

Lunds Universitet
Sociologiska institutionen
Avdelningen för Rättssociologi
Handledare: Annika Staaf
Examinator: Per Wickenberg

Perspektiv på rättssäkerhet och rättsskydd vid LPT-mål

Caroline von Malortie
RÄS 640 (41-60)
VT-2003

Innehållsförteckning

1. Inledning	3
1.1 Problemformulering	3
1.2 Syfte och frågeställningar	4
2. Teoretiska utgångspunkter	5
2.1 Juridiska utgångspunkter	5
2.1.1 <i>Den rättsliga förhandlingens former</i>	8
2.2 Sociologiska teorier	11
2.2.1 <i>Diskursanalys</i>	11
2.2.2 <i>Socialkonstruktionism</i>	14
2.3 Tidigare forskning kring svenska förhållanden inom psykiatri	15
2.3.1 <i>Socialstyrelsens undersökning om effekter av ändringar i de psykiatriska tvångslagarna</i>	19
2.3.2 <i>Socialstyrelsen i rapport till regeringen: uppföljning och granskning av den psykiatriska tvångsvården</i>	21
3. Metod	22
3.1 Tillvägagångssätt	22
3.2 Förförståelse	23
3.3 Urval	23
3.4 Etiska överväganden	24
4. Resultatredovisning	26
4.1 Länsrättsdomar	28
4.1.1 <i>Ett regeringsrättsavgörande</i>	28
4.2 Intervjuer	30
4.2.1 <i>Tidigare forskning kring patienters erfarenhet av tvångsvård</i>	36
5. Analys	37
5.1 <i>Dokumentanalys</i>	37
6. Slutkommentar	47

Referenser

Bilaga 1: Intervjufrågor. Bilaga 2: LPT-lagen (1991:1128)

1. Inledning

Tvång kan vara ett intrång i en människas liv och frihet. I sina olika uttrycksformer innebär tvånget en maktutövning mot människans självbestämmande och därmed i de flesta fall en kränkning av dennes integritet. Tvång kan ibland ske i form av förtryck eller undsättning, men även i form av ett berättigat ingrepp eller ett orättfärdigt övergrepp. Tvånget berör således förhållandet mellan auktoritet och autonomi. Auktoritet som är en form av maktutövning bör enligt dagens samhällsnormer utövas med respekt inför andra människors autonomi och samverkan. En person med auktoritet måste också lära sig och tillämpa konsten att dra gränser och det är här tvånget blir problematiskt ur etisk synvinkel.

Det centrala i diskussionen om tvångsvård omfattar bl.a. respekten för varje individs autonomi och integritet och att den inneboende värdigheten aldrig får kränkas. Under själva vårdtiden ska patienten ha rätt att fatta sina egna autonoma beslut och inte vara tvungen att underkasta sig vård. Men om tvång kan ses som en sista lösning, kan detta ske i form av ett frihetsberövande, som skydd för patienten själv och andra människor i hennes omgivning.

Att utöva makt kan också innebära ökade möjligheter till differentieringen av olika önskvärda tolkningar av t.ex. det normala och det avvikande. Historiskt sett har synen på hur vi definierar ordet avvikande förändrats genom århundradena. Samhället i sin ständiga förändring i förbindelse med den traditionellt svenska myndighetstraditionen med starkt patriarkaliska inslag har skapat nya definitioner av vad som kan betecknas som avvikande och normalt och därutöver bidragit till att det skett en förskjutning i betydelsen mellan vad vi menar med normalt respektive avvikande.

1.1 Problemformulering

Anledningen till att jag valt att fördjupa mig i problematiken kring tillämpningen av lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), hädanefter benämnd LPT, är huvudsakligen mitt intresse av att kunna ta del av patienternas egna upplevelser av hur lagen tillämpas i praktiken, och på vilket sätt lagen faktiskt konstrueras och upprätthålls i förhållande till lagstiftarens intentioner.

Rättens tillvägagångssätt förändras också i takt med att definitionerna förändras, när man diskuterar tvångsvård, som i sin tur gör att tillämpningen av lagen, d.v.s. ger konsekvenser i omhändertagandet och behandlingen av patienten.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är:

1) att belysa hur LPT-lagen tillämpas i den rättsliga processen utifrån ett klientperspektiv genom att besvara följande huvudfråga:

Hur upplevs själva rättsprocessen av i synnerhet patienten men även av rätts representanter?

