> SOU 2006:100, s. 216 ff.

## 10. Avslutande kommentar

Psykiskt sjuka tillhör en utsatt grupp i samhället då det i sjukdomens natur ligger egenskaper som gör att de har svårt att själva kräva sin rätt. Därför är det speciellt viktigt att samhället tar sitt ansvar och tillhandahåller de insatser som dessa människor är i behov av. Dessvärre har jag funnit situationer där psykiskt sjuka hamnar i kläm mellan olika lagar och huvudmän. Det förefaller finnas stora problem för huvudmännen att samarbeta och finna gemensamma lösningar till fördel för den enskildes intresse. Var och en av huvudmännen arbetar på sitt sätt utan att fokusera på individen. För att lösa samverkansproblematiken har jag funderat på alternativet att landstingets hälso- och sjukvård, och kommunens socialtjänst skulle hamna under en och samma huvudman. Efter övervägande ställer jag mig dock bakom Nationell psykiatrisamordning ställningstagande att en huvudman inte är lösningen på problemet eftersom det alltid kommer att finnas behov av samarbete mellan två eller flera aktörer som har olika kulturer, arbetssätt, ansvar och budgetar.

Samverkansproblemen förefaller vanligast i de fall det finns en dubbeldiagnos samt när någon är tvångsomhändertagen men har permission. Vid dubbeldiagnoser anser jag det viktigt att behandla både den psykiska sjukdomen och missbruket. Detta eftersom studier visar att missbruk är den enda faktorn som talar för återfallsrisk i brottslighet. Brist både på analys av behov och en gemensam strategi mellan huvudmännen, motverkar visionen att målgruppen skall vara lika delaktig i samhället som andra. Av detta följer att ett förslag på införande av två likalydande lagstadgade skyldigheter för landsting och kommuner att samarbeta i upprättandet av en individuell plan för att den enskilde skall få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda vore ett alternativ. Socialnämnden har redan idag skyldighet enligt lag att utforma och genomföra insatser i samarbete med andra aktörer.<sup>219</sup> Landstingets hälso- och sjukvård har dock inget motsvarande lagstadgat ansvar för att på individnivå samverka med andra aktörer.<sup>220</sup> Detta vore önskvärt för att tillse att det erbjuds nödvändig vård och stöd så att ingen riskerar att ”falla mellan stolarna”.<sup>221</sup>

Vidare förespråkar jag att kommuners skyldighet att erbjuda personligt ombud skall gå att utläsa ur lag. Idag är det frivilligt och det är inte alla landets kommuner som finansierar verksamheten. Personligt ombud förefaller vara en angelägen insats för personer med psykiska funktionshinder. Utvärderingarna tyder på flera vinster, både för den enskilde och för samhället. Framför allt är det positivt att individens delaktighet ökar genom att samhällets

---

<sup>219</sup> 3:5 SoL

<sup>220</sup> SOU 2006:100, s. 540 f.

<sup>221</sup> A.a., s. 159

insatser blir tillgängliga. Många frivilligorganisationer och stiftelser tenderar att få en allt mer professionell ställning inom kommunen. Eventuellt kan detta förklaras med att kommunen saknar egna resurser att tillhandahålla behövliga insatser till invånarna. Jag tycker det är bra att andra aktörer kommer in på marknaden då det stimulerar till att få kompetent personal som arbetar med denna utsatta grupp. Entreprenad på personligt ombud som situationen är i Göteborg tycker jag en utmärkt lösning.

Idag är den enskildes möjlighet till en meningsfull sysselsättning begränsad till att erhållas med stöd av socialtjänstlagen. De kriterier som avgör ifall insats skall beviljas eller inte är *huruvida insatsen kan tillgodoses på annat sätt*, och om insatsen är nödvändig för att den enskilde skall erhålla en *skälig levnadsnivå*. Kriterierna är väsentligt annorlunda jämfört med LSS som stadgar att den enskilde skall erhålla insats om behovet *faktiskt inte tillgodoses på annat sätt*. Vidare skall LSS garantera *goda levnadsvillkor* för den enskilde. Avsaknad av statistik gör det svårt att uppskatta antalet som skulle erhålla meningsfull sysselsättning enligt LSS om möjligheten fanns. Då ambitionsnivån är högre i LSS talar det för att fler skulle kunna få insatser.<sup>222</sup> Uppskattningar talar för att cirka 10 000 personer som lider av ett psykiskt funktionshinder och har kontakt med socialtjänsten saknar meningsfull sysselsättning. Det är inte rimligt att denna grupp, som befinner sig i en komplicerad situation och där konsekvensen av funktionshindret kan vara risk för isolering och inaktivitet, ställs utanför rättigheten att enligt LSS erhålla daglig verksamhet.<sup>223</sup> Liksom utredningar, handikappförbund och frivilligorganisationer ställer jag mig helt bakom förslaget på att personkrets 3 får tillgång till insatsen daglig verksamhet enligt LSS. Göteborgs kommun har även i ett remissvar till regeringen styrkt förslaget.<sup>224</sup>

