



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

”Utskrivningsklara patienter i rättspsykiatri”

En studie av lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård och dess tillämpning i praktiken.

SQ1562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Grundnivå
2012-11-27
Författare: Rickard Wohlert
Handledare: Gustav Svensson

Abstract

Titel: Utskrivningsklara patienter i rättspsykiatri: En studie av lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård och dess tillämpning i praktiken.

Författare: Rickard Wohler

Nyckelord: betalningsansvarslagen, lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, LRV, öppen rättspsykiatrisk vård, utskrivningsklar

Uppsatsen syftar till att ge en bild av hur förfarandet kring utskrivningsklara patienter i rättspsykiatri ser ut i praktiken. Genom att studera det önskade tillståndet i rättskällorna ges möjlighet att studera hur lagstiftningen efterlevs i praktiken. Fokus för undersökningen har varit hur lagen används för patienter som vårdas enligt öppen rättspsykiatrisk vård. Metoden har varit rättsdogmatisk genom fastställande av gällande rätt samt rättssociologisk genom insamlande av empiri. Empirin består av en webbenkät med två vinjetfall som distribuerats till läkare på 20 rättspsykiatriska kliniker och socionomer i 20 kommuner. Syftet har varit att studera hur lagstiftningen tillämpas av berörda huvudmän. 22 läkare och 39 socionomer besvarade enkäten. Resultaten visar att betalningsansvarslagen är tillämplig vid öppen rättspsykiatrisk vård. Det innebär att kommunerna ska överta betalningsansvar för patienter 30 dagar efter att de bedömts som utskrivningsklara och beviljats öppen rättspsykiatrisk vård av förvaltningsrätten. Samordnad vårdplanering ska dessförinnan ske enligt betalningsansvarslagen. Läkare och socionomer har generellt liknande uppfattning gällande om en patient är utskrivningsklar, kan erbjudas boende och kommer att klara eget eller särskilt boende. Vidare är man överens om kriterierna för när någon är utskrivningsklar. Dock betror man inte den andra yrkeskategorins professionalitet i någon hög utsträckning. Läkarna tror även i hög utsträckning att socionomernas handläggning styrs av ekonomiska faktorer. Undersökningen visar att rättsläget kring tillämpningen av betalningsansvarslagen i relation till rättspsykiatriska patienter inte är helt tillfredsställande.

Förord

Jag vill rikta ett stort tack till respondenterna som tagit sig tid att besvara enkäten! Utan er hade jag inte fått ihop något empiriskt material. Samtidigt vill jag passa på att tacka chefer och administratörer som vidarebefordrat enkät och påminnelser till sina medarbetare! Tack även till Maria Mårin, läkare och Sonia Meuller Thornéus, socionom, båda verksamma vid Rättspsykiatriska vårdkedjan, Göteborg, för att ni tog er tid att delta i pilotstudien!

Stort tack till min handledare docent Gustav Svensson för att du har kommit med fortlöpande synpunkter och för ditt engagemang genom uppsatsprocessen! Tack även till universitetslektor Torun Österberg som har hjälpt mig med tips om webbenkäten och att genomföra analysen av det kvantitativa materialet!

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
1.1. Bakgrund	1
1.2. Syfte och frågeställningar.....	2
1.3 Förförståelse	2
1.4. Metod.....	3
1.5. Forskningsetiska överväganden.....	3
1.5.1. Informationskravet.....	3
1.5.2. Samtyckeskravet	3
1.5.3. Självbestämmandekravet	4
1.5.4. Nyttjandekravet.....	4
2. Teoretiska perspektiv	5
3. Metodavsnitt.....	7
3.1 Rättsdogmatik.....	7
3.2. Webbenkät	8
3.3. Vinjettmetoden	8
3.4. Urval	9
3.4.1. Bortfallsanalys	9
3.5. Validitet och reliabilitet	10
3.6. Pilotstudie	10
3.7. Statistisk analysmetod	10
4. Tidigare forskning	12
5. Historik.....	15
6. Den rättsliga regleringen	16
6.1. Rättspsykiatrisk vård	16
6.1.1. Förutsättningar för vård	16
6.1.2. Vård på sjukvårdsinrättning.....	16
6.1.3. Öppen rättspsykiatrisk vård	16
6.1.4. Utslussning.....	17
6.1.5. Samordnad vårdplanering	17
6.1.6. Särskilda villkor	18
6.1.7. Vårdens fortsättande	19

6.1.8. Vårdens upphörande	21
6.2. Lag om betalningsansvar	22
6.2.1 Utskrivningsklar	22
6.2.2. Samordnad vårdplan	22
6.2.3 Karens	24
6.2.4 Ekonomisk ersättning.....	24
7. Reglernas faktiska tillämpning	26
7.1. Yrke	26
7.2. Arbetsplats	27
7.3. Kön	28
7.4. Ålder	28
7.5. Yrkeserfarenhet	29
7.6. Kunskap om betalningsansvarslagen och begreppet utskrivningsklar	30
7.7. Vinjett 1, Mariella.....	30
7.8. Vinjett 2, Kalle	31
7.9. Känner igen vinjetterna	31
7.10. Socialtjänsten kan erbjuda ett boende	32
7.11. Särskilt boende	33
7.12. Eget boende	33
7.13. Försenad utskrivning	34
7.14. Utskrivningsklar?.....	35
7.15. Utskrivningsklar, definition.....	36
7.16. Ekonomiska faktorer.....	36
7.17. Professionalism.....	37
7.18. Andra faktorer: Läkare	38
7.19. Andra faktorer: Socionomer	38
8. Diskussion	40
Referenser.....	43
Bilaga 1	45

1. Inledning

1.1. Bakgrund

På 90-talet blåste förändringens vindar. Ett flertal utredningar tillsattes och rättighetslagstiftning och ramlagar blev nya begrepp i välfärden. Den medialt mest uppmärksammade sociala reformen på 90-talet var tveklöst psykiatrireformen. Intentionen hade sedan 60-talet varit att minska antalet sängplatser, vilket man gjort i en takt av ca 1000 platser om året fram till 90-talet (SOU 1992:73). Man såg hur många, framförallt äldre, långtidssjuka och hospitaliserade fastnade i sjukhusvården. Ofta var de utan bostad och hade ingenstans att ta vägen om de blev utskrivna. Man eftersträvade en normalitetsprincip, och ville att dessa människor skulle klara ett liv som andra, med boende, sysselsättning och fritid. Hur fördelningen av huvudmannaskapet mellan framför allt den landstingsdrivna sjukvården och den kommunala socialtjänsten skulle se ut vållade mycket huvudbry. (ibid.)

Jag ska studera en lag som kom till i samband med Ädelreformen, reformen för äldrevården, och som haft stor betydelse i sjösättningen av psykiatrireformen (Ds 1989:27). Jag väljer att studera lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Den statuerar att när en patient bedöms utskrivningsklar ska samordnad vårdplanering ske, och betalningsansvaret övergår efter 30 dagar från landstinget till kommunen. (SFS 1990:1404) Lagen tillkom i samband med Ädelreformen och gällde inledningsvis för äldre patienter inom den somatiska sjukvården. Senare kom lagen att omfatta även psykiatrins patienter. (Prop. 1993/94:253) Patientgruppen jag kommer att fokusera på är rättspsykiatrins patienter. En grupp som har mycket gemensamt med de personer som var föremål för betalningsansvarslagen på 90-talet. De har långa vårdtider bakom sig, är många gånger institutionaliserade och inte helt sällan äldre personer.

Landstingen ansvarar för att bedriva den rättspsykiatriska vården. Där vårdas personer som av domstol dömts till påföljden rättspsykiatrisk vård (LRV) med eller utan särskild utskrivningsprövning. Vid vissa kliniker vårdas även så kallat särskilt vårdkrävande patienter enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) inom rättspsykiatrin. Sedan 2008 finns i 12 a § LRV bestämmelser om öppen rättspsykiatrisk vård. Den gör det möjligt att vårda personer som visserligen är i behov av rättspsykiatrisk vård, men bedöms klara av att leva i samhället utanför sjukvårdsinrättningen. Förutsättningen för att patienten ska kunna bli utskriven i rättspsykiatrisk öppenvård är att kommunen betalar för boende.

För de patienter som inte längre har något vårdbehov eller utgör en risk för att återfalla i brott ska den rättspsykiatriska vården avslutas och patienten ska vistas i samhället. (SFS 1991:1129) Landstinget ska då kalla kommunen till en samordnad vårdplanering. I vissa fall är en person utskrivningsklar, men får inget ordinärt eller särskilt boende. Detta gäller inom sjukvårdens alla områden, och så även rättspsykiatrin. Om kommunen inte har ordnat en bostad, ska kommunen efter 30 dygn från kallelse till samordnad vårdplanering betala vårddygnsavgiften. (SFS 1990:1404) Hur ofta låter man kommunen betala för de utskrivningsklara som alltjämt vårdas inom landstingets försorg? Varför ser det ut på det sättet?

Närhetsprincipen, det vill säga att patienten ska vårdas i sin hemkommun eller sitt hemlandsting, är inte alltid att föredra. Exempelvis kan brottet vara av en sådan art att

det är lämpligt med ett geografiskt avstånd till brottsoffret. Därför kan patienten placeras på en av fem så kallade regionkliniker som vårdar patienter från hela landet/vissa landsting som har avtal. Där finns ofta speciella inriktningar och vårdprogram som riktar sig till olika patientgrupper. Vid utslussning ställs på grund av det fysiska avståndet till hemkommunen särskilda krav på samverkan mellan regionkliniken, hemlandstinget och hemkommunens socialtjänst.

1.2. Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att ge en bild av hur förfarandet kring utskrivningsklara patienter i rättspsykiatri ser ut i praktiken. Genom att studera det önskade tillståndet i rättskällorna ges möjlighet att studera hur lagstiftningen efterlevs i praktiken. Ur syftet utkristalliseras fyra frågeställningar:

1. När ska vården av patienten inom rättspsykiatri avslutas/omvandlas till öppen rättspsykiatrisk vård?
2. När ska utskrivning ske från rättspsykiatri?
3. Har läkare och socionomer olika uppfattningar om när en patient är utskrivningsklar?
4. Vad är skillnaden mellan det önskade tillståndet i lagstiftningen och det faktiska utfallet i praxis?

1.3. Förförståelse

Jag har under drygt tre år arbetat som behandlingsassistent på en vårdavdelning vid Rättspsykiatriska vårdkedjan i Göteborg. Jag har under de åren noterat att mycket av det som skrivs om rättspsykiatri i media har något av en spektakulär och upphaussad prägel. Även vissa akademiska uppsatser följer i dessa fotspår. Min bild av rättspsykiatri är efter att ha arbetat inom området en annan. Det bedrivs oftast ett långsiktigt arbete med patienterna, och vardagen är för det stora flertalet allt annat än spektakulär. En fråga som patienterna ofta aktualiserar är hur länge han eller hon ska stanna på sjukhuset och vad som ska hända sen. Jag vill istället för att skildra vansinnesdåd belysa hur processen kring utskrivning av det stora flertalet patienter i rättspsykiatri kan se ut. Genom mitt arbete har jag erfarit att det kan vara svårt att skriva ut utskrivningsklara patienter i öppen rättspsykiatrisk vård och till ett lämpligt boende i socialtjänstens regi. Vidare har jag sett hur de boenden som patienterna kommit till inte alltid svarat mot deras behov, vilket ibland leder till att öppenvården havererat och lett till återinläggningar i slutenvården. Såväl mänskligt lidande som samhällsekonomiska kostnader är förknippade med att patienter vårdas längre tid än nödvändigt i sjukvården. Det är alltså tack vare min praktiska erfarenhet av socialt arbete inom rättspsykiatri som jag fått inspiration till denna uppsats.

1.4. Metod

Studiens syfte och frågeställningarna försöker jag besvara med hjälp av rättsvetenskapliga metoder (Hollander & Alexius Borgström 2005). Syftet besvarar jag genom att använda mig av en kombination av rättsdogmatisk och rättssociologisk metod. Den rättsdogmatiska metoden syftar till att fastställa gällande rätt, och förutom lagstiftning ingår studium av lagens förarbeten. Rättssociologiska metoder syftar till att undersöka hur människor förhåller sig till den skrivna rätten. (ibid.) Min empiri i form av en webbenkät kommer att analyseras utifrån ett rättssociologiskt perspektiv.

1.5. Forskningsetiska överväganden

Forskningskravet innebär att vetenskapsgemenskapen instämmer i att kunskaper ska utvecklas och metoder för forskning ska förbättras och fördjupas. (Vetenskapsrådet 2012) Samhällsmedborgarna är berättigade till att inte utsättas för forskningsverksamhet mot sitt samtycke. För den forskning som är producerad ansvarar forskarna. Inom samhällsvetenskaplig forskning är det en känslig uppgift att förvalta de kunskaper man förvärvat genom att andra människor delat med sig av sina berättelser. (ibid.)

1.5.1. Informationskravet

Den som överväger att delta i en studie ska få den information som krävs för att han eller hon frivilligt ska kunna göra ett ställningstagande (Vetenskapsrådet 2012).

Genom ett informationsmail som skickades ut tillsammans med webbenkäten presenterades studiens syfte helt kort. Det fanns även kontaktuppgifter så att eventuella respondenter kunde kontakta mig eller min handledare. Någon påtryckning gentemot respondenterna har inte skett förutom de rekommenderade påminnelsemailen, vilket kanske irriterat enskilda respondenter.

Det insamlade datamaterialet är endast avsett att användas i denna studie och kommer inte att användas i andra sammanhang. Materialet förvaras utan att obehöriga kan komma åt det.

1.5.2. Samtyckeskravet

Forskaren ska inhämta samtycke att respondenten vill vara med i studien (ibid.). I den aktuella studien tolkar jag en besvarad enkät som att man samtycker till att vara med i studien. Förutom mina påminnelsemail och ev. chefers påtryckningar finns inga intentioner att tvinga någon att vara med i studien. Ett antal personer har tackat nej till att delta i studien.

1.5.3. Självbestämmandekravet

En deltagare ska kunna avbryta sitt deltagande i en studie (ibid.). Det kan vara olika skäl som ligger bakom ett sådant beslut. I förekommande fall får man väga de olägenheter det ger individen att vara kvar i materialet och hur det skulle påverka forskningen om uppgifter från den deltagaren skulle tas bort. (ibid.) Möjligheten har funnits att kontakta mig i frågan, dock har ingen hittills kontaktat mig i det ärendet.

1.5.4. Nyttjandekravet

Forskningsmaterialet får endast användas för forskning (ibid.). Materialet får inte lämnas vidare till obehörig, exempelvis media eller myndighet. Forskaren röjer inga identitetsuppgifter som kan sammankoppla personen med de svar personen uppgett. (ibid.) Jag uppger inga namn på de personer som deltagit i studien. Eftersom det är en liten undersökningspopulation på en begränsad typ av arena, har jag valt att inte koppla svar direkt till enskilda respondenter så att identiteten skulle kunna röjas för den som är insatt i förhållandena.

2. Teoretiska perspektiv

Rättsdogmatiken är kopplad till rättspositivismen (Hollander & Borgström 2005). Syftet är att utifrån rättskällorna fastställa gällande rätt. Gällande rätt är de lagar som har beslutats av riksdagen. I ett strikt rättsdogmatiskt perspektiv är rättskällorna viktiga. Rättskällorna är konstruktioner av normer. Förr ansågs rätten bygga på normer givna av naturen eller Gud. Idag försöker man istället härleda rättssatserna från grundlagen genom dess demokratiska legitimitet. Rättspositivism tar på så vis sitt avstamp i att rättsreglerna är beroende av politiska beslut. I ontologiskt hänseende kan man dock spekulera i om rättsregler verkligen finns. Rättsdogmatisk metod är en egen metod för analys av rättslig text. Metoden påminner om andra samhällsvetenskapliga textundersökningsmetoder såsom hermeneutiken. Genom att utifrån en domares perspektiv väga samman och värdera olika rättskällor kommer rättsdogmatikern fram till gällande rätt. Varken validitets- eller reliabilitetsbegreppet används vid rättsdogmatisk analys eftersom man inte gör anspråk på att återge den faktiska rättstillämpningen vid domstolar och myndigheter. Giltighetskriterierna kommer istället från rättskällehierarkin. Rättsdogmatiken är en teori i sig och saknar i stort sett kopplingar till andra teorier. Därmed inte sagt att andra rättsvetenskapliga teorier inklusive rättssociologin inte utgör bra komplement för studier av rättsreglers tillämpning. (ibid.)

Rättssociologin studerar rättens roll i samhället (Hetzler 1984). Om rättsdogmatismen är "law in books" är rättssociologin "law in action" (Hollander 2009). Stjernqvist definierar rättssociologin som ett studium av rättsregler och rättsliga institutioners roll när mänskligt handlande skall organiseras. Rätten består av flera komponenter, bland dem ett system av formellt antagna regler och myndigheter som tillämpar reglerna. Det rättssociologiska fältet bygger på samhällsvetenskapliga teorier och metoder. Rättssociologin ansluter sig inte till någon särskild teoretisk riktning och forskningsmetoderna kan vara såväl kvalitativa som kvantitativa. Studier av rättssociologisk karaktär är inriktade på rättsreglernas samhälleliga konsekvenser och hur rätten faktiskt tillämpas av de rättsliga institutionerna. Vilken växelverkan finns mellan lagstiftning, rättstillämpning och samhällsförändringar? Studier kan exempelvis visa styrkan i sambandet mellan kunskap om lagstiftning och rättstillämpning i form av de bedömningar och beslut som fattas. De offentliga domstolarna har inget reellt inflytande över hur vissa typer av lagar tillämpas av myndigheter. Den socialrättsliga lagstiftningen är av särskilt intresse för rättssociologer. Där kan man studera hur statens välfärdsambitioner tar sig uttryck i lagstiftning, och vilka effekter lagstiftningen gett. (ibid.)