Dessutom anser jag att studera följande delfrågor:

2) Uppfylls rättsliga syften avseende rättsskydd och rättsäkerhet under den rättsliga processen för patienten när man studerar domar?

3) Skiljer sig de empiriska slutsatser man kan dra från länsrättsdomarna utifrån hur patienter själva upplever processen, huruvida rättsskydd och rättsäkerhet blir tillvaratagna?

2. Teoretiska utgångspunkter

I följande avsnitt utgår jag delvis ifrån sociologisk teori d.v.s. med Foucaults diskursbegrepp som utgångspunkt via ett socialkonstruktionistiskt perspektiv i modern diskursanalys. Jag har använt mig av sociologin eftersom man sedan länge bedrivit forskning kring skillnader mellan olika grupper i samhället ifråga om makt, livsstilar och allmänna levnadsvillkor. Ett annat tema som blir aktuellt i sammanhanget är hur man tolkar diskursbegreppet i förhållandet till olika maktstrukturer (Fairclough, 1997). Dessutom utgår jag från tidigare rättssociologisk och rättsvetenskaplig forskning kring svenska förhållanden inom psykiatrin; d.v.s. (Hetzler, 1978) (Holstein, 1993) och (Hollander & Sjöström, 2000). I detta avsnitt har jag även tagit med en studie, gjord vid Beckomberga sjukhus, som omfattar intervjuer av patienter som vårdats enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

2.1 Juridiska utgångspunkter

Detta är en kortfattad beskrivning av LPT-lagens utformning och rättsliga förfarande. Därefter beskrivs själva rättsförhandlingen utifrån två perspektiv; delvis utifrån intervjupersonen ”Mattias”, jurist, och som i sitt arbete som notarie i länsrätten varit med om flera förhandlingar, och delvis genom länsrättens egen redovisning, som hämtats från deras hemsida på Internet¹.

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) trädde i kraft år 1992 (Grönwall & Holgersson, 2001). Den bygger jämfört med den tidigare lagen på området, (LSPV) på en delvis ändrad syn på psykiska sjukdomar igenom att markera detta används samlingsbegreppet: allvarlig psykisk störning.

Ändamålet med tvångsvården ska vara att se till att den som har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som ges efter en intagning på en sjukvårdsinrättning, blir i stånd att frivilligt medverka till fortsatta stöd- och behandlingsinsatser (2§). Enligt regler som tillfördes lagen år 2000 får tvångsåtgärder vid vård enligt lagen endast användas om de står i rimlig proportion till syftet med vården. Tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten (2a §).

¹ <http://www.dom.se/dom/Dvhemsida/Domstolsvasendet/Lansratten.html>

Vidare får tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården användas endast om patienten inte genom individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård (2b §).

För tvångsvård krävs, förutom att patienten lider av en allvarlig psykisk störning, att patientens behov av psykiatrisk vård är oundgängligt och inte kan tillgodoses på annat sätt än genom intagning på en sjukvårdsinrättning (3§).

Slutligen krävs att patienten motsätter sig den vård som behövs eller att det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke.

När det gäller utförandet av läkarundersökning och läkarintyg innehåller Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) *inga* bestämmelser om huruvida och under vilka förutsättningar vård eller behandling får genomföras utan samtycke. Däremot talas i 2§ om, att en god hälso- sjukvård skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och att vården och behandlingen, så långt det är möjligt, skall utformas och genomföras i samråd med patienten. Av HSL:s förarbeten framgår, att en patient i princip har obegränsad rätt att avstå från behandling och han kan därmed kräva att en åtgärd genast avbryts eller aldrig vidtas. Det är *endast* om patienten är tvångsomhändertagen med stöd av LPT, sägs det, som det ges uttryckligt stöd för påtvingad psykiatrisk medicinsk undersökning och behandling.

I LPT-lagen framgår det av 4§ 2 st, att en ”undersökning för vårdintyg” endast får företas om det finns *”skälig anledning”* till det. Det innebär att undersökningen inte får påbörjas om inte omständigheterna ger viss grund för att undersökningen kommer att utmynna i ett vårdintyg. Kan undersökningen inte genomföras med patientens samtycke får patienten *”tas om hand för undersökning”*, ett beslut som endast får fattas av läkare i allmän tjänst.