Det finns indikationer på att antalet slutenvårdsplatser behöver utökas. Ingen skall nekas plats eller skrivas ut för tidigt på grund av platsbrist.<sup>225</sup> Schizofreniförbundet anser att staten bör ta över ansvaret för rättspsykiatri och på så sätt frigörs en mängd slutna vårdplatser.<sup>226</sup> Detta tycker jag är ett rimligt förslag då det är staten som har kostnadsansvaret för rättssystemet och de påföljder som utdöms. Vidare tycker jag att Schizofreniförbundets förslag på en möjlighet att bli inlagd vid behov genom så kallade sviktplatser, knutna till den psykiatriska öppna vården verkar vara ett bra förslag. Detta skulle innebära att personer med en psykisk diagnos har en möjlighet att bli inlagd när de känner att de befinner sig i ett

---

<sup>222</sup> A.a., s. 315 f.

<sup>223</sup> A.a., s. 312

<sup>224</sup> Wrenne, H., Stadskansliet, 2007-04-11

<sup>225</sup> SOU 2006:100, s. 41

<sup>226</sup> <http://www.schizofreniforbundet.se/pdf/artiklarpressmuttal/genpsykiatref.pdf>

förstadium till att sjukdomen skall bryta ut. De kanske känner sig sköra på grund av att de inte tagit sin medicin och då skall det vara möjligt med vård innan tillståndet försämras så pass att tvångsvård blir aktuell. Anledningen till att sviktplatserna skall vara knutna till öppenvården beror på att målgruppen ofta känner den personalen.<sup>227</sup>

Bidragande faktorer till ett ickekriminellt liv är ett ordnat boende, ett socialt nätverk och en sysselsättning. Staten kan på olika sätt underlätta för kommunerna att tillhandahålla insatser. Exempelvis finns det idag ett kostnadsutjämningsystem inom LSS som innebär att de kommuner som har stora kostnader för insatser får bidrag från kommuner med lägre kostnader. Detta är ett bra system anser jag då jag tycker det är viktigt att vi värnar om de medmänniskor som behöver samhällets insatser. Genom den allmänna debatten har det framkommit att många människors inställning gentemot personer med psykiska sjukdomar är negativ eller avvaktande. Jag vill påpeka vikten av att vi alla bör rannsaka oss själva för att försöka övervinna de fördomar vi har mot psykiskt sjuka människor. Innan jag började skriva denna uppsats var jag delvis av uppfattningen att många av dem begår brott, vilket jag funnit vara en generell missuppfattning hos befolkningen till följd av massmedias rapportering. Efter att ha talat med handikapporganisationer har jag förstått den frustration som psykiskt sjuka människor och deras anhöriga känner. De beskriver en situation av utanförskap och maktlöshet. Det är givetvis en stor nackdel för gruppen att sjukdomsbilden i sig ofta medför instängdhet och avskärmning från samhället. Jag vill inte att vårt välfärdssamhälle skall vara uppbyggt på så sätt att den som gapar högst får mest hjälp. Oftast är det de personer som har svårt att föra sin talan som verkligen behöver samhällets insatser, och det får vi aldrig nonchalera.

---

<sup>227</sup> Lundgren, R., Schizofreniförbundet, 2007-04-13

## Källförteckning

Offentligt tryck

### Statens offentliga utredningar

- SOU 1992:73. *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda.*
- SOU 2006:100. *Ambition och ansvar: nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder: slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning.*

### Propositioner

- Proposition 1990/91:58. *Om psykiatrisk tvångsvård m.m.*

### Socialstyrelsen

- Allmänna råd från socialstyrelsen, 1991:10, Tillämpningen av lagen om rättspsykiatrisk vård
- Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97)
- Lägesbeskrivning ”Hemlöshet i Sverige 2005”, 2006, Art.nr: 2006-131-16
- Meddelandeblad nr 14/2000 ”Statsbidrag till kommuner för uppbyggnad av verksamheter med personliga ombud”
- Rapport: ”Den rättspsykiatriska vården 2005”
- Rapport ”Personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder” 2004
- Statistikdatabaser över slutenvårdsstatistik, F00-F99: Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar.
- Utvärdering ”Personligt ombud 2000-2004”