Ramlagstiftning bjuder med sina vaga formuleringar tillämpningsmyndigheterna ett stort tolkningsutrymme (Hollander 2009). Beslutsförfarandet i sig ger en möjlighet att införliva politiska intentioner i beslutet. Det är svårt att studera hur lagstiftarens intentioner efterlevs när det gäller ramlagstiftning, eftersom tolkningen av lagen är relativt diffus för den enskilde tjänstemannen. Socionomer och läkare får möjlighet att genom professionella bedömningar besluta hur en lag ska tillämpas, och just genom den bedömningen blir förfarandet annorlunda än om en jurist hade gjort bedömningen. Tjänstemannens beslut har stor betydelse för den enskilda, och i praktiken sätter den enskilda kommunen ribban för den högsta nivå av bistånd som kan erbjudas. Komplexiteten i sociala behov är stor och olika bedömningar kan tillgodose den

enskildes behov även om insatserna är inbördes olika. Det finns en tendens att tjänstemän inte vänder sig till rättskällorna för att få ledning i sin rättstillämpning. Lokala policydokument kan ibland vara det enda beslutsunderlaget. (ibid.)

En klassisk analys av lagstiftningens effekter är hur lagen påverkar den tillämpande myndigheten och vad det i nästa led ger för effekt på befolkningen (Hetzler 1984). Effekten är även beroende av lagens styrmetod, egenskaper hos administratörerna och lagstiftningens utformning gällande sanktioner. De rättsliga momenten i socialpolitiken har en central roll i samhällsutvecklingen. Analysformen mikrokoncentration utgår från studiet av enskilda lagar. Syftet är att genom de slutsatser man kommer fram till utifrån studiet, förutom kunskap om den specifika lagen, ge kunskap om vilka strukturella förändringar lagstiftaren försöker skapa. Liknande studier kan visa på att det inte endast är det skenbart uppenbara problemet som åtgärdas utan att överordnade mål som social trygghet spelar stor roll. (ibid.)

Ramlagarna är exempel på den moderna rätten (Hydén 2002). Ramlagar innehåller vem- och hur-regler medan de detaljerade lagarna består av vad-regler. Vem är berättigad enligt lagen och vem förväntas agera. Hur-reglerna beskriver proceduren hur ett ärende ska hanteras. Vad-reglerna är materialregler och föreskriver vilka rekvisit som ska vara uppfyllda för att lagen ska vara tillämplig. I ramlagstiftningen anger hur-reglerna processen kring beslutsfattande och vem-reglerna vilken profession som fattar beslutet. Hydén menar att rättsociologin inte kan studera tillämpning av lagar. Istället talar han om att studera förutsättningar för lagars genomförande. Rättsociologin kan fokusera på rättsordningens ursprung och dess konsekvenser. Man intresserar sig för utomrättsliga faktorer inverkan på rätten såsom politiska och samhällsekonomiska skeenden. På så vis ser man hur andra faktorer än de strikt juridiska kan ha påverkan på hur lagar efterlevs och tolkas. I vissa fall kan de rättsligt uppställda kriterierna i en lag påverkas av andra externa, exempelvis sociala faktorer, vilket påverkar rättsordningen. En viktig fråga handlar om hur rättsliga instrument kan påverka samhällsförhållanden. Det beror till stor del på hur rätten får myndigheterna och tjänstemännen att handla mot den enskilde. Vilka andra påverkansfaktorer finns som kan påverka den rättsliga styrningen? Tankegången har sitt ursprung i Habermas teori om det kommunikativa handlandet. Inom rättsociologin har man även intresserat sig för reglernas förhållande till normer. Vad är det egentligen som styr mänskligt handlande? Ett rättsociologiskt perspektiv betraktar beslutsfattande (utifrån rätten) som styrt av en rad olika faktorer förutom rättsliga källor. I perspektivet tas hänsyn till att även andra faktorer kan påverka beslutsfattare. I de sammanhang där rätten utövas på andra arenor än i domstol finns skäl att studera företeelsen främst ur ett rättsociologiskt användarperspektiv. Då studeras företeelsen ur ett underifrånperspektiv, exempelvis hur socionomer och läkare använder sig av rätten i ett samhällsperspektiv. Dock saknas kunskap om hur ideologisk teori, rätten och praxis i form av individuellt beslutsfattande hänger samman. (ibid.)

3. Metodavsnitt

I undersökningen har såväl rättsdogmatisk som rättssociologisk metod kommit till användning.

Den rättsdogmatiska metoden syftar till att fastställa gällande rätt på området (Hollander & Alexius Borgström 2005). Det görs genom att studera innehållet i författningstext i form av lag och förordning, förarbeten i form av propositioner och statens offentliga utredningar och föreskrifter från socialstyrelsen. I förekommande fall studeras även prejudicerande domar från överrätt. (ibid.)

Den rättssociologiska delen utgörs av en kvantitativ studie. Den består av en webbenkät som är konstruerad delvis enligt vinjettmetoden. Enkäten är utskickad till 20 rättspsykiatriska kliniker/enheter. Det är samtliga enheter som bedriver rättspsykiatrisk vård i landet. Enkäten är även utsänd till 20 kommuner, varav de två största kommunerna Stockholm och Göteborg består av totalt 24 kommundelar. Enkäten är utskickad till samtliga kommundelar. I fallande ordning har enkäten skickats till verksamhetschefer, vårdutvecklare, myndighetsmail och webbformulär som återfinns på klinikernas webbsidor. Vad gäller kommunerna har enkäten skickats till en adress i varje kommun, i första hand till enhetschefer för de delar av socialtjänsten som bedriver myndighetsutövning för vuxna, socialpsykiatri eller biståndsbedömning av personer med funktionsnedsättningar. Då mailadresser inte funnits till ovan nämnda verksamheter i socialtjänsten har mail skickats till områdeschefer för adekvata delar av socialtjänsten alternativt till socialchefen i kommunen. I sista hand har enkäten skickats till kommunens offentliga myndighetsmail. På förekommen anledning har jag även haft kontakt med chefer såväl via mail som i enstaka fall per telefon. Det har då gällt frågor kring studiens syfte.

3.1. Rättsdogmatik

Den rättsdogmatiska metoden syftar till att fastställa gällande rätt (Borgström 2009). Centralt för det rättsdogmatiska studiet är innehållet i rättskällorna. Bindande regler som lagar, förordningar och föreskrifter studeras, liksom lagstiftningens förarbeten såsom propositioner och offentliga utredningar. Praxis, det vill säga domar från överrätter studeras. Även den rättsvetenskapliga forskningen, så kallad doktrin har sin plats i den rättsdogmatiska metoden. (ibid.) Rättsdogmatiken är i relation till rättssociologin ”börat”, så som lagstiftaren tänkt sig att den rättsliga regleringen ska fungera. ”Varat”, rättssociologin beskriver istället utfallet av rätten, hur rätten faktiskt fungerar i samhället.

En proposition föranleds oftast av en offentlig utredning. Dessa utredningar publiceras i skriftserien Statens offentliga utredningar. Efter att regeringen tillsatt en utredare som efter att ha avslutat utredningen lagt fram ett betänkande, görs vanligen en remissomgång, där olika myndigheter och intresseorganisationer får inkomma med synpunkter på utredningen. Därefter författar regeringen en proposition, det vill säga ett förslag till ny lag. Propositionen behandlas sedan i riksdagen som antar lagen. Förarbeten som offentliga utredningar eller propositioner är inte rättsligt bindande, men innehåller ofta material som kan vägleda i rättstolkningen.

Socialstyrelsen är liksom flera andra myndigheter bemyndigade att utfärda bindande föreskrifter inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område. Socialstyrelsen kan även utfärda allmänna råd och riktlinjer. Dessa är att betrakta som vägledningar och rekommendationer, och förtydligar ofta det regelverk som finns på ett visst område. De senare är inte bindande i juridisk mening.

Praxis inom hälso- och sjukvårds- och socialtjänstfältet levereras av de högre förvaltningsdomstolarna, det vill säga domar från Kammarrätten eller Högsta förvaltningsdomstolen. Domar från Högsta förvaltningsdomstolen är prejudicerande, men inte bindande för andra domstolar eller förvaltningar att följa. Domarna är rekommendationer för rättstillämpningen.

3.2. Webbenkät

Det finns belägg för att webbenkäter ger en högre svarsfrekvens än konventionella pappersenkäter (Bryman 2011). Då ekonomiska resurser och tid är en bristvara kan en elektronisk enkät vara att föredra. Vissa populationer kan lämpa sig bättre för en webbenkät. (ibid.) Tjänstemän inom offentlig förvaltning torde vara en grupp som har goda möjligheter att besvara en enkät i elektroniskt format. De har skyldighet att regelbundet läsa (och besvara) sin myndighetsmail. Jag har använt mig av gratisprogrammet Google-documents för att skapa och administrera min webbenkät. Fördelen med en webbenkät är att forskaren kan se sina svar i realtid, det vill säga direkt efter att respondenten svarat på enkäten. På så vis kan man få en bild av svarsfrekvens och hur respondenterna besvarar olika frågor. Påminnelser kan riktas och skickas till de respondenter (organisationer) som inte besvarat enkäten. Enkäten är som tidigare nämnts utformad i Google-documents. Tyvärr är möjligheterna att designa enkätens utformning begränsade, vilket kan ge en sämre användbarhet för respondenten och därmed en lägre svarsfrekvens. Enkäten är skickad som en bifogad länk till en webbsida i ett e-postbrev. Svarsfrekvensen kan påverkas negativt av att enkäten inte finns direkt i mailet (ibid.). I den här undersökningen var det dock smidigast att skicka en länk. Enkäten kodas direkt i ett kalkylblad och när datainsamlingen är slutförd går det att överföra till statistikbearbetningsprogrammet SPSS.

Risken för felaktig kodning minskar på så vis jämfört med en vanlig survey, och reliabiliteten höjs (Bryman 2011). Det mesta talar för att tillförlitligheten i respondenters svar är lika stor för webbenkäter som för pappersenkäter. Vidare rekommenderas att kontakta respondenterna innan man mailar enkäten, något som av tidsskäl inte var möjligt i denna studie. Påminnelser rekommenderas för webbenkäter i samma utsträckning som för vanliga enkäter. Två påminnelser är brukligt, och de ger effekt på svarsfrekvensen. Vissa forskare menar att tre till fyra påminnelser kan behövas. Så få öppna frågor som möjligt rekommenderas, då de flesta respondenter tenderar att avsluta sin medverkan under tiden de besvarar öppna frågor. (ibid.)

3.3. Vinjettmetoden

Vinjettmetoden har framförallt använts i forskning om hur beslutsfattande sker i socialtjänsten (Jorgeby 1999). Hur bedömer en socialarbetare att hon/han skulle besluta

i ett visst fiktivt ärende? Metoden har i Sverige använts i första hand inom forskning om ekonomiskt bistånd, men även kring beslutsfattande i barnavårdärende, för att nämna några exempel. Metoden har sedan länge praktiserats i de anglosaxiska länderna. Syftet är att skapa korta realistiska berättelser som genom sitt innehåll fångar en komplex situation som blir föremål för bedömning eller beslutsfattande. En förutsättning är att vinjetterna är så verklighetstroga som möjlig. (ibid.)

3.4. Urval

Mitt mål har varit att ha ett lika stort urval av läkare som socionomer. Jag har utgått från att inkludera de självständiga rättspsykiatriska klinikerna i landet, vilket vid min översyn blir elva kliniker. Samtliga läkare vid dessa kliniker ingår i urvalet. Avseende socionomer blir urvalet svårare att urskilja. Socionomer som arbetar med patienter från rättspsykiatri finns inte i någon enhetlig organisation. Beroende på kommunernas organisation kan de olika förvaltningarna och enheterna variera. Då undersökningen inkluderar elva rättspsykiatriska kliniker, som också har det största patientunderlaget, valde jag att undersöka Sveriges elva största kommuner. Initialt inkluderades endast en stadsdel vardera i Stockholm och Göteborg. Efter att webbenkäten varit utskickad en vecka, gjorde jag en preliminär bedömning av svarsfrekvensen, och bedömde att jag behövde utöka undersökningens urval. Jag beslutade därför att inkludera alla rättspsykiatriska kliniker och mindre vårdenheter som bedriver vård enligt LRV i studien. Totalt inkluderas 20 kliniker/enheter i studien. Vidare valde jag att inkludera samtliga stadsdelar i Stockholm och Göteborg. Jag utökade antalet kommuner från 11 till 20, för att till antalet motsvara det antal kliniker som ingår i studien. Jag har således ett totalurval vad gäller läkare. Samtliga läkare verksamma inom rättspsykiatri ska alltså ha haft möjlighet att delta i studien. I de tjugo största kommunerna ska de socionomer som i sin myndighetsutövning kommer i kontakt med klienter från rättspsykiatri ha haft möjlighet att delta i studien.

Föranlett av distansprincipen bor långt ifrån alla patienter på de rättspsykiatriska klinikerna i samma stad eller landsting. Många, framförallt på regionklinikerna, kommer från andra landsting som köper vård i det andra landstinget. Man kan således anta att stora kommuner kan ha patienter vårdade på de rättspsykiatriska klinikerna, trots att det inte finns någon klinik i den egna staden eller landstinget. I Göteborg och Stockholm avgränsades urvalet av organisatoriska och demografiska skäl till att gälla en stadsdel. Samtliga socionomer som inom dessa kommuner i sin handläggning kommer i kontakt med patienter från rättspsykiatri inkluderas.

3.4.1. Bortfallsanalys

Eftersom studien är liten är varje bortfall en förlust för studien. Vad har då bortfallet för betydelse för mina resultat? Eftersom så pass få respondenter besvarade enkäten kan jag inte generalisera resultaten från studien till en annan population och säga att resultaten gäller även där. Bortfallsanalysen ger vid handen att jag mycket väl kan använda min empiri för att se tendenser, men att materialet är för litet och fördelat på ett sådant sätt att vissa analyser inte kan göras. Jag tänker framförallt på multivariat statistisk analys som kräver en annan typ av material än det jag samlat in.

3.5. Validitet och reliabilitet

Forskare strävar efter att få hög validitet och reliabilitet i sina undersökningar (Elofsson 2005). När något har hög validitet mäter undersökningen det man avser mäta. Hög reliabilitet är en förutsättning för att hög validitet ska råda. Reliabiliteten avser att ett mått ska vara stabilt över tid och mellan olika forskare. En annan student ska kunna genomföra samma undersökning som jag gjort om några år och komma fram till liknande resultat. (ibid.)

Intern validitet åsyftar hur sambanden mellan två variabler förhåller sig till varandra (Bryman 2011). Otydligt utformade frågor som ger många ”vet ej”-svar är en indikation på låg intern validitet. Undersökningen har hög validitet och hög reliabilitet, även om den interna validiteten för vissa frågor är lägre. (ibid.) Se även kap 3.1 för en diskussion om validitet i relation till rättsdogmatik.

3.6. Pilotstudie

För att säkra den interna validiteten valde jag att göra en pilotstudie (Bryman 2011). Jag skickade ett mail med ett utkast till webbenkäten till två sedan tidigare tillfrågade personer. En av dem är läkare och den andra socionom, verksamma inom rättspsykiatri. De fick några dagar på sig, och sedan träffades vi tillsammans och hade ett fokusgruppsliknande möte där de kunde lyfta fram synpunkter och idéer kring enkäten. Jag tänkte att ett gruppmöte bättre kunde främja en korsbefruktning av synpunkter och idéer istället för två enskilda möten. Vid mötet fick jag synpunkter på de delar av enkäten som kunde förbättras, exempelvis frågor som varit otydliga och lett till missförstånd.

3.7. Statistisk analysmetod

I min analys av det empiriska materialet har jag använt mig av statistisk metod. De analysmetoder jag använt är univariata analyser och bivariata analyser (Djurfeldt, Larsson, & Stjärnhagen 2010). De univariata analyserna behandlar en variabel åt gången. I min undersökning har jag beräknat medelvärdet av variabeln, i procent av den totala populationen. Eftersom urvalet är litet har jag valt att också redovisa antalet respondenter inom parentes efter procentsatsen. (ibid.)

Den bivariata analysen består av korstabeller och orsaksanalys mellan två variabler (ibid.). Andra statistiska test och analyser har valts bort eftersom de inte är tillämpliga på ett material av denna undersöknings storlek, samt att undersökningen inte innehåller den typ av variabler som möjliggör annan analys, exempelvis multivariat analys där man analyserar samband mellan tre eller fler variabler.

Den bivariata metod jag använder mig av är korstabeller (Djurfeldt, Larsson, & Stjärnhagen 2010). En variabel på y-axeln och en på x-axeln ställs mot varandra. De presenteras i en korstabell där man kan se hur de interagerar med varandra. För att testa sambandet mellan två variabler formulerar man en nollhypotes och en mothypotes. (ibid.) I min undersökning kan en nollhypotes (H_0) vara att inget samband finns mellan kunskap om betalningsansvarslagen och yrke. Mothypotesen (H_1) blir då att ett

samband finns mellan kunskap om betalningsansvarslagen och yrke. P-värdet (Pearsons Chi-två) beskriver hur två variabler samvarierar (ibid). Genom att ställa upp hypotesen vill jag veta om det finns någon skillnad i hur man skattar sin kunskap. Ju närmare mothypotes vi kommer, desto mer sannolikt är det att det finns en samvariation mellan variablerna. De flesta forskare anser att det högsta värdet får vara 0,05. Det är då fem av hundra svar som kan vara genererade av slumpen. Andra forskare anser att en signifikansnivå på 0,1 är acceptabel. För att säkerställa att det finns ett samband behöver det alltså vara statistiskt signifikant. (ibid.) Det utesluter inte att man ändå kan se tendenser ur beräkningar som visar en lägre signifikansnivå. Det är tveksamt att generalisera ur ett material som har omfånget av denna uppsats material. Dock kan man som sagt se tendenser. Statistikbearbetningsprogrammet SPSS beräknar automatiskt p-värdet. (ibid.)