Det är sålunda först när det inte går att få ett samtycke till undersökningen som det skall prövas om ett beslut om omhändertagande skall fattas. Av 47§ 2 st i LPT-lagen framgår dessutom att polismyndigheten, på begäran av läkare, skall lämna biträde ”för att han skall kunna genomföra en undersökning” för vårdintyg. *LPT ger alltså klart uttryck för att läkarundersökningen kan genomföras utan samtycke, även om det är en undantagsåtgärd.* Omhändertagandet för undersökning enligt LPT får inte överklagas även om regeringen anfört att det är en frihetsberövande åtgärd.

Eftersom ingripande enligt LPT, är subsidiära, (understödjande) i förhållande till vårdinsatser enligt annan lagstiftning *är vårdbehovsbegreppet fundamentalt*, inte minst för bedömningen huruvida behovet av vård skall kunna tillgodoses på frivillig väg eller på något annat sätt. Vårdbehovsrekvesit framträder i närliggande lagstiftning på olika sätt. Sålunda talas det i 3§ LPT om ett ”oundgängligt behov av psykiatrisk vård”.

Dessutom skall patienten enligt LPT 3§ p 2 i dess tidigare lydelse (SFS 1991:1128), på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt, *ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annan sätt än genom intagning på sjukvårdsinrättning för heldygnsvård*. Med oundgängligt menas bl.a. att vårdbehovet skall vara oundgängligt i det aktuella skedet. Det är inte tillräckligt att det ter sig oundgängligt endast på sikt. Enligt LPT-lagen, 3§ p 3, får tvångsvård ges endast om patienten motsätter sig sådan vård som sägs i 2 eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke.

Utgångspunkten är att man så långt det är möjligt skall respektera patientens inställning i vårdfrågan. Huvudregeln är, att patienten skall *motsätta* sig nödvändig vård. Det har emellertid ansetts nödvändigt med en undantagsbestämmelse som möjliggör tvångsvård i vissa situationer när patienten inte direkt motsätter sig vård. Härmed avses patienter som till följd av sin psykiska störning över huvud taget inte kan uttala någon uppfattning i frågan och patienter som vid upprepade tillfällen varit intagna för tvångsvård på grund av att de inte frivilligt har kunnat sköta sin behandling på ett tillfredsställande sätt.

Finns det en grundad anledning att anta, att en patient kort tid efter påbörjande av frivillig vård kommer att avbryta densamma kan man besluta om tvångsvård. I förhållande till 1991 års lag är syftet med bestämmelsens utformning, att hälso- och sjukvårdslagen skall få ökade möjligheter att beakta patientens tidigare agerande. För ett beslut om vård med stöd av LPT krävs sålunda, om man inte kan bestämma en viljeriktning hos patienten, att det finns *grundad anledning* att anta att vården inte kan ges med samtycke. I LPT-lagen framhålles i motiveringen att det är patientens egen inställning till den vård som är nödvändig som skall tillmätas självständig betydelse i bedömningen av om förutsättningarna i p 3 är uppfyllda. Detta anses i princip gälla även om patienten är underårig eller har förvaltare eller god man förordnad för sig (Gustafsson, E, 2001).

2.1.1 Den rättsliga förhandlingens former

För att få en uppfattning om hur en rättslig förhandling kan te sig under ett LPT-förfarande får nedanstående beskrivning illustrera, återberättat av intervjuperson: ”Mattias” som under ett års tid arbetade som notarie vid länsrätten i Malmö:

”Själva proceduren går till så att domstolen till en början får materialet innan. Vanligast är att en ansökan skickas från behandlande psykiatern, om att tvångsvården ska förlängas. Efter att tvångsvården har inletts på detta tvåläkarbeslut ansöker man om i slutet av perioden som är på 4 veckor, att förlänga tvångsvård för att patienten inte är frisk eller om det fortfarande är kriterierna enligt 3 § i LPT-lagen som är uppfyllda. Ansökan från den behandlande läkaren kommer sedan domstolen tillhanda och med det följer också andra underlag, medicinska underlag.

Den förordnade domstolen biträder en advokat som företräder klientens intressen och så kommunicerar man advokat till åklagare och sedan träffar man patienten och man hör sig för om patienten motsätter sig vård eller vad det finns för förutsättningar. Det här förfarandet går ganska så fort, det är några dagar som det här är och sådana planeras på länsrätten varje vecka. Och själva förhandlingen sker ju alltid ute på själva sjukhuset, nu satt jag i Malmö, men i Malmö så åkte man ut till MAS eller till Malmö Östra och har de här förhandlingarna. Nämndemännen, ordföranden, domaren och notarien samlas och sedan talar man lite om detta målet en kort stund, går igenom om det är några speciella punkter man ska diskutera.