### Övrigt

- Nordqvist, Stefan, Rapport: *Uppföljning av ungdomar som är utskrivna från SiS institutioner*, 2/05, Statens institutionsstyrelse
- Rapport från Nationell psykiatrisamordning, 2006:2. *Utveckling av vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare – ett diskussionsunderlag om ansvar och organisation.*



## Praxis

### RÅ

- RÅ 1982 2:87 III
- RÅ 1985 2:83 (I och II)
- RÅ 1992 ref. 98
- RÅ 1997 ref. 28
- RÅ 2000 ref. 39
- RÅ 2001 ref. 59

### JO

- JO 1998/99 s. 224
- JO 2000/2001 s. 297
- JO 2002/03 s. 243

## Litteratur

### Monografier

- Bergstrand, Bengt Olof, *Den nya socialtjänstlagen 2006*, 1: a uppl., Falköping: Elanders Gummesson, 2006
- Bülow, Per, *Efter mentalsjukhuset: En studie i spåren av avinstitutionaliseringen av den psykiatriska vården*, 1:a uppl., Linköping: Unitryck, 2004
- Everitt, Allan, *Vad säger LSS?*, 3: e uppl., Vällingby: Förlagshuset Gothia, 2005
- Grunewald, Karl & Hallerfors, Hans, *Handikapplagen LSS – och annan näraliggande lagstiftning*, Intra, 2006
- Markström, Urban, *Den svenska psykiatrireformen. Bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, 1:a uppl., Finland: Boréa, 2003
- Norström, Carl & Thunved, Anders, *Nya sociallagarna*, 19: e uppl., Stockholm: Norstedts Juridik, 2006
- Strömberg, Håkan & Lundell, Bengt, *Speciell förvaltningsrätt*, 16: e upplagan, Slovenien: Liber, 2006
- Sahlin, Jan, *Hälso- och sjukvårdslagen*, 6:e uppl., Stockholm: Norstedts Tryckeri AB, 2000
- Vahlne Westerhäll, Lotta, Red. *Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten*, 1: a uppl., Stockholm: Norstedts Juridik AB, 2002

## Tidning

- Hagen, Cecilia, ”Inse att många av oss kommer att drabbas”, *Expressen*, 2007-02-04, s. 16-17
- Näslund, AnnSofie, ”Barn och tvångsvårdad”, *Aftonbladet*, 2007-03-19, s. 20-22
- Sköld, Maria, ”Ny regeringsstrategi ska hjälpa de hemlösa”, *Göteborgs-Posten*, 2007-02-04, s. 62-63

## Elektroniskt material

<http://www.regeringen.se>

<http://www.schizofreniforbundet.org.se>

<http://www.skane.se>

<http://www.stat-inst.se>

<http://web4health.info/sv/answers/psy-icddsm-what.htm>

<http://www.who.int/en/>

## Muntliga utsagor

- Bostedt Hedvall, Maria, *Socialstyrelsen*, Telefonintervju, Tel: 08-55553158, 2007-04-12
- Jonsson, Mats, Handläggare på Statens Institutionsstyrelse (SiS) Telefonintervju, Tel: 08-4534000, 2007-04-11
- Lundgren, Rakel, förbundsordförande i Schizofreniförbundet, Telefonintervju, Tel: 0278-41030, 2007-04-13
- Niste, Birgitta, Bräcke Diakoni, Telefonintervju, Tel: 031-502637, 2007-04-13
- Nylander, Per Olof, *Sveriges kommuner och landsting*, Telefonintervju, Tel: 08-4527794, 2007-04-12
- Roger, mentalskötare på *Stadsmissionen Kustgatan*, Telefonintervju, Tel:031-7553716, 2007-04-11
- Rundkvist, Klas, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Telefonintervju, Tel: 08-7723360, 2007-04-12
- Rydqvist, Anette, *Boverket*, Telefonintervju, Tel: 0455-353000, 2007-04-12
- Spets, Kurt Lennart, *Socialstyrelsen*, Telefonintervju, Tel. 08-55553128, 2007-04-11

- Wrenne, Hans, planeringsledare på *Stadskansliet* i Göteborgs kommun, Telefonintervju, Tel: 031-611000, 2007-04-11
- Örnberg, Anna, jurist hos *Överförmyndarförvaltningen* i Göteborg, Telefonintervju, Tel: 031-613576, 2007-04-13