4. Tidigare forskning

Socialstyrelsen genomförde 2008 en tillsynsrapport av samverkan mellan tre kommuner i Västernorrland och Rättspsykiatriska kliniken i Sundsvall (RPK) (Socialstyrelsen 2008). Ett av syftena var att granska hur man samverkar kring utslussning av patienter från rättspsykiatri. En kontaktperson från rättspsykiatrien tog kontakt med socialtjänsten först då patienten behövde insatser från socialtjänsten. Från socialtjänstens sida hade man velat knyta kontakt kring patienten i ett tidigare skede. Det inträffade att socialtjänsten ställdes inför färdiga planeringar och inte upplevde sig ha något att säga till om i förhållande till RPK. Socialtjänsten upplevde att utslussningen inte fungerar bra då de kommer in i ett sent skede av vårdplaneringen. Att RPK kommit med färdiga förslag om exempelvis behandlingshem var inte heller en gynnsam faktor för en bra utslussning. Vid tillsynen framkom att man inte tillämpade de utarbetade dokumenten kring samordnad vårdplanering i full utsträckning. RPK hade fått uppfattningen av socialtjänstchefer att riktlinjerna om samordnad vårdplanering inte gällde rättspsykiatriens patienter, och inte för patienter på permission. Man upplevde att kommunerna var mer restriktiva med insatser nu än för några år sedan. För samordningen ansvarar patientens ansvariga läkare och kontaktperson samt en eftervårdsansvarig sjuksköterska. Från kommunernas sida var det inte klarlagt vem som hade ansvaret för dessa ärenden. Vid RPK skriver man en samordnad vårdplan inför utslussning. Kommunerna och RPK har i huvudsak positiva erfarenheter av varandra. Socialtjänsten tycker dock att RPK kan sakna förståelse för att socialtjänstens insatser bygger på frivillighet och att personen själv ansöker om bistånd. I socialtjänsten kan man inte utöva tvång, och socialtjänsten upplever ibland att RPK har för stora förväntningar när det gäller exempelvis samhällsskydd eller avhållsamhet från droger. Rättspsykiatrien upplevde att kommunerna ibland såg ner på rättspsykiatriens patienter och negligerade rättspsykiatriens kontaktförsök. Kommunernas betalningsansvar betraktas som problematiskt av rättspsykiatrien och man menar att det saknas incitament för att utöva påtryckningar mot kommunerna. (ibid.)

Elisabeth Berg lyfter fram ett ojämnt förhållande mellan sjukvårdspersonal och socialtjänsten som betydelsefullt för utfallet av samverkan kring psykiatriens patienter (2008). Hon menar att det tidigare begreppet medicinskt färdigbehandlad gav sjukvården en maktposition att definiera problemet. Begreppet utskrivningsklar är dock inte lika asymmetriskt som sin föregångare. Läkare och socionomer har olika teoretiska förhållningssätt, ansvar och befogenheter i förhållande till den enskilde. Det är läkaren som kallar till den samordnade vårdplaneringen då hon/han bedömer patienten som utskrivningsklar. Läkaren ställer diagnos och bedömer vilket behov som föreligger och socionomen får besluta i huvudsak utifrån läkarens underlag. Revirstrider anges av socialtjänsten som största hinder för samverkan, medan sjukvården menar att regler och lagstiftning skapar svårigheter. (ibid.)

I en delrapport av ett större projekt inom psykiatrisamordningen presenterar Carina Lindkvist en kartläggning av hur boendesituationen för rättspsykiatriens patienter ser ut i Skåne (2007). Kommunerna upplevde att de blev involverade i patientens utslussningsprocess i ett för sent skede, vilket skapade problem med socialtjänstens planering för boendefrågan. Socialtjänsten ansåg även att rättspsykiatriens stöd till patienter på permission var för svagt (lag om öppen rättspsykiatrisk vård fanns ej vid tidpunkten, förf. anm.). I vissa fall vill kommunen inte bevilja stödinsatser till patienter

på permission, med hänvisning till det otydliga rättsläget. Behovet av samordning kring rättspsykiatriens patienter bedömdes som stort av båda huvudmännen. (Lindkvist 2007)

Rättspsykiatriens erfarenhet var att tillgången till boendeformer för målgruppen var bristfällig i flertalet kommuner (ibid.) Det kunde gälla såväl ordinära lägenheter som särskilda boenden. Man lyfte också upp att det ibland fanns rädsla och okunskap om rättspsykiatriens patienter inom kommunerna. Särskilt belystes svårigheter kring att slussa ut patienter med särskild utskrivningsprövning. Detta eftersom Länsrätten (numera Förvaltningsrätten, förf. anm.) beslutade om permission, och en förutsättning för att beviljas permission var ett ordnat boende. Rutinerna kring planering för permission kunde variera mellan olika kommuner. (ibid.)

Vidare behandlar Lindkvists rapport olika typer av boenden och boendestöd som finns i kommunerna (ibid.). I vissa fall initieras den samordnade vårdplaneringen i ett sent skede. Det upplevs som tidigare nämnt som ett problem av kommunerna. Personalen inom rättspsykiatri har ibland byggt upp förväntningar om vilken boendeform som passar patienten, och om socialtjänstens bedömning kommer till en annan slutsats uppstår besvikelse. Det ses som en fördel att få vara med tidigare i processen och informera om vilka boendalternativ som står till buds, samt påbörja en boendeplanering. Rättspsykiatri anför ibland sekretess som ett hinder för att samverka med socialtjänsten på ett tidigt stadium. Socialtjänsten upplever att processen går smidigare om samordnare från rättspsykiatriens öppenvård involveras på ett tidigt stadium. I en kommun deltar såväl SoL som LSS handläggare vid den samordnade vårdplaneringen. Samverkansprojekt finns där kommunen och rättspsykiatri driver boenden i samverkan med varandra. Bristen på passande boende gör ibland att patienterna fortsätter att vårdas i rättspsykiatri trots att de skulle kunna skrivas ut eller gå på långtidspermission om lämpligt boende kunde erbjudas. Enligt beräkningar skulle 18 patienter i slutenvården i Skåne kunna skrivas ut på långtidspermission om boendesituationen löstes. Detta motsvarar 27 % av de inneliggande patienterna. I rapporten kallas dessa patienter permissionsmässiga, enligt gällande lagstiftning skulle de kallas utskrivningsklara. Rättspsykiatriens patienter i Skåne (liksom säkerligen i resten av landet) är i behov av en bred uppsättning boendeformer. En mindre del klarar att bo i ordinärt boende utan stöd. Ytterligare en liten del skulle behöva boendestöd i sitt ordinära boende. Den största delen av patienterna skulle behöva ett särskilt boende med varierande grad av stöd från personal. (ibid.)

Vårdkedjeprojektet är ett projekt inom psykiatrisamordningen (Björling & Löfberg 2007). Man betonar hur viktig samverkan är genom hela vårdförloppet inom den psykiatriska vården, och hur olika aktörer bildar en vårdkedja. Man talar om att istället för länkar mellan olika aktörer skapa smidiga flöden och motorvägar. Begreppet vårdplanering används både för de enskilda huvudmännens vårdplaner och för den samordnade vårdplaneringen. För att ge patienten en god rehabilitering är samverkan nödvändig. Man betonar den samordnade vårdplanen och att olika aktörer är involverade kring patienten samtidigt och i ett tidigt skede av vårdprocessen. Såväl olika huvudmän, som patienten och dennes närstående anses som viktiga parter i vårdplaneringen. Man uppmärksammar att praxis skiljer sig mellan olika länsrätter (förvaltningsrätter) i förhållande till beslut om permissioner för patienter dömda till rättspsykiatrisk vård. I vissa fall hindrar brist på boende utskrivning. En orsak till de i vissa fall långvariga permissionerna är samhällsskyddsaspekten. Patienterna blir av den

anledningen inte definitivt utskrivna. Rättspsykiatri har ansvar för riskbedömningar av återfall i brottslighet. Dessa bifogas vårdplanen i samband med ansökning om fortsatt vård eller permission. Riskbedömningar är ett välbeforskat område inom rättspsykiatri. Ändå är riskbedömningar behäftade med osäkerhet, och kan inte med säkerhet fastställa om nya brott kommer att begås eller ej. Det beror delvis på vilket instrument som används, vem som utför bedömningen, och om man gör en klinisk bedömning av patienten. (Björling & Löfberg 2007)

För vissa målgrupper, såsom de med neuropsykiatriska diagnoser, ser man problem med att hitta passande boenden (ibid.). Bristen på boenden anpassade för patienter från rättspsykiatri gör att de i vissa fall stannar i sjukvården trots att de skulle kunna skrivas ut. Kommunerna anser sig i många fall inte ha ansvaret för patienter på permission från tvångsvård. Socialtjänst och andra vårdgrannar tycker dessutom ofta att de rättspsykiatriska patienterna är ”svåra”. (ibid.)

Projektet föreslår att för vissa patienter ska rättspsykiatri ansvara för utslussning istället för socialtjänsten (ibid.). Istället för att socialtjänsten ska ansvara för boende för patienterna menar man att rättspsykiatri ska ha ett utslussningsansvar för dessa patienter. I övrigt krävs en bättre samverkan och finansiering för att normalitetsprincipen ska fungera för denna patientgrupp. Man föreslår bland annat en samfinansierad myndighet som består av sjukvård, socialtjänst, försäkringskassa och arbetsförmedling. Betalningsansvaret för utskrivningsklara behöver förtydligas och samverkan mellan aktörerna behöver bli bättre. Enligt lagen om betalningsansvar kan rutiner kring utskrivningsklara patienter utarbetas mellan rättspsykiatri och kommun, och samverkansavtal har träffats på många håll. (ibid.)

5. Historik

1929 fick Sverige sinnessjuklagen (Lidberg 2000). Först år 1967 förändrades den gamla lagen och blev LSPV, lagen om slutna psykiatrisk vård i vissa fall. Denna lag omfattade även de patienter som begått brott och utretts vid rättspsykiatrisk klinik och dömts till vård enligt LSPV. Patienterna kunde då vårdas inom den vanliga psykiatrin alternativt vid en s.k. fast paviljong för särskilt vårdkrävande. Dessa paviljonger blev senare specialkliniker och kan sägas vara föregångare till dagens rättspsykiatriska kliniker. (ibid.)

Sinnessjuklagen och LSPV som var gällande under större delen av 1900-talet har inte underlättat patienternas integrering i samhället (ibid.). Vidare har det inte funnits någon tradition av samverkan mellan kommun och landsting, eller stat som det var ibland. Tvärtom fanns redan då tydliga uppdelningar av ansvar mellan kommunerna och de statliga sjukhusen. (ibid.)

1989 lade äldredelegationen fram sina förslag om reformer för äldre personer. Där introducerades betalningsansvarslagen för första gången (Ds 1989:27). Efter att lagen varit i kraft några år föreslog Psykiatriutredningen att betalningsansvarslagen även skulle omfatta psykiatrins patienter. (SOU 1992:73) Efter vissa övergångsbestämmelser började lagen gälla även målgruppen psykiskt störda. (prop. 1993/94:253)

I början av 90-talet presenterades två nya tvångslagar inom psykiatrins område, lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) och lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (Lidberg 2000). Det är främst personer som av domstol dömts till rättspsykiatrisk vård med eller utan särskild utskrivningsprövning. Dessa har genomgått en så kallad § 7 undersökning även kallad liten sinnesundersökning. De flesta har dock genomgått en rättspsykiatrisk undersökning vid Rättsmedicinalverket, och observerats dygnet runt på en vårdavdelning i fyra veckor. Det rättspsykiatriska undersökningsteamet med rättspsykiatern som ytterst ansvarig ger domstolen en rekommendation om vård. (ibid.)

Vidare ska personen anses lida av en allvarlig psykisk störning (ibid.). Det är otydligt vad detta begrepp innefattar för sjukdomar och är i strikt mening ett juridiskt begrepp. Vanligast är olika former av psykosjukdomar. På senare år har dock fler med utvecklingsstörning och neuropsykiatriska diagnoser dömts till rättspsykiatrisk vård. Det är osäkert om dessa personer rymms inom begreppet allvarlig psykisk störning. (ibid.)

2008 kom nya bestämmelser som ger möjlighet att bedriva öppen psykiatrisk tvångsvård enligt såväl LPT som LRV (Prop. 2007/08:70). För patienter dömda till rättspsykiatrisk vård talar man om öppen rättspsykiatrisk vård. Förvaltningsrätten ansvarar för samhällsskyddet i relation till personer dömda till LRV. Efter en dom från förvaltningsrätten bereds patienten möjlighet att långvarigt vistas i eget eller särskilt boende. Med vården följer särskilda villkor som Förvaltningsrätten uppdrar åt chefsöverläkaren att besluta om. Dessa kan röra sig om att ta ordinerad mediciner, alkohol- och drogfrihet eller kontakt med öppenvården. Om de särskilda villkoren inte följs kan chefsöverläkaren besluta om omedelbar återintagning, varefter ny förhandling i Förvaltningsrätten hålls. (ibid.)

6. Den rättsliga regleringen

Detta kapitel innehåller den rättsdogmatiska delen av uppsatsen och syftar till att fastställa gällande rätt.

6.1. Rättspsykiatrisk vård

I det första delkapitlet studeras lagen om rättspsykiatrisk vård ur ett rättsdogmatiskt perspektiv.

6.1.1. Förutsättningar för vård

BrB 31 kap. 3 § ”Om en person som lider av en allvarlig psykisk störning ska dömas för ett brott där påföljden inte bedöms stanna vid böter, får personen överlämnas till rättspsykiatrisk vård. Det får ske om det är påkallat att personen till följd av sitt psykiska tillstånd och övriga personliga förhållanden är i behov av psykiatrisk vård på en sjukvårdsinrättning.”

BrB 31 kap 3 § 2 st ”Om brottet begicks under påverkan av en allvarlig psykisk störning, och om det till följd av den psykiska störningen finns risk att personen återfaller i allvarlig brottslighet kan personen dömas till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. I annat fall döms patienten till rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning.”

6.1.2. Vård på sjukvårdsinrättning

1 § Föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång i andra fall än som avses i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (rättspsykiatrisk vård) ges i denna lag.

Lagen gäller den som

- 1. efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård,*
- 2. är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning,*
- 3. är intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt eller*
- 4. är intagen i eller skall förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken.*

6.1.3. Öppen rättspsykiatrisk vård

3 § Föreskrifter om beslut av domstol om överlämnande till rättspsykiatrisk vård finns i 31 kap. 3 § brottsbalken.

Rättspsykiatrisk vård som avses i första stycket ges som sluten rättspsykiatrisk vård eller, efter sådan vård, som öppen rättspsykiatrisk vård.

Prop. 2007/08/70 föreslår att öppen rättspsykiatrisk vård införs som ny vårdform inom lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Vårdformen innebär att tvångsvård kan ges i öppen form utanför en sjukvårdsinrättning. Särskilda villkor för patienten är förbundna med vårdformen. Möjligheten att ge patienten långtidspermissioner tas bort. Avsikten med långtidspermissioner var att förbereda tvångsvårdens upphörande. I många fall kunde långtidspermissioner ges över flera år. Permissioner kan framöver enbart ges för

enstaka eller återkommande tillfällen, exempelvis enstaka veckodagar eller helger.
(Prop. 2007/08/70)

För personer som vårdas enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning (sup) gäller för öppen rättspsykiatrisk vård att personen ska lida av en allvarlig psykisk störning. (ibid.)
För personer som dömts till LRV med sup ska för öppen rättspsykiatrisk vård gälla att de har en psykisk störning. (ibid.)

Rekvisitet att en person för att vårdas enligt LRV ska vara i behov av oundgänglig vård på sjukvårdsinrättning gäller ej vid rättspsykiatrisk öppenvård (ibid.). Istället föreslås kravet att patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och personliga förhållanden behöver följa särskilda villkor för att kunna ges rättspsykiatrisk vård. Gällande patienter som vårdas enligt LRV med sup ska de särskilda villkoren utformas för att förebygga återfall i brottslighet av allvarligt slag. (ibid.)

*6 § Rättspsykiatrisk vård ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av ett landsting. Den som ges öppen rättspsykiatrisk vård får vistas utanför en sådan sjukvårdsinrättning.
Vid rättspsykiatrisk vård gäller i tillämpliga delar 15 a-17 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.*

6.1.4. Utslussning

I prop. 2007/08:70 anses att rekvisitet om att en patient som vårdas enligt *LRV ska vara i behov av kvalificerad dygnetruntvård* inte är uppfyllt om patienten klarar av att vara på längre permissioner. En möjlighet att bevilja långtidspermissioner som en åtgärd för att förbereda att tvångsvården upphör infördes 2000. De permissionsregler som gällde vid propositionens författande innebär vid en strikt tillämpning att utslussningstider över ett år inte ska medges. Detta leder till att patienten efter ett år återintar på sjukvårdsinrättning eller skrivs ut för tidigt, med en havererad utslussning i samhället som följd. För att förhindra detta har chefsöverläkare och förvaltningsdomstolar medgett långtidspermissioner trots att det bryter mot lagstiftarens intentioner. Regionala skillnader i rättstillämpningen har blivit en följd av detta. (ibid.)