Därefter kallar man in allihop, patienten, advokaten och läkaren som har ansökt om tvångsvård och i de här fallen så har i alla fall länsrätten i Skåne län alltid dessutom en sakkunnig annan psykiater, en mestadels pensionerad psykiater som har jobbat i det här fältet förut och som läser igenom alla handlingar och ger sitt sakkunniga utlåtande på om det finns skäl för tvångsvård eller inte.

Det finns inget egentligt krav på att man ska ha en sån sakkunnig men i Skåne län har man det. Under själva förhandlingen ber man läkaren berätta, redogöra för grunderna och det som uppfattas som den psykiska sjukdomen, vad den tar sig för uttryck, om kriterierna är uppfyllda som det står i 3§ och om det är fråga om en allvarlig psykisk störning och om

personen är i ett oundgängligt behov av psykisk vård och kan man inte ge den vården utan att den sker på en sjukvårdsanrättning och så vidare.

Om uppfattningen är att patienten motsätter sig denna vård och efter att man diskuterat lite om sjukdomshistoriken och sådana saker får patienten bemöta detta och svara om att han inte har någon psykisk störning. Oftast uttalar sig patienten genom sitt biträde, om han inte för sin egen talan. Frågorna som de själv får kan yttra sig som "vad är dina synpunkter?", "vad är dina problem?", "hur uppfattar du det här?", "de här tvångsrösterna som du hör till exempel – hur ser du på dem?", "varför fungerar det inte hemma?", "varför ringde din mamma och sa att polisen måste komma och hämta dig?" – till exempel.

Därefter låter man den sakkunnige också ha ett samtal med både patienten och den behandlande läkaren. Den sakkunniges råd eller frågor, som inte juristerna inte är så bra på, lämnar in ett utlåtande. Om han instämmer helt med behandlande läkaren eller om han inte ifrågasätter och om ingen ingen har något att säga så avslutas förhandlingen och så får alla gå ut och så sitter bara domstolen kvar, de tre nämndemännen, ordföranden och notarien och så för man diskussion kring detta.

I alla dom fall, jag har nog kanske haft 100 sådana här mål som notarie, så var man enig i domslutet. Det är inte alltid så att man är inne på den behandlande läkarens linje men man brukar vara enig inom den här nämndemannagruppen och ordföranden. Efter pausen kallas alla igen och sedan meddelar man det här beslutet omedelbart - om tvångsvården upphävs eller om tvångsvården får bestå d.v.s. dock längst 6 månader och så går själva förhandlingen till i princip."

Länsrättens² förfarande

"I länsrätten dömer enligt huvudregeln en juristdomare och tre nämndemän. I mål om laglighetsprövning av kommunala beslut medverkar två s.k. särskilda ledamöter. Handläggningen är som regel skriftlig. Det innebär att man får skriva till länsrätten och tala om vad man vill att länsrätten skall pröva och vad man vill att länsrätten skall känna till och ta hänsyn till vid beslutet. Man får även tillfälle att besvara och bemöta den skriftliga utredning som andra tillfört målet. Muntlig förhandling kan dock förekomma och den syftar

² <http://www.dom.se/dom/Dvhemsida/Domstolsvasendet/Lansratten.html>

då till att komplettera den skriftliga handläggningen. Målen avgörs i allmänhet efter föredragning. Det innebär att målet redovisas muntligt för juristdomare och nämndemän. Vid föredragningen redogörs för fakta i målet samt för den utredning som domstolen kan ha gjort.

Muntlig förhandling skall förekomma i psykiatrimål och mål enligt LVM och LVU om det inte är uppenbart obehövt. Länsrätten kan även hålla muntlig förhandling i andra mål, om det kan vara till fördel för utredningen. En muntlig förhandling kan hållas på initiativ antingen av domstolen eller av part i målet. När muntlig förhandling förekommer är förhandlingen i princip offentlig, om inte länsrätten förordnar om s.k. stängda dörrar (dvs. allmänheten har inte tillträde till förhandlingen). Till förhandlingen kallas bl.a. parterna och eventuella ombud eller offentliga biträden, vittnen och sakkunniga samt tolk, om behov härav finns.