Behovet av utslussning kan inte tillgodoses inom gällande lagstiftning. För vissa personer finns en risk för en misslyckad utslussning om vården inte ges under tvång (ibid.). För att inte försämrats i sin psykiska sjukdom eller återfalla i brott kan vissa personer behöva en livslång struktur som bara tvångsvården kan ge, för att förebygga ohälsa. Det behövs en mellanvårdsform för de patienter som inte behöver dygnetruntsjukvård, men som fortfarande behöver tvångsvård. (ibid.)

6.1.5. Samordnad vårdplanering

12 a § På ansökan av chefsöverläkaren får förvaltningsrätten medge att den rättspsykiatriska vården ska övergå i öppen eller sluten form eller fortsätta utöver den i 12 § angivna längsta tiden. I ansökan ska det anges om vården avser sluten eller öppen rättspsykiatrisk vård. Vid ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård tillämpas 7 § fjärde stycket och 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Det som sägs där

om öppen psykiatrisk tvångsvård gäller i stället öppen rättspsykiatrisk vård.

Medgivande till förlängning av vårdtiden får lämnas för högst sex månader åt gången, räknat från den dag då förvaltningsrätten meddelar beslut i frågan.

Vid beslut om öppen rättspsykiatrisk vård ska rätten föreskriva de särskilda villkor enligt 3 a § första stycket 2 som ska gälla för vården. De särskilda villkoren får vara sådana som anges i 26 § tredje stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård. Rätten får överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om dessa villkor. När det finns skäl för det, får rätten återta denna beslutanderätt.

Till ansökan om fortsatt öppen rättspsykiatrisk vård ska det fogas en uppföljning av den samordnade vårdplanen.

Särskilda villkor ska föreskrivas vid öppen rättspsykiatrisk vård (Prop. 2007/08:70). Vården ska innebära så få inskränkningar som möjligt i patientens integritet. Vården ger även möjlighet till kontroll av patienten genom de särskilda villkoren. De inskränkningar av patientens integritet som den öppna rättspsykiatriska vården medför ska vägas mot de fördelar som uppkommer av att patienten vistas i samhället istället för inom den slutna rättspsykiatriska vården. Syftet med den nya lagen är att ge bättre förutsättningar till utslussning till ett liv i samhället. (ibid.)

Psykiatrisamordningen belyser i SOU 2006:100 att det finns samverkansproblem kring patienter som vårdas enligt LRV och är på permission. Kommuner och landsting har olika uppfattningar av det rättsliga läget avseende kommunernas ansvar för patienter på permission. (ibid.)

I prop. 2007/08:70 betonas att en förutsättning för att patienterna kan integreras i samhället är att kommunen deltar aktivt i utformningen av det sociala stödet. En stor del av patienterna som kommer vårdas inom den öppna rättspsykiatriska vården kommer att behöva en bostad eller boendestöd genom socialtjänstens försorg. För att kunna genomföra den öppna rättspsykiatriska vården krävs att patienten själv ansöker hos kommunen om bistånd enligt Socialtjänstlagen eller Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade. (ibid.)

En samordnad vårdplanering ska föregå ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård. Även socialnämndens eventuella beslut om biståndsinsatser ska fattas innan ansökan görs. (ibid.)

Chefsöverläkaren får lämna nödvändiga upplysningar om patient till socialtjänsten. Sekretess förhindrar inte att ett informationsutbyte mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård kommer till stånd för att patienten ska få nödvändig vård och omsorg. (ibid.)

I den samordnade vårdplanen dokumenteras vilka insatser som planeras av hälso- och sjukvården och socialtjänstens sida. Eventuella biståndsbeslut från socialtjänsten ska dokumenteras i den samordnade vårdplanen. (ibid.)

6.1.6. Särskilda villkor

16 a § En fråga om särskild utskrivningsprövning prövas av förvaltningsrätten efter anmälan av chefsöverläkaren eller efter ansökan av patienten.

Chefsöverläkaren ska anmäla frågan om särskild utskrivningsprövning senast fyra månader efter det att rättens beslut enligt 31 kap. 3 § brottsbalken blivit verkställbart, eller om patienten kommit till sjukvårdsinrättningen en senare dag, från den dagen.

Därefter ska anmälan göras inom var sjätte månad från den dag då förvaltningsrätten senast meddelade beslut i frågan.

Chefsöverläkaren ska genast anmäla en fråga om särskild utskrivningsprövning när han eller hon anser att den rättspsykiatriska vården kan upphöra eller att vården bör övergå till öppen eller sluten rättspsykiatrisk vård.

Vid beslut om öppen rättspsykiatrisk vård ska rätten föreskriva de särskilda villkor enligt 3 b § första stycket 3 som ska gälla för vården. De särskilda villkoren får vara sådana som anges i 26 § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Rätten får överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om de särskilda villkoren. När det finns skäl för det, får rätten återta denna beslutanderätt.

Regeringen föreskriver i propositionen (2007/08:70) inte närmare vad de särskilda villkoren ska innehålla, annat än att de kan utformas på liknande sätt som reglerna för permission vid 25 a § LPT föreskriver. Villkoren kan gälla att acceptera medicinering, sköta boende och sysselsättning samt avhålla sig från bruk av alkohol och droger. Syftet med villkoren är att patienten inte ska försämrats psykiskt, återfalla i missbruk eller återfalla i brottslighet. Villkoren ska vara utformade så att en avvägning mellan kränkningen av patientens integritet och vinster för patientens hälsa upprätthålls. (ibid.)

6.1.7. Vårdens fortsättande

16 b § Om chefsöverläkaren vid anmälan enligt 16 a § anser att den rättspsykiatriska vården ska fortsätta, ska han eller hon ange om vården bör ges som sluten eller öppen rättspsykiatrisk vård.

I anmälan om öppen rättspsykiatrisk vård ska det anges vilka omständigheter som utgör grund för tvångsvården och vilka särskilda villkor som rätten bör föreskriva. Till anmälan ska det fogas en sådan samordnad vårdplan som anges i 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Därutöver ska det lämnas en särskild redogörelse för risken för att patienten till följd av sin psykiska störning återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag och för de insatser som har planerats för att motverka att han eller hon återfaller i sådan brottslighet. Det som i 7 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård sägs om öppen psykiatrisk tvångsvård gäller i stället öppen rättspsykiatrisk vård.

Till anmälan om fortsatt öppen rättspsykiatrisk vård ska det fogas en uppföljning av den samordnade vårdplanen.

När patienten inte längre har ett oundgängligt behov av kvalificerad dygnetruntsjukvård är öppen rättspsykiatrisk vård aktuell (Prop. 2007/08:70). Vid förvaltningsrättens beslut om att ge personer dömda till LRV med sup öppen rättspsykiatrisk vård ska särskilt samhällsskyddsaspekten beaktas. (ibid.)

Bifogat chefsöverläkarens ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård skall en samordnad vårdplan finnas (prop. 2007/08:70). Den ska innehålla en redogörelse för vilka insatser från hälso- och sjukvården respektive kommunens socialtjänst som bedöms nödvändiga. Det ska tydligt framgå vilken huvudman som har ansvar för de olika insatserna. Patienten ska själv vara delaktig i den samordnade vårdplaneringen, och om möjligt dennes närstående. (ibid.)

Inför varje förhandling i förvaltningsdomstol ska en uppdaterad vårdplan bifogas ansökan. Detta för att patientens kontakt med sjukvården inte blir lika tät som i slutenvården, och för att försäkra sig om att chefsöverläkaren är uppdaterad om patientens tillstånd. (ibid.)

Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård är tillämplig vid öppen rättspsykiatrisk vård. (ibid.) Chefsöverläkaren kan kalla till samordnad vårdplanering enligt betalningsansvarslagen. Betalningsansvaret inträder dock inte förrän förvaltningsdomstolen fattat beslut om öppen rättspsykiatrisk vård. Betalningsansvaret infaller 30 dagar efter det att kommunen mottagit kallelse till samordnad vårdplanering. (ibid.)

Psykansvarskommittén föreslår att kommunerna får ett utvidgat ansvar för patienter i rättspsykiatri i samband med att lagen om öppen rättspsykiatrisk vård träder i kraft (SOU 2006:91). Även när det gäller patienter på permission, ska kommunerna ha ansvar, oavsett permissionens längd. Dock gäller ansvaret för patienter på permission inte enligt betalningsansvarslagen. Bedömning om bistånd enligt SoL och LSS görs enligt kriterierna i respektive lag. Det betyder att patienter på permission kan beviljas boende och andra insatser från kommunens sida. I vissa fall kan kommun och landsting komma att få dela på kostnader för exempelvis behandlingshemsvistelse med vissa sjukvårdande insatser. (ibid.)

Kravet på samordnad vårdplanering finns såväl i betalningsansvarslagen som i lagen om rättspsykiatrisk vård. Kommunernas ansvar för patienter på permission och i öppen rättspsykiatrisk vård tydliggörs i 2 kap. 2 § SoL (upphävd gen om lag 2011:328) och 16 § LSS. (SOU 2006:91)

En patient är utskrivningsklar från rättspsykiatrisk slutenvård när denne inte längre är i behov av dygnetruntsjukvård. Dock behöver förvaltningsrättens beslut om öppen rättspsykiatrisk vård inväntas innan kommunens betalningsansvar inträder i praktiken. (Socialstyrelsen 2009)

18 § Patienten får hos förvaltningsrätten överklaga ett beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag som innebär

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

20 § Allmän åklagare får överklaga

1. beslut enligt 10 § första stycket av förvaltningsrätten att patienten får vistas utanför sjukvårdsinrättningens område,

2. beslut enligt [10 § fjärde stycket första meningen](#) av förvaltningsrätten att överlämna åt chefsöverläkaren att för en viss patient besluta om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område,

3. beslut enligt [16 a §](#) att vården ska upphöra eller ges i form av öppen rättspsykiatrisk vård,

om åklagare före beslutet har anmält till rätten att beslutet kan komma att överklagas.

6.1.8. Vårdens upphörande

15 § I fråga om den som ges rättspsykiatrisk vård enligt [4 §](#) ska chefsöverläkaren genast besluta att vården ska upphöra när det inte längre finns förutsättningar för sådan vård. Chefsöverläkaren ska fortlöpande överväga frågan om den rättspsykiatriska vårdens upphörande.

16 § I fråga om den som ges rättspsykiatrisk vård enligt [31 kap. 3 §](#) brottsbalken med särskild utskrivningsprövning ska vården upphöra när

1. det inte längre till följd av den psykiska störning som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning finns risk för att patienten återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag, och

2. det inte heller annars med hänsyn till patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han eller hon

a) är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång, eller

b) ges öppen rättspsykiatrisk vård..

Läkaren ska fortlöpande pröva om vården kan upphöra. När läkaren bedömer att patientens vård kan avslutas skall patienten skrivas ut. Läkaren kan själv skriva ut patienter som vårdas utan särskild utskrivningsprövning. För patienter med särskild utskrivningsprövning ska åklagaren ge synpunkter och Förvaltningsrätten ska pröva fallet för att eventuellt skriva ut patienten.

6.2. Lag om betalningsansvar

I det andra delkapitlet studeras lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård ur ett rättsdogmatiskt perspektiv.

6.2.1 Utskrivningsklar

I prop. 2002/03:20 införs begreppet utskrivningsklar istället för det tidigare begreppet medicinskt färdigbehandlad. En förutsättning för att kommunens betalningsansvar ska inträda är att patienten bedöms som utskrivningsklar av sin behandlande läkare och att en samordnad vårdplan upprättats. Eftersom de patienter som skrivs ut ofta har kvar ett medicinskt behov, anser man att begreppet utskrivningsklar är mer passande än medicinskt färdigbehandlad. (ibid.)

10 § En kommun har betalningsansvar för patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård eller psykiatrisk vård inom landstingets slutna hälso- och sjukvård som är utskrivningsklara och för vilka en vårdplan är upprättad.

En patient är utskrivningsklar om han eller hon av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård.

I prop. 1987/88:176 läggs ett större ansvar på kommunerna att erbjuda äldre personer vård och service som tidigare tillhandahållits på sjukvårdens långvårdskliniker. Regeringen vill skapa en enhetlig organisation för äldreården och ett samlat huvudmannaskap. Kommunerna ska ansvara för all social service, omvårdnad och sjukvård som inte kräver läkare. Läkarkontakter och övrig sjukvård sköts i huvudsak inom primärvården. Tidigare var sjukården huvudman för sjukhem och så kallad långvård, verksamheter som avsågs att bli inkorporerade i kommunens utbud av särskilda boenden. (ibid.)

I propositionen (1987/88:176) beskrivs den så kallade kompetensprincipen som ett medel för att avgränsa de olika huvudmännens ansvarsområde. Den innebär för äldreomsorgen att landstinget ansvarar för sjukvård och kommunen ansvarar för sociala insatser. (ibid.)

Regeringen föreslår i prop. 1993/94:253 en rad övergångsbestämmelser gällande när kommunernas betalningsansvar ska börja gälla, och förutsättningar för det.

Det utvidgade betalningsansvar som föreslås omfattar de långvarigt psykiskt sjuka som bedömts medicinskt utskrivningsklara av en specialistläkare i psykiatri (ibid.). Aktuella patienter ska ha vårdats minst tre månader i den psykiatriska slutenvården. Man ser överlämningen av betalningsansvaret som ett incitament för att planera ändamålsenliga bostäder åt de psykiskt funktionshindrade. (ibid.)

6.2.2. Samordnad vårdplan

10 a § När en patient skrivs in i landstingets slutna hälso- och sjukvård eller så snart det därefter bedöms finnas ett behov av det, skall den behandlande läkaren vid den enhet där patienten vistas genom ett inskrivningsmeddelande underrätta berörda enheter i den öppna vården eller omsorgen om att patienten efter att ha skrivits ut kan

*komma att behöva kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller
- landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård.*

10 b § En vårdplan skall upprättas för en patient som efter att ha skrivits ut från en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård av den behandlande läkaren bedöms behöva

*- kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller
- landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård.*

10 c § Skall en vårdplan upprättas enligt [10 b §](#) skall den behandlande läkaren kalla till en vårdplanering. Vårdplaneringen skall påbörjas senast dagen efter det att kallelsen mottagits.

*En vårdplan skall utformas i samarbete mellan företrädare för berörda enheter vid kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller
- landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård.*

Patienten eller hans eller hennes närstående bör delta i vårdplaneringen.

Redan i samband med ädelreformen betonas vikten av den ”gemensamma vårdplaneringen” (Ds 1989:27). Man syftar då på samverkan mellan företrädare för den landstingsdrivna sjukvården, primärvården och socialtjänsten. I första hand åsyftas här äldre personers förutsättningar. Man talar om de välfärd förluster som den enskilda människan erfar till följd av att samhällets vård- och omsorgsorganisationer inte fungerar optimalt. (ibid.) Ädelreformen föregick psykiatrireformen och förarbetena kring betalningsansvarslagen är tillämpliga även för psykiatrisk vård.

10 d § En vårdplan skall innehålla uppgifter om det bedömda behovet av insatser enligt [10 b §](#) samt uppgifter om vilken enhet som är ansvarig för respektive insats.

En vårdplan är upprättad när den har justerats av företrädare för de ansvariga enheterna.

Man föreslår i prop. 93/94:218 att kommunerna ska få ett förtydligt uppdrag att planera och samordna insatser för psykiskt funktionshindrade. Genom ett tillägg i socialtjänstlagen 21a § (gamla socialtjänstlagen, finns nu i 5 kap, 7 §) förtydligas att kommunerna ansvarar för personer med såväl fysiska som psykiska funktionshinder. (ibid.)

Brister har identifierats i samverkan och samordning av insatser kring personer med psykisk ohälsa i behov av flera olika stödinsatser (Prop. 2002:03/20). Syftet med lagändringen är att skapa samverkan mellan sjukvård och socialtjänst samt skapa smidiga vårdkedjor för patienterna. I propositionen framgår att man avser att betalningsansvarslagen ska omfatta även patienter som vårdas enligt LRV. Kommunerna ska däremot inte kunna bli betalningsansvariga för tvångsvårdade patienter på permission. (ibid.)

6.2.3 Karens

11 § Kommer inte ett landsting och en kommun överens om en annan tidpunkt inträder kommunens betalningsansvar dagen efter det att en patient är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad.

För en patient i den somatiska akutsjukvården eller den geriatriska vården inträder betalningsansvaret tidigast fem vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen.

För en patient i den psykiatriska vården inträder betalningsansvaret tidigast trettio vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen.

I äldrelegationens slutrapport (Ds 1989:27) talas om två alternativa karenstider. Den första modellen föreslår en schablon tillämpning där kommunens betalningsansvar inträder efter ett års sammanhängande vårdperiod, oavhängigt av en medicinsk bedömning. I det andra alternativet föreslås att betalningsansvaret inträder 30 dagar efter att läkare anmält till kommunen att patienten är medicinskt färdigbehandlad. Det är det andra alternativet som ligger till grund för gällande lagstiftning. (ibid.) Vidare föreslås att kommunen inte ska ha betalningsansvar för de patienter som dömts till sluten psykiatrisk vård enligt 31 kap 3 § brottsbalken (föregångare till LRV).

Betalningsansvaret för psykiatrins patienter föreslogs inträda senare än för andra långtidssjuka. (SOU 1992:73). Sju dagars karens föreslogs för somatiskt sjuka jämfört med 30 dagar för psykiskt störda. Det ansågs svårare att avgöra när någon är medicinskt färdigbehandlad inom den psykiatriska vården än i annan vård. Det är även svårare att definiera gränserna mellan olika aktörers ansvar kring den psykiskt störda. Modellen baserad på att patienten ska vara medicinskt färdigbehandlad för att kommunens betalningsansvar ska inträda förordades av psykiatriutredningen. Betalningsansvaret ses inte enbart som en ekonomisk omfördelning utan även som ett incitament för att utveckla en mer sammanhållen vård och omsorg till psykiskt störda med långvarigt stödbehov. (ibid.)

I prop. 2002:03/20 förtydligas ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting. De särskilda regler som gällt psykiatrins patienter försvinner i lagförslaget. Tiden som man ska ha vårdats inom psykiatrin (3 månader) försvinner. Däremot kvarstår de 30 karensdagar, med motiveringen att man behöver längre tid för att finna boenden etcetera för denna grupp än för patienter i övrig sjukvård. Det är den behandlande läkaren som avgör när en patient är utskrivningsklar. Bakgrunden till lagändringen är det ökade behovet av samverkan mellan olika huvudmän med patientens bästa i åtanke. (ibid.)

6.2.4 Ekonomisk ersättning

12 § Ersättning för vård av utskrivningsklara patienter skall lämnas med belopp som motsvarar den omvårdnad som patienten får på enheten. Beloppen skall motsvara genomsnittet i riket och räknas om årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i riket.

Första stycket gäller inte om ett landsting och en kommun kommer överens om annan

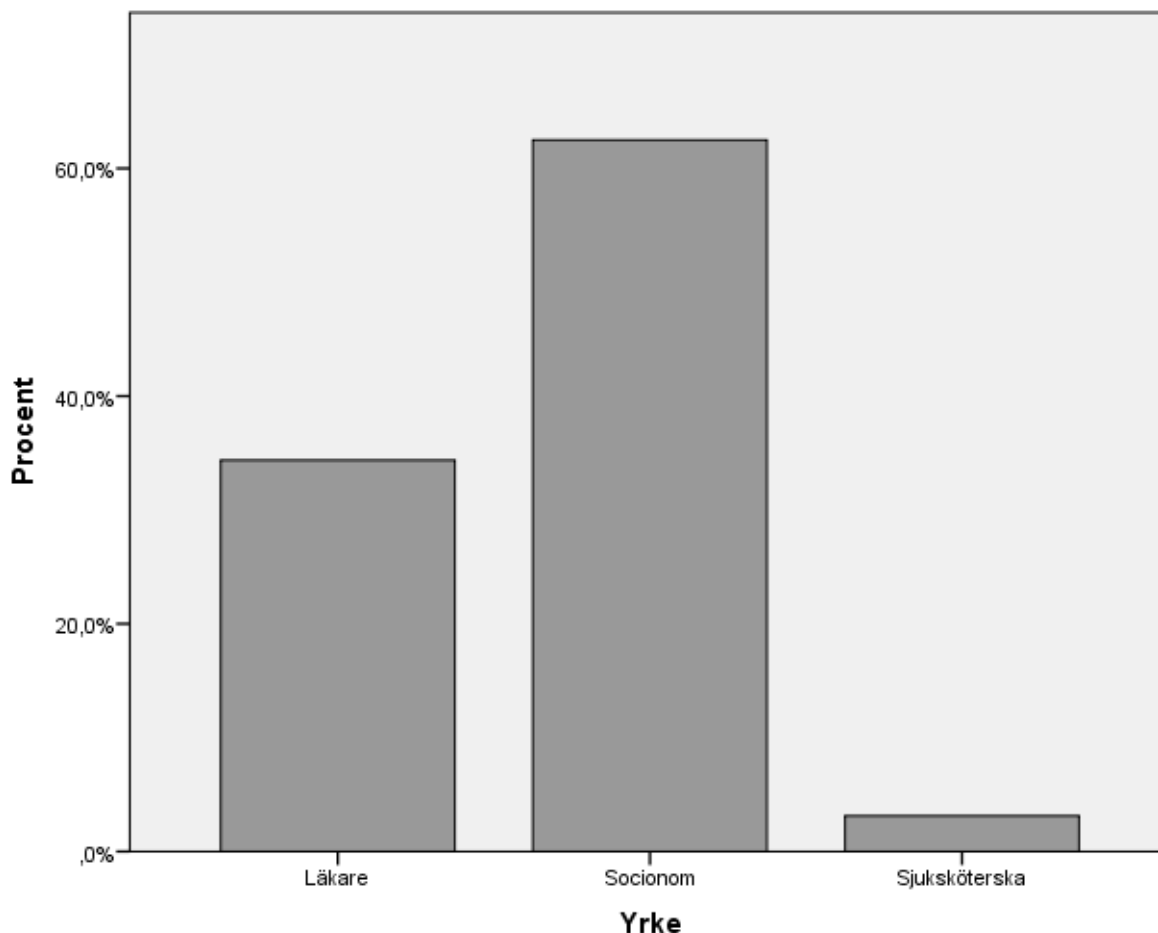
ersättning för utskrivningsklara patienter. Sådan särskilt överenskommen ersättning får dock inte understiga den genomsnittliga kostnaden för omvårdnaden om patienter vid en enhet för geriatrisk vård.

Regeringen fastställer årligen de belopp som avses i första och andra styckena.

7. Reglernas faktiska tillämpning

I kapitlet presenteras det empiriska materialet från webbenkäten ur ett rättssociologiskt perspektiv med fokus på tillämpningen av lagstiftningen.

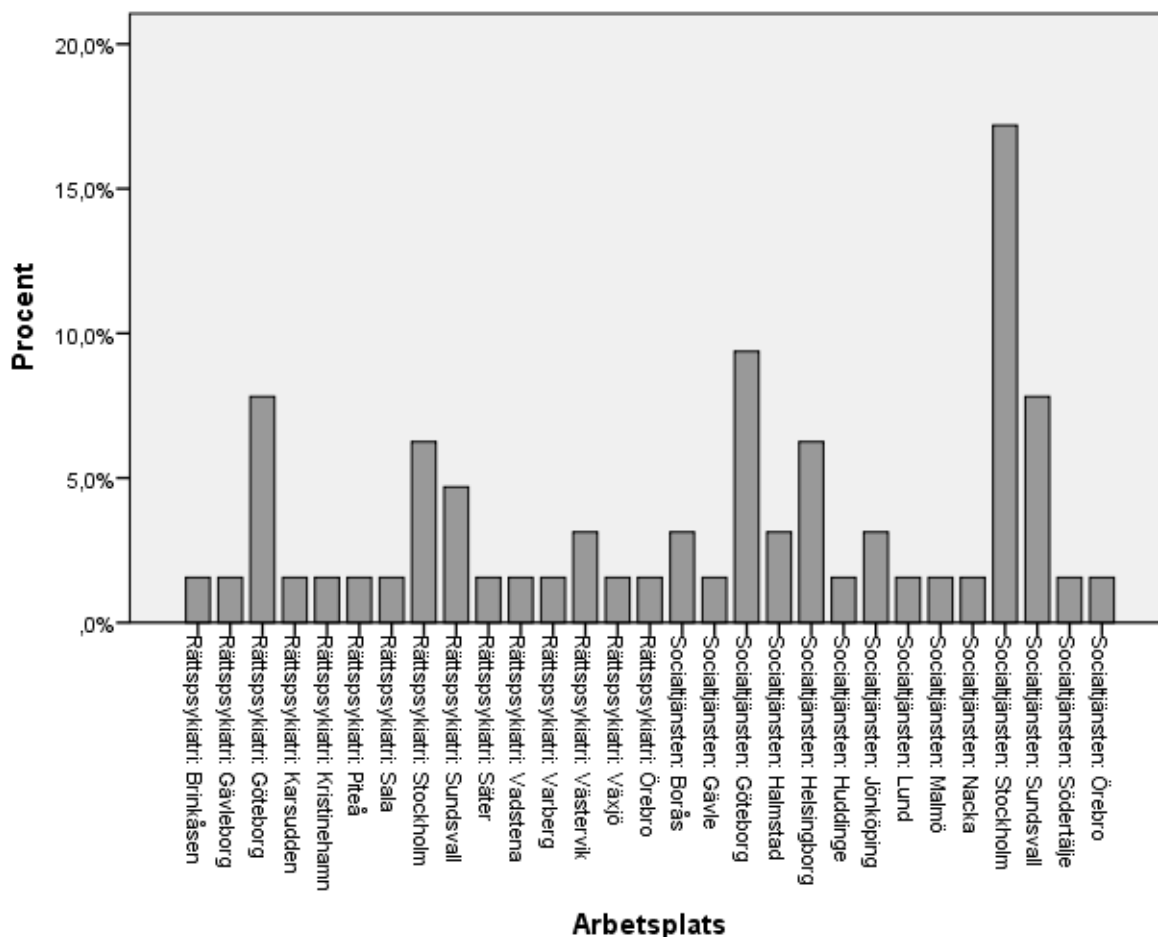
7.1. Yrke



Figur 1

Av de som besvarat enkäten (figur 1) är 34 % (22) läkare, 63 % (40) socionomer och 3 % (2) sjuksköterskor. Totalt besvarade 64 personer enkäten. Ett antal respondenter valde att kalla sig handläggare eller biståndshandläggare. Eftersom de arbetar i samma typ av organisation (del av socialtjänsten) som socionomerna och med liknande arbetsuppgifter är de kategoriserade som socionomer i analysen. Två sjuksköterskor har svarat på analysen. Eftersom sjuksköterskor inte ingick i uppsatsens urvalsgrupp har de exkluderats i analysen. Likaså har en socionom verksam i sjukvården svarat på enkäten. Av urvalsskäl återfinns inte heller den respondenten i analysen. Däremot har deras synpunkter vad gäller enkätens utformning beaktats och deras synpunkter har influerat analysen. Två socionomer från Jönköping besvarade enkäten, men dessa svar kom mig tillhanda först efter att analysen genomförts. Totalt är 37 % (22) läkare och 63 % (37) socionomer med i analysen, n = 59 respondenter.

7.2. Arbetsplats



Figur 2

I figur 2 illustreras vilka arbetsplatser respondenterna har. I diagrammet illustreras även de arbetsplatser som återfinns i resterande analys, på grund av att svaren av olika skäl varit ogiltiga. Respondenter från 15 rättspsykiatriska kliniker har svarat i jämförelse med 14 kommuner. Flest respondenter återfinns i Stockholm (11). I Stockholm och Göteborg skickades enkäten ut till samtliga stadsdelsnämnder, vilket i kombination med det större befolkningsunderlaget i dessa städer kan förklara den högre svarsfrekvensen. Socialtjänsten i Sundsvall (5) har en hög svarsfrekvens i förhållande till andra kommuner. Även såväl socialtjänsten (6) som rättspsykiatrin (5) i Göteborg har en hög svarsfrekvens. De flesta rättspsykiatriska kliniker och kommuner representeras av en respondent i enkäten.

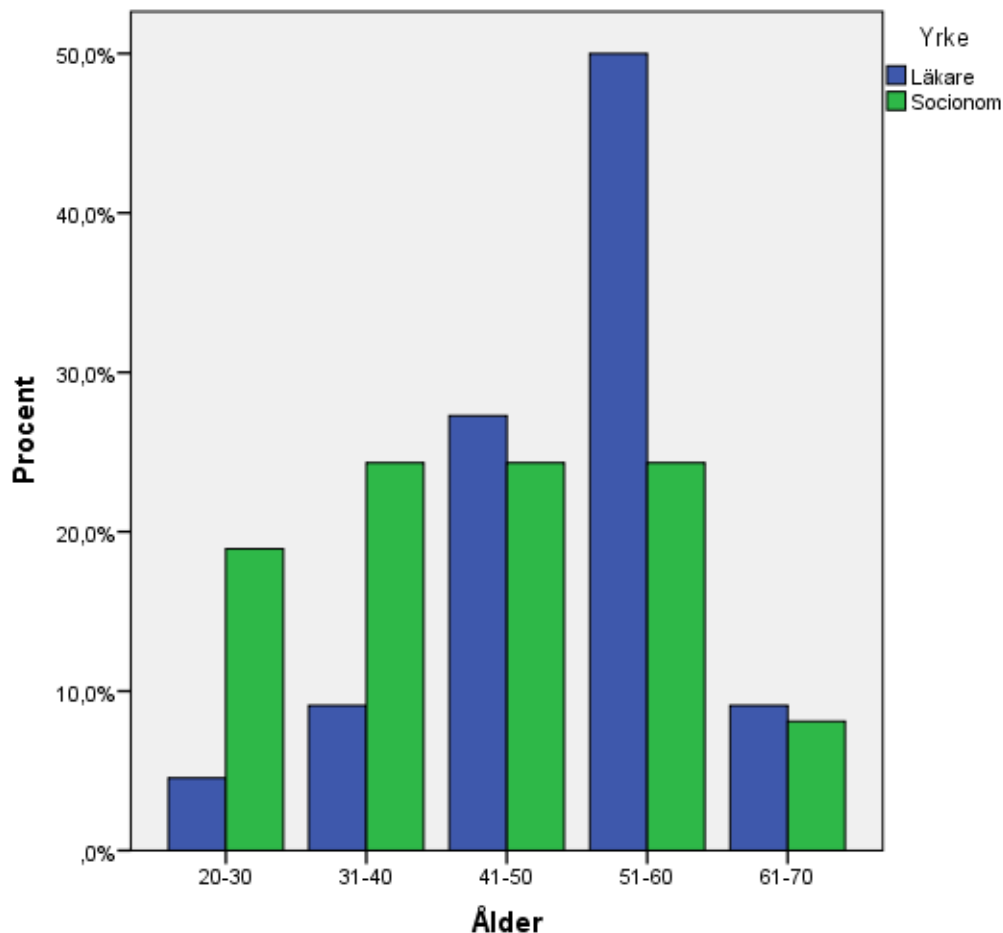
Totalt kommer 39 % av svaren från rättspsykiatrin i jämförelse med 61 % från kommunerna. (Brinkåsen ligger i Vänersborg och Karsudden i Katrineholm).

7.3. Kön

Könsskillnaderna mellan yrkesgrupperna är stora. 32 % (7) läkare är kvinnor medan 68 % (15) är män. Av socionomerna är endast 8 % (3) män i förhållande till 92 % (34) kvinnor.

Således kan man konstatera att socionomerna i stor utsträckning är kvinnor, medan läkarna oftare är män.

7.4. Ålder

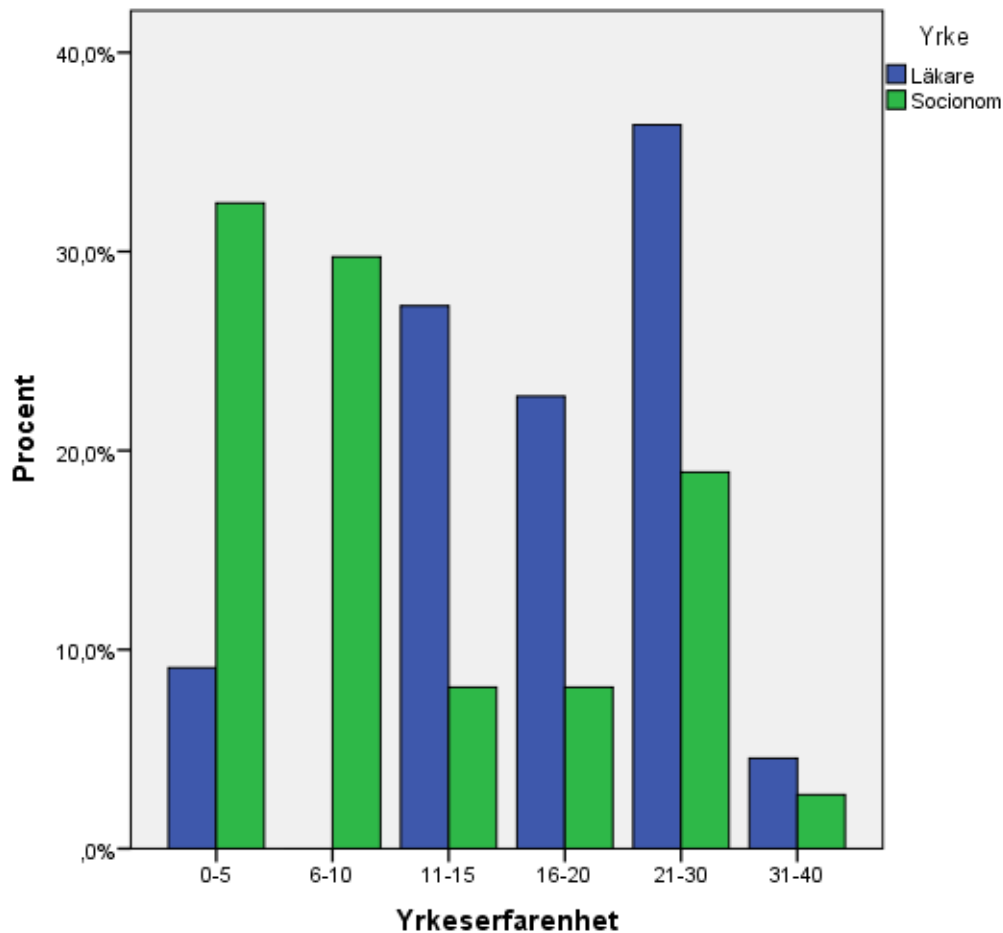


Figur 3

I figur 3 illustreras relationen mellan ålder och yrke. 50 % (11) av läkarna är mellan 51-60 år gamla. 5 % av läkarna är 20-30 år. I urvalet så specificerades inte vilken grad av senioritet läkarna skulle ha, men man kan ana att det uppfattats som att endast specialistläkare/överläkare skulle inkluderas, vilket per se gör att läkarna får en högre ålder. I jämförelse med socionomer som kan tillträda sina tjänster som tidigast i 25-årsåldern kan läkarna börja arbeta som specialistläkare först efter genomgången allmän- och specialisttjänstgöring, vilket gör att man sällan genomfört specialistläkareutbildning

innan närmare 35-årsåldern. Bland socionomerna är åldersspridningen jämnare. 19 % (7) är mellan 21-30 år gamla. En liten andel är mellan 61-70 år, 9 % (2) av läkarna respektive 8 % (3) av socionomerna.