Efter föredragningen eller den muntliga förhandlingen skall rätten hålla överläggning, dvs. diskutera målet och komma överens om hur man skall döma. Om meningarna är olika sker omröstning. Juristdomaren och nämndemännen har då var sin röst.

Domen i länsrätt meddelas antingen muntligen genast efter överläggningen eller senare på dag som länsrätten bestämmer. Domen kan också meddelas genom expediering av densamma. Den skickas alltid ut till de berörda skriftligt.

Om man är missnöjd med länsrättens dom kan den överklagas skriftligen till kammarrätt. I länsrättens dom anges inom vilken tid och till vilken kammarrätt man skall klaga. Överklagandet ges alltid in till den länsrätt som meddelat domen för att länsrätten skall kunna pröva om överklagandet kommit in i rätt tid.

Av överklagandet skall framgå vad man är missnöjd med i länsrättens dom och på vilket sätt man vill att den skall ändras. Om länsrättens dom inte överklagas vinner den laga kraft, dvs. den står fast. I många fall prövar kammarrätten överklagandet endast om kammarrätten meddelar s.k. prövningstillstånd. Meddelas inget sådant tillstånd kommer länsrättens dom att stå fast.”

2.2 Sociologiska teorier

2.2.1 Diskursanalys

Det socialkonstruktionistiska perspektivet utgör en förutsättning för att kunna studera diskurser eftersom diskursanalysen vilar på en socialkonstruktionistisk grund³. Oftast betyder ordet diskurs att språket är konstruerat i olika mönster som våra utsagor följer när vi agerar inom olika sociala områden. Diskursanalysen används för att analysera dessa mönster. Man kan även säga att diskurs är ett bestämt sätt att förstå världen eller ett utsnitt av världen. I diskursanalysen är teori och metod sammanlänkade⁴.

Många angreppssätt inom diskursanalysen har inspirerats av Foucault som framför allt vidareutvecklat teorin. Foucault sätter makten i fokus i teorin om makt kontra kunskap där makten finns utspridd över olika sociala praktiker. Makten är produktiv och konstituerar diskurser, kunskap osv. Makten både möjliggör och begränsar utformningen av vår sociala omvärld. Sammanförandet av makt och kunskap blir förenat med diskurs eftersom diskurser främjar skapandet av hur vi är i form av subjekt, och hur vi är som objekt i förhållande till det vi har möjlighet att veta något om. Tyngdvikten ligger på vilket sätt den sociala omvärlden organiseras med hjälp av dess subjekt och objekt i diskurser. Eftersom det är en omöjlighet att uppnå sanningen bör man inrikta sig på hur sanningseffekter bildas inom diskurser som varken är sanna eller falska. Enligt Foucault är det de diskursiva processer där diskurserna bildas som här spelar en avgörande roll⁵.

Foucault har haft ett stort inflytande på en mängd kunskapsområden inom t.ex. filosofi, psykologi, rättssociologi, sociologi och historia. Begrepp som kan appliceras i detta sammanhang är t.ex. makt och disciplinering. I framställningen av psykiatri fungerar disciplinering enligt Foucault genom att den s.a.s. samordnas i förhållande till makten, vars egentliga ändamål är att korrigera och normalisera efter det rationella förnuftets normer. En speciellt utarbetad metod i utforskningen av diskurser är enligt Foucault: arkeologin med inriktning på det redan sagda på den diskursiva nivån. Tack vare arkeologins primära analysenhet som är utsagan, kan människan objektiviseras, genom att det bildas ett nytt självmedvetande, varigenom människan genomgår en förändringsprocess där människan blir undersåte av maktens påverkan.

³ Burr, V; *An Introduction to Social Constructionism*, Routledge, New York/London 1995

⁴ Winther Jørgensen, M & Philips, L; *Diskursanalys som teori och metod*, Studentlitteratur, Lund 2000, s.7-10

⁵ Winther Jørgensen, M & Philips, L; *Diskursanalys som teori och metod*, s. 20-21

Makten och dess betydelse verkar i två riktningar; dels genom en disciplinering av individen och dels genom regleringar. Foucault fokuserar på objektivt utformade sociala former som konstituerar samhället och konstruerar individens subjektivering. Foucaults maktbegrepp kan förstås genom att använda negationer: makt är inte en resurs eller en förmåga som någon besitter, inte heller är det fråga om ett innehav som kan utbytas. Det är inte liktydigt med en institution eller en struktur och makten har ingen specifik form eller lokalisering. Makten fungerar faktiskt varken på ett destruktivt eller negativt sätt⁶.