7.5. Yrkeserfarenhet



Figur 4

Figur 4 visar yrkeserfarenhet för de två yrkesgrupperna. 32 % (12) av socionomerna har 0-5 års yrkeserfarenhet. Motsvarande siffra för läkarna är 9 % (2). 30 % av socionomerna har 6-10 års yrkeserfarenhet, medan ingen läkare har den längden av yrkeserfarenhet. 62 % av socionomerna har således 0-10 års yrkeserfarenhet i jämförelse med 9 % av läkarna. 36 (8) % av läkarna har 20-30 års yrkeserfarenhet i jämförelse med 19 % (7) av socionomerna. Ålder och yrkeserfarenhet visar tillsammans att läkarna generellt är äldre än socionomerna och har en längre yrkeserfarenhet. Det finns ett antal socionomer med lång yrkeserfarenhet, men gruppen med kortare erfarenhet är större, och i relation mellan gruppen läkare och socionomer har läkarna generellt längre yrkeserfarenhet.

7.6. Kunskap om betalningsansvarslagen och begreppet utskrivningsklar

Tabell 1

Kunskap om		Mycket god	God	Viss	Mindre god	Ingen	Totalt	x ² -test
Betalningsansvarslagen	Läkare	14 % (3)	36 % (8)	27 % (6)	18 % (4)	5 % (1)	100 %	0,75
	Socionom	16 % (6)	51 % (19)	16 % (6)	14 % (5)	3 % (1)	100 %	0,75
Begreppet utskrivningsklar	Läkare	23 % (5)	41 % (9)	27 % (6)	9 % (2)	0	100 %	0,6
	Socionom	16 % (6)	49 % (18)	22 % (8)	16 % (6)	8 % (3)	100 %	0,6

Kunskaperna om betalningsansvarslagen är varierande. I tabell 1 visas att 14 % av läkarna respektive 16 % av socionomerna anser sig ha mycket god kunskap om lagen. Något fler socionomer (51 %) än läkare (36 %) har god kunskap om lagen. 50 % av läkarna har viss, mindre god eller ingen kunskap om lagen. Motsvarande siffra för socionomerna är 36 %. Man kan anta att såväl läkare som socionomer både över- och undervärderar den egna kunskapen. Något kunskapstest kring de faktiska kunskaperna om lagen har inte utförts, utan den egna kunskapen om lagen har skattats av de enskilda läkarna och socionomerna. En läkare skriver att det är bra att frågan om betalningsansvarslagen blir belyst eftersom han tror att läkare i rättspsykiatrin generellt har bristande kunskaper om lagen.

25 % av läkarna har mycket god kunskap om begreppet utskrivningsklar jämfört med 16 % av socionomerna. Läkarna har alltså något bättre kunskap om det centrala begreppet utskrivningsklar än om den lag som begreppet återfinns i. 49 % av socionomerna anser sig ha goda kunskaper om begreppet jämfört med 41 % av läkarna. 36 % av läkarna har viss, mindre god eller ingen kunskap om begreppet. Motsvarande siffra för socionomerna är 46 %. De tendenser man kan se är att socionomerna har något bättre kunskaper om betalningsansvarslagen än läkarna. Gällande begreppet utskrivningsklar har läkarna något bättre kunskaper än socionomerna. Socionomerna har bättre kunskaper om lagen än om begreppet utskrivningsklar. Ett motsatsförhållande råder för läkarna som har bättre kunskaper om begreppet utskrivningsklar än om betalningsansvarslagen. Det är dock bekymmersamt att det finns så pass stor kunskapsbrist hos såväl de läkare som socionomer som bedömer och handlägger personer enligt betalningsansvarslagen.

7.7. Vinjett 1, Mariella

Mariella är 40 år och har vårdats de senaste 20 åren inom psykiatrins slutenvård. För två år sen dömdes hon till rättspsykiatrisk vård, föranlett av att hon hotat och spottat på en ordningsvakt hon kände sig kränkt av. Hon har tidigare missbrukat då hon haft tillgång till alkohol/narkotika. Hon tar ordinerad medicin såväl peroralt som i depåinjektioner. Hennes primär diagnos är emotionellt instabil personlighetsstörning. I

vardagen klarar hon alla göromål själv. Hennes huvudsakliga svårigheter är relationer med personal och medpatienter som hon har svårt att handskas med. Personalen misstänker att Mariella sålt sexuella tjänster till medpatienter. Patienten har själv påtalat ett flertal gånger att hon tycker det är dags för utskrivning i eget boende nu. Risken för återfall i brott bedöms som låg. Däremot kan inte uteslutas att hon ägnar sig åt andra självdestruktiva praktiker, som prostitution, alkoholförtäring och eventuellt intag av andra droger. Det bedöms att patienten har låg risk för återfall i brott förutsatt att hon sköter sin medicinering och är drogfri.

7.8. Vinjett 2, Kalle

Kalle är 25 år. Han är dömd till rättspsykiatrisk vård för misshandel av en tjänsteman på Försäkringskassan. Han har vårdats i ett år. Han har en lindrig utvecklingsstörning, och fick ett psykosgenombrott i samband med att brottet begicks. Kalle har avslutat grundskola i reguljär skola. Han påbörjade gymnasistudier på Särvox, men slutade efter ett år. Han har sedan dess varit arbetslös. De senaste månaderna har Kalle två gånger i veckan gått till en daglig verksamhet och sysselsatt sig i deras caféverksamhet. Han har ingen tidigare sjukhusvistelse bakom sig. Han fungerar väl på avdelningen, men tyr sig till personalen eftersom han ibland är rädd för medpatienterna. Han har bristande kunskaper vad gäller ADL och ber ofta personalen om hjälp att visa hur man ska städa, tvätta, laga mat etc. Han har ingen kontakt med sin familj. Inga psykotiska symptom eller missbruk. Han har inte varit utagerande eller aggressiv i slutenvården. Det bedöms som att han har låg risk för återfall i brott.

7.9. Känner igen vinjetterna

Tabell 2

Känner igen liknande fall från sin yrkesvardag		Instämmer helt	Instämmer delvis	Tar delvis avstånd	Tar helt avstånd	Vet ej/ingen åsikt	Totalt	χ^2 -test
Mariella	Läkare	41 % (9)	41 % (9)	14 % (3)	5 % (1)	0	100 %	0,31
	Socionom	38 % (14)	41 % (15)	8 % (3)	5 % (1)	8 % (3)	100 %	0,31
Kalle	Läkare	45 % (10)	50 % (11)	5 % (1)	0	0	100 %	0,25
	Socionom	51 % (19)	27 % (10)	8 % (3)	8 % (3)	5 % (2)	100 %	0,25

Syftet med vinjetter är att de beskriver verklighetstroga berättelser som kan utgöra underlag för att respondenterna i en studie ska kunna bedöma fallet så som hon/han hade gjort i sin yrkespraktik. Flera respondenter lämnade synpunkter på vinjetterna. En synpunkt som framfördes från flera personer, framförallt socionomer, var att vinjetterna var för korta och gav för lite information för att det skulle kunna ligga till grund för en bedömning i verkligheten. En läkare framförde att vinjetten om Mariella är ologisk, bland annat för att kopplingen mellan hennes risk för återfall i missbruk och

återfallsrisken i brott är motsägelsefulla. Detta påverkar naturligtvis den interna validiteten i undersökningen.

De flesta läkare och socionomer instämmer dock helt eller delvis i att de känner igen liknande fall som Mariella och Kalle från sin yrkesvardag (se tabell 2). Något fler kände igen Kalles fall än Mariellas i sin yrkesvardag. Som man kan se i korstabellen ovan var det bara ett fåtal läkare och socionomer som helt eller delvis tar avstånd från att de känner igen liknande fall. En liten andel av socionomerna svarade vet ej/har ingen åsikt.

7.10. Socialtjänsten kan erbjuda ett boende

Tabell 3

Socialtjänsten kan erbjuda ett boende till		Instämmer helt	Instämmer delvis	Tar delvis avstånd	Tar helt avstånd	Vet ej/ingen åsikt	Totalt	x ² -test
Mariella	Läkare	9 % (2)	36 % (8)	32 % (7)	5 % (1)	18 % (4)	100 %	0,61
	Socionom	5 % (2)	49 % (18)	27 % (10)	11 % (4)	8 % (3)	100 %	0,61
Kalle	Läkare	41 % (9)	55 % (12)	0	5 % (1)	0	100 %	0,04
	Socionom	38 % (14)	32 % (12)	11 % (4)	8 % (3)	11 % (4)	100 %	0,04

Få läkare (9 %) och socionomer (5 %) instämmer helt i att socialtjänsten kan erbjuda ett boende till Mariella (se tabell 3). 36 % av läkarna respektive 49 % av socionomerna instämmer delvis. 32 % av läkarna och 27 % av socionomerna tar delvis avstånd. 18 % av läkarna respektive 8 % av socionomerna svarade ”vet ej/har ingen åsikt”. Gällande Kalle svarar betydligt fler läkare (41 %) och socionomer (38 %) att de instämmer helt i att socialtjänsten kan erbjuda ett boende. 55 % av läkarna och 32 % av socionomerna instämmer delvis. Det framgår alltså att såväl läkare som socionomer i högre utsträckning bedömer att Kalle kan erbjudas ett boende än motsvarande för Mariella. Detta kan dels bero på hur vinjetterna kring de båda personerna utformats. Dels spelar såväl den enskilde läkarens och socionomens yrkeserfarenhet av de båda patienttyperna in. Kanske har man bättre erfarenheter av utslussningsarbetet kring patienter som Kalle. Hos Mariella finns några komplicerande faktorer som missbruk och självskadebeteende. Troligtvis finns även bättre tillgång på boende för personer som Kalle. Han skulle kunna bo i ett gruppboende för utvecklingsstörda. Där krävs kanske inte att personalen har specifika kunskaper om rättspsykiatriska patienter som är fallet för Mariella. Tillgången på boenden anförs också som en viktig komponent i utslussningen av såväl socionomer som läkare. Vidare upplever flera socionomer patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning som svåra att hantera i kommunala boenden, speciellt om personen har ett självskadebeteende. Både Kalle och Mariella utgör två typiska rättspsykiatriska patienter. Det finns dock många fler typer av personer. Framförallt utgör personer med psykosjukdom en stor patientgrupp inom rättspsykiatrin. Eftersom patientgruppen är så diversifierad som den är valde jag ändå att fokusera på två patientfall som är lite mindre vanliga än patienter med psykosjukdom. Det hade kunnat vara bra att komplettera enkäten med en vinjett med psykosproblematik, men valdes bort av utrymmesskäl.

7.11. Särskilt boende

Tabell 4

Personen kan klara sig i särskilt boende		Instämmer helt	Instämmer delvis	Tar delvis avstånd	Tar helt avstånd	Vet ej/har ingen åsikt	Totalt	x ² -test
Mariella	Läkare	5 % (1)	46 % (10)	41 % (9)	5 % (1)	5 % (1)	100 %	0,3
	Socionom	5 % (2)	32 % (12)	30 % (11)	5 % (2)	27 % (10)	100 %	0,3
Kalle	Läkare	36 % (8)	41 % (9)	9 % (2)	0	14 % (3)	100 %	0,57
	Socionom	51 % (19)	24 % (9)	8 % (3)	0	16 % (6)	100 %	0,57

51 % av socionomerna och 36 % av läkarna bedömer att Kalle kan klara sig i särskilt boende med eller utan boendestöd (se tabell 4). Motsvarande för Mariella är 5 % av läkarna respektive socionomerna. Skillnaden är stor i hur man bedömer möjligheterna för Kalle och Mariella att klara sig i särskilt boende. 51 % av socionomerna och 36 % av läkarna instämmer helt i att Kalle kan klara ett särskilt boende. Motsvarande siffra för Mariella är marginell. Få tar dock helt avstånd till att Mariella kan klara sig i särskilt boende. De flesta instämmer delvis eller tar delvis avstånd. Det innebär att det finns en osäkerhet vad gäller Mariellas möjligheter att klara sig i särskilt boende.

Det finns en viss tveksamhet kring om Mariella kan klara ett särskilt boende både från socionomernas och från läkarnas sida. Det kan bero på tillgång till adekvata boenden, personalens kompetens att möta personer som Mariella och faktorer hos Mariella själv såsom missbruks- och våldsbänagenhet. Avseende Kalle är såväl läkare som socionomer relativt eniga om att han kan klara ett särskilt boende. Tillgången på boenden för Kalles målgrupp är säkert bättre än för Mariellas målgrupp. Faktorer hos honom själv, såsom återfallsrisk i brott kan även bidra till att påverka bedömningen att han kan klara ett särskilt boende. Man kan dock konstatera att det finns stora skillnader i hur man bedömer att Kalle och Mariella kan klara sig i ett särskilt boende. En faktor handlar om tillgång till adekvata boenden och en annan handlar om personens egen förmåga att klara sig utanför en låst sjukvårdsinrättning.

7.12. Eget boende

Tabell 5

Personen kan klara sig i eget boende med/utan boendestöd		Instämmer helt	Instämmer delvis	Tar delvis avstånd	Tar helt avstånd	Vet ej/har ingen åsikt	Totalt	x ² -test
Mariella	Läkare	0	27 % (6)	36 % (8)	36 % (8)	0	100 %	0,07
	Socionom	11 % (4)	30 % (11)	41 % (15)	11 % (4)	8 % (3)	100 %	0,07
Kalle	Läkare	23 % (5)	18 % (4)	18 % (4)	41 % (9)	0	100 %	0,04
	Socionom	22 % (8)	32 % (12)	19 % (7)	11 % (4)	16 % (6)	100 %	0,04

De flesta är tveksamma till om såväl Mariella som Kalle kan klara sig i eget boende med eller utan boendestöd. 11 % av socionomerna instämmer i att Mariella kan klara sig jämfört med 0 % av läkarna (se tabell 5). 22 % av socionomerna instämmer helt i att

Kalle kan klara eget boende jämfört med 23 % av läkarna. Socialsekreterarna är något mer positiva till att Mariella kan klara sig i eget boende. I övrigt gör socionomer och läkare väldigt lika bedömningar. Trots att eget boende med boendestöd är betydligt mindre kostsamt än ett särskilt boende bedömer alltså socionomerna som har en ekonomisk press från verksamheten likartat som läkarna som inte har något ekonomiskt ansvar i denna fråga.

Det kan handla om de resurser kommunen har att erbjuda vad gäller boendestöd. Det kan även handla om att man ställer sig tveksam till att boendeformen passar för Mariella. Tillgång till bra öppenvård från rättspsykiatri kan också spela in vid bedömningen. En stor del av både socionomer och läkare instämmer eller instämmer delvis i att Kalle kan klara ett eget boende. Kommunen kan ha ett bättre stöd att erbjuda till Kalle än vad som står till buds för Mariella. Han har kanske inte behov av tillgång till personal dygnet runt som man har i ett särskilt boende. Man kanske mer bejakar normalitetsprincipen när man bedömer Kalle, och strävar efter och ser andra målsättningar än med Mariella.

7.13. Förсенad utskrivning

Tabell 6

Personen skulle kunna skrivas ut tidigare om boende ordnats		Instämmer helt	Instämmer delvis	Tar delvis avstånd	Tar helt avstånd	Vet ej/har ingen åsikt	Totalt	x ² -test
Mariella	Läkare	27 % (6)	23 % (5)	14 % (3)	14 % (3)	5 (23 %)	100 %	0,04
	Socionom	3 % (1)	14 % (5)	19 % (7)	24 % (9)	41 % (15)	100 %	0,04
Kalle	Läkare	36 % (8)	18 % (4)	9 % (2)	18 % (4)	18 % (4)	100 %	0,01
	Socionom	5 % (1)	32 % (12)	8 % (3)	14 % (5)	43 % (16)	100 %	0,01

På frågan om personen skulle kunna ha blivit utskriven tidigare instämmer 27 % av läkarna helt avseende Mariella jämfört med 3 % av socionomerna (se tabell 6). 36 % av läkarna och 34 % av socionomerna instämmer helt gällande Kalle. En stor andel ”vet ej/har ingen åsikt”. Frågan är mycket hypotetisk och formulerad på ett lite otydligt sätt. Detta bidrar till att sänka den interna validiteten på frågan. Signifikansnivån är dock mycket hög. 0,04 för Mariella och 0,01 för Kalle. Frågan syftar till att belysa om kommunernas tillgång på boende leder till att patienter är inskrivna längre i rättspsykiatrisk slutenvård. En läkare lyfter att det troligen inte varit aktuellt att skriva ut patienterna tidigare eftersom de vårdats relativt kort tid (två år). Svaren visar ändå på en tendens att det är svårt att skriva ut patienter eftersom boende saknats. Processen kompliceras av att kommunerna fram till 2008 inte hade något formaliserat ansvar för rättspsykiatriska patienter på så kallad långtidspermission. Idag kan patienten beviljas öppen rättspsykiatrisk vård om Förvaltningsrätten beslutar så. Dock krävs att patienten har ett ordnat boende innan öppen vård beviljas. Detta kan leda till fördröjda utskrivningar om kommunen inte kan ordna boende. Betalningsansvaret inträder 30 dagar efter det att beslut fattats om öppen rättspsykiatrisk vård. Patienten kan då i

praktiken bli kvar inom slutenvården trots att han/hon är färdigbehandlad och utan att betalningsansvar inträder. Flera läkare instämmer i påståendet avseende både Mariella (27 %) och Kalle (36 %), och socionomerna gällande Kalle (35 %). Det ger en indikation på att det mellan vissa kommuner och rättspsykiatriska kliniker inte alltid fungerar tillfredsställande avseende utslussning av patienter enligt LRV och betalningsansvarslagen.