Makt är enligt Foucault snarare liktydig med en elementär kraft, vilken är primär i förhållande till sociala formationer och närmast en grundkomponent i varje social relation. Varje relation är därför en maktrelation, men då förstådd som ett öppet och föränderligt spel av krafter – ett maktbegrepp uppbyggt av relationer. Makten är, liksom kraften, till sin karaktär operationell och det är i utövningen – i själva maktverkan – som makten manifesteras och som vi kan utforska och analysera den.

För Foucault är makt mycket mer än de uppenbara maktteknikerna. Makt visar sig genom utformandet av människorna. Utformandet kan ske genom olika system för disciplin, uteslutning, kategorisering, övervakning, examinering och standardisering, men även olika belöningsystem som t.ex. vanlig uppmuntran, behandling, bekännelser och gemenskap kan bidra till detta formande. Det centrala för en sådan disciplineringsprocess är att den är intimt förknippad med vissa föreställningar och normer.

Ytterligare två viktiga begrepp som förknippas med Foucaults maktanalys är bio-makt och mikro-makt. Bio-makt kan sägas vara en makttyp som utvecklats sedan 1600-talet och vars högsta funktion inte är att krossa och döda ”utan att lägga beslag på livet från början till slut.” Här är det fråga om en omslutande makt som verkar i två riktningar: dels genom en disciplinering och dels genom reglering av individer. Mikro-makt å sin sida kännetecknas av den faktiska makt som i det sociala vardagslivet riktas mot människor i deras konkreta situationer. Här handlar det om en makt som opererar genom t.ex. administrativa tekniker (kontroll och normalisering) snarare än genom lagstiftande principer och rättigheter⁷.

⁶ Andersen, H & Kaspersen, L B; *Klassisk och modern samhällsteori, Studentlitteratur*, Lund 2000, s.355

⁷ Andersen, H & Kaspersen, L B; *Klassisk och modern samhällsteori*, s. 354-355

Foucault betonar utövandet makt på social mikronivå som avgörande för sociala relationer och mänskligt handlande och inte rätten genom sina lagstiftande rättigheter och rättssystem utan i betydelsen av ett speciellt samhälligt delsystem.

Begreppet diskurs är i detta sammanhang centralt. Därmed menas ”reglerade samtalsordningar” inom vilka aktörer i kraft av sina sociala positioner kan definiera, påverka och omvandla de sociala objekt som deras utsagor handlar om – t.ex. psykiaterns diagnos av den sjuke etc. I begreppet diskurs sammanstrålar makt (kraft att påverka) och vetande i en omvandlingsprocess framför alla andra. Det påtagliga och synliga tvånget kan bara minska i sin omfattning om merparten av alla människor förhåller sig till och utformar sina liv i linje med normaliserande diskurser.

I detta sammanhang bör kritisk diskursanalys också nämnas som ytterligare är ett slags diskursanalytiskt angreppssätt som ska betraktas ur en kritisk synvinkel till det som verkligen orsakar ojämlika maktförhållanden i samhället, som i verkligheten är beroende av definitionen av den diskursiva praktikens roll på ett socialt plan mellan t.ex. skilda sociala klasser och ur ett genusperspektiv⁸. Utifrån den kritiska diskursanalysen är diskurs en form av social praktik som både konstituerar den sociala världen och konstitueras av andra sociala praktiker, där den sociala praktiken i form av diskurs står i ett dialektiskt, logiskt förhållande till andra sociala dimensioner. Genom diskursiva praktiker kan man skapa texter och samtidigt kunna motta och tolka dem. Denna form av social praktik bidrar till att utforma den sociala världen, där våra sociala identiteter och relationer ingår. Diskurs innefattar talspråket, skriftspråket och bildspråket.

Det centrala i Faircloughs diskursteori är beskrivningen av diskursen som en social praktik som både reproducerar och förändrar kunskap, identiteter och sociala relationer samtidigt som den formas av andra sociala praktiker och strukturer. Faircloughs textorienterade diskursanalys omfattar en detaljerad textanalys inom lingvistik, makrosociologisk analys av social praktik och tolkande mikrosociologiska perspektiv (etnometodologi och samtalsanalys) där vardagen spelar en viktig roll i skapandet av uttalade regler och normer.