7.14. Utskrivningsklar?

Tabell 7

Personen bedöms som		Utskrivningsklar	Ska stanna i sjukvården	Totalt	x ² -test
Mariella	Läkare	77 % (17)	23 % (5)	100 %	0,92
	Socionom	78 % (29)	22 % (8)	100 %	0,92
Kalle	Läkare	91 % (20)	9 % (2)	100 %	0,28
	Socionom	97 % (36)	3 % (1)	100 %	0,28

På frågan om personen är utskrivningsklar gör läkare och socionomer mycket lika bedömningar. 77 % av läkarna bedömer att Mariella är utskrivningsklar jämfört med 78 % av socionomerna (se tabell 7). 91 % av läkarna bedömer Kalle som utskrivningsklar jämfört med 97 % av socionomerna. Således anser de flesta att både Kalle och Mariella är utskrivningsklara. Det innebär att de inte behöver kvalificerad dygnetruntsjukvård på en sjukvårdsinrättning. När samhällsskyddsaspekten vägts in i förvaltningsrättens bedömning om öppen rättspsykiatrisk vård kan patienten skrivas ut alternativt få öppen rättspsykiatrisk vård. Efter 30 dagar från beslutet överförs betalningsansvaret till kommunen. Det är ett incitament för att skapa bostäder till målgruppen, och härstammar från Ädelreformen 1989. Som konstaterats ovan anser såväl läkare som socionomer att patienterna är utskrivningsklara. Kommunen ska då överta ansvaret och kunna erbjuda passande boende till personen. Som vi har sett tidigare i uppsatsen bedömer dock såväl socionomer som läkare att kommunen inte alltid kan ge insatser till dessa patienter, som nu alltså konstaterats utskrivningsklara. Begreppsförvirring kan ha rätt gällande hur LRV och betalningsansvarslagen förhåller sig till varandra. Det finns indicier som talar för att samverkan mellan de rättspsykiatriska klinikerna och kommunernas socialtjänst inte alltid fungerar optimalt och enligt lagstiftarens intentioner, gällande betalningsansvarslagen. Dock bör påtalas att man redan tidigare haft samverkansavtal gällande betalningsansvar för LRV-patienter på permission mellan vissa kommuner och landsting.

7.15. Utskrivningsklar, definition

Tabell 8

Bedömning av utskrivningsklar		Mycket viktigt	Viktigt	Mindre viktigt	Oviktigt	Vet ej/ingen åsikt	Totalt	x ² -test
Dygnetruntsjukvård	Läkare	55 % (12)	36 % (8)	0	5 % (1)	5 % (1)	100 %	0,02
	Socionom	68 % (25)	8 % (3)	8 % (3)	0	16 % (6)	100 %	0,02
Återfallsrisk i brott	Läkare	68 % (15)	27 % (6)	5 % (1)	0	0	100 %	0,18
	Socionom	57 % (21)	19 % (7)	5 % (2)	0	19 % (7)	100 %	0,18
Psykiatriska symtom	Läkare	68 % (15)	27 % (6)	5 % (1)	0	0	100 %	0,17
	Socionom	57 % (21)	19 % (7)	5 % (2)	0	19 % (7)	100 %	0,17
Sjukdomsinsikt	Läkare	5 % (1)	55 % (12)	32 % (7)	5 % (1)	5 % (1)	100 %	0,11
	Socionom	19 % (7)	46 % (17)	16 % (6)	0	19 % (7)	100 %	0,11
Följsamhet till medicinering	Läkare	27 % (7)	59 % (13)	9 % (2)	0	5 % (1)	100 %	0,09
	Socionom	49 % (18)	32 % (12)	3 % (1)	0	16 % (6)	100 %	0,09

Ovan redovisas hur läkare och socionomer bedömer olika faktorer tyngd för bedömning om någon är utskrivningsklar. 55 % av läkarna respektive 68 % av socionomerna anser att dygnetruntsjukvård är mycket viktigt (se tabell 8). 68 % av läkarna och 57 % av socionomerna bedömer att återfallsrisk i brottslighet är mycket viktigt. 68 % av läkarna och 57 % av socionomerna tycker att psykiatriska symtom är mycket viktiga för bedömningen om en patient är utskrivningsklar. Endast 5 % av läkarna och 19 % av socionomerna anser att sjukdomsinsikt är mycket viktigt. Av läkarna anser 27 % att följsamhet till medicinering är mycket viktigt i förhållande till 49 % av socionomerna. Såväl behov av dygnetruntsjukvård, återfallsrisk i brottslighet som psykiatriska symtom tycker såväl läkare som socionomer är mycket viktigt. Socionomerna (49 %) tycker även att följsamhet till medicinering är mycket viktigt. Sjukdomsinsikt är viktigt, anser båda yrkesgrupperna.

Enligt lagstiftarens intentioner till betalningsansvarslagen är en person utskrivningsklar när en läkare bedömer att personen inte är i behov av dygnetruntsjukvård. Det är således det viktigaste rekvisitet för att bedöma när någon är utskrivningsklar. När en bedömning görs om en person som är dömd till rättspsykiatrisk vård tillförs ett flertal andra faktorer som i förlängningen kan härledas till samhällsskyddsaspekten/återfallsrisk i brott. Det påpekas i enkätsvaren att missbruk även är en viktig variabel att ta hänsyn till.

7.16. Ekonomiska faktorer

Tabell 9

Ekonomiska faktorer		Instämmer helt	Instämmer delvis	Tar delvis avstånd	Tar helt avstånd	Vet ej/har ingen åsikt	Totalt	x ² -test
Läkare	Läkare	0	36 % (8)	27 % (6)	27 % (6)	9 % (2)	100 %	0,0
	Socionom	19 % (7)	46 % (17)	8 % (3)	0	27 % (10)	100 %	0,0
Socialekreterare	Läkare	50 % (11)	32 % (7)	9 % (2)	5 % (1)	5 % (1)	100 %	0,01
	Socionom	5 % (1)	32 % (12)	8 % (3)	14 % (5)	43 % (16)	100 %	0,01

19 % av socionomerna anser att ekonomiska faktorer påverkar läkares bedömningar om någon är utskrivningsklar i förhållande till endast 0 % av läkare (se tabell 9). Fler läkare (36 %) instämmer delvis och 46 % av socionomerna gör samma bedömning. 50 % av läkarna anser att socialsekreterarna påverkas av ekonomiska faktorer i sina bedömningar och endast 5 % av socionomerna delar den uppfattningen. 32 % av socionomerna och läkarna instämmer delvis i påståendet.

En stor andel läkare anser att socionomerna påverkas av ekonomiska faktorer. Endast en socionom är av samma uppfattning. Socionomerna är troligtvis mer styrda av ekonomiska faktorer än vad läkarna är. Läkarna har mindre press på sig att skriva ut patienter inom rättspsykiatri än inom övriga sjukvården. I vissa landsting på de så kallade regionklinikerna får man pengar från andra landsting för att vårda deras patienter. Socialförvaltningarna har större ekonomisk press på sig och den enskilda socialsekreteraren har ett begränsat handlingsutrymme. Mellan raderna anar man att läkarna ibland anser att deras patienter inte är prioriterade av socialtjänsten. Man anser också ibland att patienterna inte får det stöd de är berättigade till. Läkare på regionklinikerna belyser hur olika det kan se ut mellan olika kommuner gällande handläggning och beviljade insatser från kommun till kommun. Det är lite svårt att förstå att såpass få av socionomerna är självkritiska i denna fråga. Naturligtvis gäller motsvarande även för läkarna. Om man är konspirationsteoretiker kan man tänka sig att patienter ibland inte blir utskrivna för att de ger ekonomiska intäkter till kliniken.

7.17. Professionalism

Tabell 10

Professionalism		Instämmer helt	Instämmer delvis	Tar delvis avstånd	Tar helt avstånd	Vet ej/har ingen åsikt	Totalt	x ² -test
Läkare	Läkare	91 % (20)	9 % (2)	0	0	0	100 %	0,01
	Socionom	46 % (17)	30 % (11)	3 % (1)	0	22 % (8)	100 %	0,01
Socialsekreterare	Läkare	23 % (5)	55 % (12)	5 % (1)	0	18 % (4)	100 %	0,01
	Socionom	76 % (28)	11 % (4)	3 % (1)	0	11 % (4)	100 %	0,01

91 % av läkarna anser att läkare gör en professionell bedömning av utskrivningsklara patienter (se tabell 10). 46 % av socionomerna instämmer. 23 % av läkarna tycker att socionomerna är professionella jämfört med 76 % av socionomerna. Läkarna anser själva i mycket hög utsträckning att de gör professionella bedömningar. Uppfattningen delas av en stor andel socionomer. I det omvända förhållandet tycker en fjärdedel av läkarna att socionomer gör professionella bedömningar och tre fjärdedelar av socionomerna själva. Orsakerna till dessa uppfattningar kan vara många. Bland annat har läkarna en längre utbildning och en högre yrkesstatus än socionomerna. De har också en stor självständighet och handlingsfrihet jämfört med socionomerna. Det går heller inte att bortse att många av läkarna är medelålders män med lång yrkesvana jämfört med socionomerna där en stor andel är kvinnor och många är yngre än läkarna och med kortare yrkeserfarenhet. Socionomerna styrs av gällande lagstiftning i hög grad

gällande handläggningen av dessa patienter, men även av lokala regelverk och riktlinjer. Läkarna å sin sida är begränsade av förvaltningsrättens beslut. Dock kan man bära med sig att chefsöverläkaren och Förvaltningsrätten sällan har divergerande uppfattningar om enskilda ärenden.

På grund av stort internt bortfall är enkätfrågan om vårdideologiska motiv för bedömningen av om en patient är utskrivningsklar inte med i analysen.

7.18. Andra faktorer: Läkare

Respondenterna har haft möjlighet att lyfta andra faktorer som påverkar handläggningen av utskrivningsklara patienter.

En läkare skriver att han många gånger fått ha en pragmatisk inställning för att patienten inte ska ”hamna mellan stolarna”. Exakt hur han menar är svårt att ta ställning till. Men det indikerar att det inte råder ett friktionsfritt förhållande mellan kommun och sjukvård, och där patienten kan bli lidande av bristen på samverkan mellan huvudmännen.

Hur ärendet hanteras i Förvaltningsrätten är en annan faktor, samt hur åklagaren ställer sig till öppen rättspsykiatrisk vård. Åklagare konsulteras alltid av Förvaltningsrätten innan förhandling om öppen rättspsykiatrisk vård för att ge synpunkter angående samhällsskyddsaspekten.

En läkare lyfter upp det mediala klimatet som en aspekt av hur läkarna påverkas i sina. Platsbristen inom slutenvården tas upp av såväl socionomer som läkare.

En annan läkare belyser svårigheterna med att göra riskbedömningar av patienter.

Riskbedömningar är ett helt eget vetenskapsområde. Det som belyses är dock att det är svårt att göra absolut träffsäkra bedömningar där man med hjälp av riskbedömningsinstrument kan förutse framtida våldshandlingar.

En annan intressant aspekt som en läkare tar upp är att kollegornas inställning har betydelse för bedömningen.

7.19. Andra faktorer: Socionomer

En läkare lyfter att berörd revisor har del i socionomernas bedömning av utskrivningsklara patienter.

Både socionomer och läkare skriver om bristen på adekvata boenden. En socionom anför även att väntelistor och platsbrist på boenden kan fördröja arbetet. Samma person skriver att man ibland inte får placera efter klientens behov för att det är för dyrt för att kommunens budget ska hålla.

En socionom skriver om brist på stöd från öppenvårdspsykiatrin. I landet finns olika förutsättningar för öppenvård för LRV-patienter. Kopplat till de flesta rättspsykiatriska kliniker finns öppenvårdsmottagningar av olika karaktär. I vissa delar av landet och för vissa patienter även på andra håll sköts öppenvårdskontakten i den reguljära psykiatrin. Lite tillspetsat skriver en socionom ”Sjukvården ser det sjuka, socionomer ser det friska och möjligheter”. I kontrast till det skriver en läkare om socialtjänstens rädsla för rättspsykiatrins patienter.

För att socionomen ska kunna besluta om insatser krävs att det finns bra underlag från psykiatrin för att kunna göra en utredning. Den enskildes inställning till insatsen är viktig eftersom socialtjänstens insatser bygger på frivillighet. I Göteborg skriver man i samband med en samordnad vårdplanering ett så kallat psykiatriskt bedömningsunderlag. Där skriver alla olika yrkeskategorier som kommit i kontakt med patienten en bedömning utifrån sin yrkesroll. En läkare skriver att det i princip alltid blir problem när en patient ska slussas ut. Han hänför det till att betalningsansvaret övergår till kommunen.

8. Diskussion

Betalningsansvarslagen kom till i en tid präglad av sociala reformer. Den på 90-talet rådande vårdideologin, uppbackad av patientorganisationer som RSMH, ville att mentalsjukhusen skulle stängas och att patienterna skulle bli fria från institutionslivet och flytta ut i samhället. Psykiatrireformen som följde i Ädelreformens fotspår hade som målsättning att de psykiskt sjuka skulle få en bättre livskvalitet. Denna skulle de få genom att leva ett liv som andra i samhället. Redan tidigt under reformen kunde man förstå att kommunerna inte skulle kunna klara att tillgodose bostäder och social service till de psykiskt sjuka. Att många av patienterna som vårdats på de gamla mentalsjukhusen blivit hospitaliserade tog man nog inte med i beräkningen. Istället för att se psykiskt sjuka patienter såg man psykiskt funktionshindrade personer. Samverkanssvårigheter mellan kommuner och landsting uppstod och det har sedan dess varit svårt att förena de olika huvudmännens syn på psykiskt sjuka.

I min undersökning verkar det dock som att läkarna och socionomerna är ganska överens när det rör rättspsykiatrins patienter. Man gör likartade bedömningar av när patienterna i vinjetterna är utskrivningsklara. Dock ska man nog akta sig för att dra slutsatsen att man är så rörande överens när det kommer till det enskilda fallet i den verkliga tillämpningen.

Betalningsansvarslagen är svår att placera in i ett fack vad gäller lagstiftningstekniker. Den är utformad som en detaljerad lag i det att den stipulerar när betalningsansvaret inträder, men är också mer allmänt hållen när det gäller frivilliga samarbetsavtal mellan kommuner och landsting. En detaljerad lag utformas för att den ska vara ett direkt styrmedel för att uppnå en samhällelig förändring. Styrningen i betalningsansvarslagen är ekonomiska incitament genom att betalningsansvaret övergår från landstinget till kommunen efter trettio dagar. En detaljerad lag kan vara stelbent, och det är viktigt att reformen som lagen är en del av har en bred förankring hos befolkningen för att den ska tillämpas på avsett vis. Motsatsen till detaljerad lagstiftning är ramlagstiftning. En ramlag ger större handlingsutrymme åt tillämpande myndigheter. Begreppet ”fritt skön” innebär att den enskilde beslutsfattaren har en valmöjlighet kring hur hon eller han ska handla där lagstiftningen inte detaljregleras. Denna tolkningsfrihet finns inbyggd i lagstiftningen som en del av lagstiftningens intention, exempelvis vad gäller socialtjänstlagen. Gällande betalningsansvarslagen är det svårare att i förarbetena se något stöd för att lagen ska tillämpas olika för olika personer. Dock ges möjligheter för den enskilda tillämparen att tolka delar av lagen med fritt skön.

Genom enkätstudien kan vi dock se att man tillämpar lagen olika för olika personer och beroende på vilken läkare eller handläggare man möter. Läkaren har makten att bedöma om en patient är utskrivningsklar. Det är en självständig bedömning som i första hand grundar sig på läkarens professionella bedömning snarare än på en detaljstyrd lagstiftning. Det enda kriteriet som anges i förarbetena till betalningsansvarslagen är behovet av dygnetrutsjukvård. Då patienten vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård kompliceras bedömningen. Läkaren har även att ta hänsyn till åklagares yttrande och Förvaltningsrättens beslut. Det är dock högst troligt att det är läkaren som har den reella makten genom att initiera en utskrivning med en ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård. Betalningsansvarslagen och lagen om rättspsykiatrisk vård är inte helt kongruenta med varandra. De har inte skapats i samklang som en del av ett

gemensamt reformpaket. Betalningsansvarslagen var från början inte tillämplig för patienter i rättspsykiatrin. Genom frivilliga överenskommelser övertog vissa kommuner betalningsansvaret för patienter på långtidspermission. Först efter att öppen rättspsykiatrisk vård blivit en del av lagen om rättspsykiatrisk vård har betalningsansvarslagen blivit tillämplig för dessa patienter. Jag vill påstå att det är en samhällsekonomisk förlust att ha utskrivningsklara patienter kvar inom rättspsykiatrin. De flesta rättspsykiatriska kliniker kan med hänvisning till samhällsskyddsaspekten lyfta ganska stora ekonomiska resurser. Man har möjlighet att ha en hög personalbemanning för att upprätthålla säkerheten. I jämförelse med övrig psykiatri och kommunala boenden är min uppskattning att rättspsykiatrin har jämförelsevis stora personalresurser. Givetvis bör rättspsykiatrin ges förutsättningar att arbeta med svårt psykiskt sjuka människor som vårdas mot sin vilja under många år. Det blir en speciell atmosfär där personalen har möjlighet att etablera långvariga behandlingsallianser med personer som i den reguljära psykiatrin är svåra att upprätthålla kontakten med. De är dessutom dömda för brott. Därför är det oerhört viktigt att patienterna har en fungerande öppenvårdkontakt med rättspsykiatrin eller annan vårdgivare om de efter en period kommer ut i öppen rättspsykiatrisk vård.