I en diskursanalys som beskriver en kommunikativ händelse är först och främst textens egenskaper av grundläggande betydelse, därefter ska man iaktta de produktions- och konsumtionsprocesser som förknippas med texten d.v.s. den diskursiva praktiken. Slutligen

⁸ Winther Jörgensen, M & Philips, L; *Diskursanalys som teori och metod*, s. 69

ska den kommunikativa händelsen sättas i ett större sammanhang och omsättas i den sociala praktiken. Det som är viktigt i sammanhanget är att den diskursiva praktiken koncentreras kring hur textförfattaren förknippas med redan existerande diskurser i skapandet av texten men även på hur läsaren använder sig av diskurser när han tolkar texten⁹.

2.2.2 *Socialkonstruktionism*

Socialkonstruktionismens utgångspunkt är att vi tillfogar omvärlden olika betydelser utifrån vilket perspektiv vi förstår och uppfattar den. Först efter att vi klassificerat de sociala problem som finns i samhället kan vi vidta åtgärder. Vår generella uppfattning grundar sig på vilka betydelser vi ger saker och ting som i hög grad är beroende av vårt eget förhållningssätt. Varje enstaka ord spelar en avgörande roll eftersom de samtidigt bildar kategorier i ett större sammanhang. Just när vi är i färd med att ta del av likheterna p.g.a. av de kategoriseringar vi gjort, riskerar vi samtidigt att gå miste om vad som verkligen är viktigt och av värde i bedömningen.

I dagens samhälle i brist på tid och där informationsflödet dominerar är det viktigt att vi inte mister förmågan att problematisera och upptäcka det som är orättvist utifrån vad vi själva anser är rätt och fel och vara ständigt medvetna om mediernas inflytande på hur vi själva konstruerar och klassificerar våra upplevelser och intryck utifrån deras perspektiv¹⁰.

Vi klassificerar ytterligare vår omvärld genom att typifiera eftersom vi i stor utsträckning styrs av det som är igenkännande. I den moderna och komplexa värld vi lever i idag krävs en ökad medvetenhet om att vi genom att klassificera också riskerar att mista vår förmåga att ifrågasätta. Vi måste bli mer medvetna om vikten av att inta en kritisk hållning till allt vi hela tiden tar för givet och det som vi redan känner igen så att vi kan uppleva allt utifrån en annan synvinkel och lära oss bli mer varse om det som redan känns självklart i vår omgivning¹¹.

Berger & Luckmann anser att det framför allt är språket som är en viktig och bidragande faktor i skapandet av vår egen verklighetsuppfattning. Med hjälp av språket har vi möjlighet att se oss själva utifrån och därigenom kunna skapa en medvetenhet om vår plats i tillvaron. Inte bara omgivningens krav påverkar vår identitetsuppfattning och styr vårt sätt att vara,

⁹ Winther Jörgensen, M & Philips, L; *Diskursanalys som teori och metod*, s. 74

¹⁰ Loseke, R D; *Thinking about social problems*, Aldine de Gruyter, Inc, New York 1999, s.11

¹¹ Loseke, R D; *Thinking about social problems*, s.14-15

identiteten spelar här en central roll i skapandet av vår subjektiva verklighetsuppfattning som samtidigt står i ett dialektiskt förhållande till samhället. När identiteten väl utkristalliserats upprätthålls och omformas den av olika sociala processer i den sociala struktur som anger riktlinjerna för vilka sociala processer som ska ingå¹².

Olika historiskt och socialt utformade strukturer frambringar olika slags individuellt utformade identitetstyper som t.ex; kön, olika kategorier av sociala problem; hemlös etc. Ständigt utförs dessa typifieringar i viljan att underlätta den ömsesidiga förståelsen, som i själva verket innebär att man generaliserar och avhumaniserar verkligheten. Omvärldens krav är en annan väsentlig faktor i formandet av identitetsutvecklingen. Vi väljer en roll som bekräftar en identitet eller som är accepterad i den sociala ordningen som vi befinner oss i. Språket och vår kommunikativa förmåga är det som driver fram vår subjektiva verklighetsuppfattning. Ju längre avståndet är mellan olika sociala grupper – desto mindre påverkas också den subjektiva verklighetsuppfattningen. Människor som befinner sig i periferin påverkar inte i samma utsträckning som de som finns i vår närhet där dialogen spelar en viktig roll och som ger oss ökade möjligheter att kunna bekräfta vår identitet.