När patienten är utskrivningsklar bör han/hon skrivas ut till öppnare former, i enighet med lagstiftarens intentioner till lagändringen om öppen rättspsykiatrisk vård. Patienten ska inte vara kvar på kliniken för att något boende inte finns att tillgå, eller för att det är bekvämt att ha kvar patienten på sin regionklinik för att inkassera pengar från andra landsting.

En stor skillnad mellan rättspsykiatrin och boende i socialtjänstens regi är möjligheten för personalen att använda tvång. Som flera socionomer uttryckt i enkätstudien är det inte förenligt med socialtjänstlagen att utöva tvång. Rättspsykiatrin har ibland orealistiska förväntningar på vad socialtjänsten och boendena kan åstadkomma. Patienterna vårdas alltså enligt en tvångslagstiftning, men det är inte socialtjänsten utan rättspsykiatrin som ansvarar för tvångsåtgärder av olika slag. Man har traditionellt sett olika kulturer inom sjukvård och socialtjänst. Det vore naivt att tro att dessa skillnader helt har suddats ut. En ung socionom visar tydligt att skillnader finns genom att hävda att läkare ser det sjuka och socionomerna det friska. Man ska inte förbise att man troligtvis har olika syn på patienterna mellan socialtjänst och sjukvård, men också mellan olika rättspsykiatriska kliniker, men heller inte överdriva skillnaderna. De olika synsätten kan skapa slitningar mellan läkare och socionomer när de ska samarbeta kring en patient. Dessutom har läkarna (eller kanske snarare övrig personal från rättspsykiatrin) ibland orealistiska förväntningar på vad den enskilde socionomen kan åstadkomma vad gäller boendefrågan. Läkarna kan ha en ”önskelista” på boenden som patienten bör få komma till. En socionom skriver i enkäten att läkare rent av lovar patienter att få komma till ett visst boende. Dessa intrång på varandras domäner gynnar inte patienten. Trots att läkaren har kunskap om vilket boende som han/hon tror skulle passa patienten är det socionomen som genom sin utredning och sin professionella bedömning ska besluta i denna fråga. Som enkäten visar betror läkare inte socionomerna i någon större utsträckning avseende deras professionella bedömningar.

Samarbetet kring den enskilda patienten måste komma till stånd för att ta ett gemensamt ansvar för patienten. Boendepersonal eller boendestödjare träffar patienterna ofta och har möjlighet att observera tidiga tecken på försämring av den psykiska hälsan. Givetvis

ska de då ta kontakt med rättspsykiatri som får bedöma om vilka sjukvårdande eller samhällsskyddande åtgärder som eventuellt behövs.

På många håll fungerar samarbetet mellan kommuner och landsting bra. Det finns goda exempel på samverkan. Framförallt verkar det fungera bra i storstäderna. Där finns troligtvis bättre utbyggd samverkan och fler boendeformer. En anledning att inte ansöka om öppen rättspsykiatrisk vård kan i det enskilda fallet vara boendebudet. Arsenalen av särskilda boenden för rättspsykiatriska patienter är i många fall begränsad. Utbudet är dåligt differentierat och det kan vara svårt att hitta ett boende som har kompetens och resurser att klara av vissa målgrupper. Särskilt komplicerat kan det bli om en patient har en psykisk störning och ett missbruk, något som för övrigt är vanligt förekommande. För vissa målgrupper finns väl utbyggda boenden, exempelvis för patienter med neuropsykiatriska diagnoser eller utvecklingsstörning. Det händer dock att man inte vill ta emot patienter från rättspsykiatri. En rädsla och okunskap om patientgruppen kan finnas hos såväl den enskilda handläggaren från kommunen som från boendepersonalens sida.

Rättspsykiatri har här en viktig och ibland försummad uppgift att fortbilda personalen. Att erbjuda boendepersonalen en kortare utbildning eller information om rättspsykiatrisk vård i allmänhet och om patienten skulle kunna vara värdefullt. Och på vissa håll finns personalresurserna för det. Eftersom rättspsykiatri har långa vårdtider och etablerade relationer med patienterna finns också mycket kunskap som bör överföras till boendet för att få en lyckad utslussning. Initial eller återkommande handledning för boendepersonalen kring den enskilda patienten kan också vara en metod för att säkerställa att patienten kan hanteras på ett tryggt sätt i boendet, men kan även överbrygga rädsla hos personalen och underlätta framtida kontakter kring patienten. I vissa fall är det önskvärt att patienten har möjlighet att ha långvarig kontakt med personal från den avdelning han/hon varit inlagd på och möjlighet att återinläggas på samma avdelning vid försämring. I andra fall är det mer passande att patienten har en öppenvårdskontakt med någon från rättspsykiatriens öppenvårdsmottagning. Detta är viktigt av framförallt två orsaker. Dels är det viktigt för att förbättra patientens livskvalitet och dels för att förhindra psykiskt lidande. Det är även viktigt för att förebygga återfall i brott och för att skydda samhället. Den andra viktiga aspekten är den samhällsekonomiska; att minska beroendet av dyr slutenvård och möjliggöra mer kostnadseffektiva boende- och öppenvårdslösningar. Möjligheten för privata företag att etablera sig och driva särskilda boenden med ett differentierat utbud av boenden för patienter med olika typer av behov är också mycket viktig. På så vis kan exempelvis personal som tidigare arbetat inom rättspsykiatri vara med och öppna boenden med såväl psykiatrisk som social kompetens, något som är viktigt för många patienter vid val av boende.

Lagen om öppen rättspsykiatrisk vård är relativt ny och i sin linda. Forskning och utvärdering av hur lagen tillämpas behövs i framtiden. Såväl kvalitativa studier med patienter och professionella från enskilda kliniker och kommuner som kvantitativa registerstudier och enkätstudier behövs. Mer kunskap om socialtjänstens roll vid öppen rättspsykiatrisk vård efterfrågas. Kommer ett mer differentierat utbud av boenden att finnas? Vad bidrar privata boendebud med för målgruppen? Vad är kuratorernas respektive socionomernas i kommunernas roll i relation till patienten i öppenvård? Det finns många forskningsområden för framtida c-uppsatsskrivare och forskare!

Referenser

- Alexius Borgström, Katarina (2009): *Rättsdogmatik* i Hollander, Anna & Katarina Alexius Borgström (2009): *Juridik och rättsvetenskap i det sociala arbetet*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Bergh, Elisabeth (2008): *Regionala Samarbetsprojekt i Norrbottens län - Socialtjänsten, psykiatrin och primärvården*. Luleå tekniska universitet: Institutionen för arbetsvetenskap.
- Bryman, Alan (2011): *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Björling, Göran & Löfberg, Silvia red. (2007) *Vårdkedjeprojektet, del 2 - Framtidens vårdkedja - en motorväg med smidiga av- och påfarter*. NU-sjukvården, Psykiatriska kliniken, Vårdkedjeprojektet.
<http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa/nationellpsykiatrisamordning2005-2007/Documents/F11Vardkedjeprojektetslutrapport2006.pdf>
- Djurfeldt, Göran, Larsson Rolf & Stjärnhagen, Ola (2010): *Statistisk verktygslåda 1 : samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Ds 1989:27: *Ansvar för äldreomsorgen: rapport från Äldredelegationen*.
- Elofsson, Stig (2005): *Kvantitativ metod* i Larsson, Sam, Lilja John & Mannheimer, Katarina (red.) (2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Hetzler, Antoinette (1984): *Rättens roll i socialpolitiken*. Liber: Stockholm.
- Hollander, Anna & Alexius Borgström, Katarina (2005): *Rättsvetenskapliga metoder* i Larsson, Sam, Lilja John & Mannheimer, Katarina (red.) (2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Hollander, Anna (2009): *Rättssociologi* i Hollander, Anna & Alexius Borgström, Katarina (2009): *Juridik och rättsvetenskap i det sociala arbetet*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Hydén, Håkan (2002): *Rättssociologi som rättsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Jorgeby, Ulla (1999): *Att bedöma en social situation: Tillämpning av vinjettmetoden*. Stockholm: Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete. Norstedts.
- Lidberg, Lars (red.) (2000): *Svensk rättspsykiatri - en handbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindkvist, Carina (2007): *Boendeformer för personer med psykiska funktionshinder dömda till rättspsykiatrisk vård: En kartläggning och förslag till samverkan*. Växjö universitet: Inst. för vårdvetenskap och socialt arbete.
- Prop. 1987/88:176: *Om äldreomsorgen inför 90-talet*
- Prop. 1993/94:253 *Ekonomisk reglering för år 1995 mellan landsting och kommuner med anledning av ökat kommunalt ansvar för psykiskt störda*.
- Prop. 2002/03:20 *Samverkan mellan kommuner och landsting inom omsorgsområdet*.

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

SFS 1962:700 *Brottsbalk*

SFS 1990:1404 *Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.*

SFS 1991:1129 *Lag om rättspsykiatrisk vård.*

Socialstyrelsen (2009): *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård: handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2008): *Ett gemensamt ansvar: Om samverkan mellan rättspsykiatrisk vård och socialtjänst.* Umeå: Socialstyrelsen.

SOU 1992:73: *Psykiskt störda - välfärd och valfrihet - service, stöd och vård för psykiskt störda*

SOU 2006:91: *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare.*

SOU 2006:100: *Ambition och ansvar: nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder : slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning*

Vetenskapsrådet (1990): *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.*

<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Bilaga 1

Enkät om utskrivningsklara patienter inom rättspsykiatri

Hej! Jag genomför just nu en studie vid institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet. Min handledare är Gustav Svensson, docent i socialrätt:

gustav.svensson@socwork.gu.se Jag är intresserad av att veta mer om hur läkare och socialsekreterare/biståndsbedömare som arbetar med rättspsykiatriska patienter tillämpar lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Syftet är att studera faktorer som påverkar patienternas utslussning från sjukvården ut i samhället. Jag har under drygt tre år arbetat som behandlingsassistent inom Rättspsykiatriska vårdkedjan i Göteborg. Webbenkäten innehåller ett antal bakgrundsfrågor samt två vinjetter (korta berättelser om fiktiva patienter) där du får ta ställning till ett antal påståenden. Enkäten tar ungefär fem minuter att fylla i. Jag förstår att du kanske har svårt att ta dig den tiden. Ditt deltagande är mycket uppskattat! Klicka på länken nedan för att komma till enkäten! Jag behöver ha din enkät innan Onsdag 7:e november! När studien är publicerad kommer jag att skicka en länk till uppsatsen till din verksamhet. Jag följer Vetenskapsrådets forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning. Insamlade data kommer behandlas konfidentiellt och bakgrundsdata kommer avkodas i den färdiga uppsatsen. Kontakta mig gärna via mail om du har några frågor eller synpunkter!
guswohri@student.gu.se Tack på förhand! Rickard Wohlert Socionomstudent Inst. för Socialt arbete, Göteborgs universitet

*Obligatorisk

Bakgrundsfrågor

1. Vilket yrke har du? *

- Läkare
- Socionom
- Övrigt:

2. Var arbetar du? *Välj den verksamhet, inom rättspsykiatri eller socialtjänst som du

arbetar inom:

3. Ålder *

4. Kön *

- Man
- Kvinna

5. Antal år i yrket *Totalt antal år som examinerad läkare eller socionom

Frågor om begreppet utskrivningsklar

6. Mina kunskaper om följande: *

	Ingen kunskap	Mindre god kunskap	Viss kunskap	God kunskap	Mycket god kunskap
Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Begreppet "utskrivningsklar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Hur viktiga är följande kriterier i bedömningen av om en patient är utskrivningsklar? *

	Oviktigt	Mindre viktigt	Vet ej/har ingen åsikt	Viktigt	Mycket viktigt
Behov av dygnet-runt-sjukvård	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risk att återfalla i brott	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Förekomst av psykiatriska symtom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Oviktigt	Mindre viktigt	Vet ej/har ingen åsikt	Viktigt	Mycket viktigt
Sjukdomsinsikt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Följsamhet till medicinering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Jag tror att socialsekreterares handläggning av utskrivningsklara patienter påverkas av:*

	Tar helt avstånd	Tar delvis avstånd	Vet ej/har ingen åsikt	Instämmer delvis	Instämmer helt
Vårdideologiska aspekter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ekonomiska faktorer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professionella bedömningar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Annat som kan påverka socialsekreterares handläggning av utskrivningsklara patienter:

10. Jag tror att läkares bedömning att patienter är utskrivningsklara påverkas av: *

	Tar helt avstånd	Tar delvis avstånd	Vet ej/har ingen åsikt	Instämmer delvis	Instämmer helt
Vårdideologiska aspekter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ekonomiska faktorer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professionella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tar helt Tar delvis Vet ej/har Instämmer Instämmer
avstånd avstånd ingen åsikt delvis helt

bedömningar

11. Annat som kan påverka läkares bedömning att patienter är
utskrivningsklara:

Vinjett 1, Mariella

Nedan presenteras en så kallad vinjett, eller kort fallbeskrivning av en patient. Läs igenom texten och besvara därefter frågorna som följer.

12. Läs igenom texten och besvara därefter frågorna *Mariella är 40 år och har vårdats de senaste tjugo åren inom psykiatrins slutenvård. För två år sen dömdes hon till rättspsykiatrisk vård, föranlett av att hon hotat och spottat på en ordningsvakt hon kände sig kränkt av. Hon har tidigare missbrukat då hon haft tillgång till alkohol/narkotika. Hon tar ordinerad medicin såväl peroralt som i depåinjektioner. Hennes primärdiagnos är emotionellt instabilt personlighetsstörning. I vardagen klarar hon alla göromål själv. Hennes huvudsakliga svårigheter är relationer med personal och medpatienter som hon har svårt att handskas med. Personalen misstänker att Mariella sålt sexuella tjänster till medpatienter. Patienten har själv påtalat ett flertal gånger att hon tycker det är dags för utskrivning i eget boende nu. Risken för återfall i brott bedöms som låg. Däremot kan inte uteslutas att hon ägnar sig åt andra självdestruktiva praktiker, som prostitution, alkoholförtäring och eventuellt intag av andra droger. Det bedöms att patienten har låg risk för återfall i brott förutsatt att hon sköter sin medicinering och är drogfri.

Tar helt Tar delvis Vet ej/har Instämmer Instämmer
avstånd avstånd ingen åsikt delvis helt

Jag känner igen
liknande patientfall
från min yrkesvardag.

Socialtjänsten har
möjlighet att erbjuda
ett passande boende
till patienten.

Tar helt Tar delvis Vet ej/har Instämmer Instämmer
avstånd avstånd ingen åsikt delvis helt

Jag tror att patienten kommer att klara sig i eget boende med/utan boendestöd.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Socialtjänsten kommer att klara av att hantera patienten i ett särskilt boende.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Tror du att patienten skulle kunna ha skrivits ut tidigare om boende kunnat ordnas?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

13. Jag bedömer att Mariella är: *

- utskrivningsklar
- bör stanna i sjukvården

Vinjett 2, Kalle

Nedan presenteras en så kallad vinjett, eller kort fallbeskrivning av en patient. Läs igenom texten och besvara därefter frågorna som följer.

14. Läs igenom texten och besvara därefter frågorna *Kalle är 25 år. Han är dömd till rättspsykiatrisk vård för misshandel av en tjänsteman på försäkringskassan. Han har vårdats i ett år. Han har en lindrig utvecklingsstörning, och fick ett psykosgenombrott i samband brottet begicks. Kalle har avslutat grundskola i reguljär skola. Han påbörjade gymnasistudier på Särvox, men slutade efter ett år. Han har sedan dess varit arbetslös. De senaste månaderna har Kalle två gånger i veckan gått till en daglig verksamhet och sysselsatt sig i deras caféverksamhet. Han har ingen tidigare sjukhusvistelse bakom sig. Han fungerar väl på avdelningen, men tyr sig till personalen eftersom han ibland är rädd för medpatienterna. Han har bristande kunskaper vad gäller ADL och ber ofta personalen om hjälp att visa hur man ska städa, tvätta, laga mat etc. Han har ingen kontakt med sin familj. Inga psykotiska symptom eller missbruk. Han har inte varit utagerande eller aggressiv i slutenvården. Det bedöms som att han har låg risk för återfall i brott.

Tar helt avstånd Tar delvis avstånd Vet ej/har ingen åsikt Instämmer delvis Instämmer helt

Jag känner igen liknande patientfall från min yrkesvardag.

Socialtjänsten har möjlighet att erbjuda ett passande boende till patienten.

Jag tror att patienten kommer att klara sig i eget boende med/utan boendestöd.

Socialtjänsten kommer att klara av att hantera patienten i ett särskilt boende.

Tror du att patienten skulle kunna ha skrivits ut tidigare om boende kunnat ordnas?

15. Jag bedömer att Kalle: *

- är utskrivningsklar
- bör stanna i sjukvården

Övrigt

Tack för din medverkan!

16. Övriga frågor och synpunkter på

enkäten.



Från [Google Dokument](#)[Anmäl otillåten användning](#) - [Användarvillkor](#) - [Ytterligare villkor](#)