2.3 Tidigare forskning kring svenska förhållanden inom psykiatri

I Hollander & Sjöströms beskrivning av ett pågående forskningsprojekt ("Terapeuten som motpart - förvaltningsprocessen i mål om tvångsvård", 2000) borde den fundamentala grundtanken i varje enskilt avgörande för varje beslut vara att tillgodose varje individs *enskilda* behov av vård. I realiteten är det socialt och kulturellt betingade begrepp i en vidare mening som spelar en avgörande roll vid bedömningen om patienten ska betraktas som sjuk eller frisk. Den kulturella acceptansen för avvikande beteenden ser även olika ut beroende bl.a. på kön, etniskt ursprung o.s.v. hos både betraktare och avvikare. Det förekommer ofta att rätten använder sig av att klassificera den enskildes eventuella familjesituation, kön etc. för att beskriva ett beteende eller i vilket tillstånd personen befinner sig i vid tillfället.

Dessutom har Hollander & Sjöström (2000) sett att det är vanligt att man i bedömningar brukar prioritera den mest förekommande uppfattningen. Detta bekräftas också av motsvarande undersökningar avseende amerikanska förhållanden där Holstein (1993) anser att diagnoser eller andra sociala problem skall förstås utifrån den process de uppfattas och

¹² Berger, P & Luckmann, T; *The Social Construction of Reality*, Random House Inc, New York 1967, s.34-46

tolkas d.v.s. hur de konstitueras. Betydelsen av ett objekt behöver inte sammankopplas med något annat utan snarare sammanförs genom språket och interaktionen. Men Holstein (1993) konstaterar att i bedömningen av patientens sjukdomstillstånd är det vanligt att rätten gör sin egen tolkning av verkligheten helt utifrån sitt eget perspektiv. Hollander & Sjöström (2000) poängterar att samhället måste garantera den rättssäkerhet som krävs för de personer som har begränsad kompetens att utöva sina medborgerliga rättigheter. Men när tvångsvården granskas av länsrätten kan det te sig väldigt problematiskt för den som utsätts för tvång och som vill driva sin sak i rätten. Ett centralt dilemma ligger i de dubbla roller av terapeut och motpart som myndighetsrepresentanten får i dessa processer. T.ex. kan patienten uppleva att de uppgifter som han lämnat till sin behandlare, kan användas mot honom i en tvångssituation.

Att den formella relationen mellan parterna i länsrätten blir oklar och att patienten inte alltid uppfattas som part i juridisk mening visar Hollander & Sjöströms (2000) tidigare forskning kring psykiatrisk tvångsvård. Problem som uppkommer i samband med tvångsvårdsärenden hänger också ihop med vilken rättspolitisk uppfattning som dominerar i synen på tvångsvård. Holstein (1993) menar att rättens tolkning organiserar vår uppfattning utifrån redan utförda handlingar och upprätthålls och reflekteras i sin egen kontext. I detta sammanhang handlar det inte bara om etiska frågor som kan uppkomma utan även politiska och filosofiska frågor kan spela en roll. Rättssäkerheten och domstolens roll bör fungera på ett så objektivt och opartiskt sätt som möjligt i bedömningen. Detta innebär att patientens sociala situation och ev. problem ska tolkas i förhållande till hela den sociala miljön och inte *enbart* i förhållande till den situation som råder vid det aktuella tillfället.

I de fallen där domstolsförhandlingen består av lekmän i sitt möte med professionella experter sker en typ av samtal som i regel är asymmetriska, eftersom lekmän och professionella har olika möjligheter att kontrollera samtalet. Patienten som träder in i domstolens lokaler som part har via interaktion redan en underordnad roll. Det som är avgörande i frågan om personen döms till tvångsvård eller inte är de sociala processer som organiseras utifrån en institutionellt präglad tolkning av sjukdomsdiagnosen.

I dessa sociala processer manifesteras också eventuell vård eller kontroll (Holstein, 1993). Hollander & Sjöström (2000) menar att den rättsliga prövningen präglas av en interaktion och där hanterandet av tvångsingripanden alltid sker i språkliga praktiker. Genom tillämpningen av diskursanalys finns det ökade möjligheter att på ett konkret plan kunna

fördjupa sig i det rättsliga förfarandet och synliggöra kritiska aspekter av praktiken. Att fokusera närmare kring partsförhållandena och förvaltningsprocessens utformning med rättsäkerhetspekten i åtanke ger möjligheten att få en detaljerad uppfattning av kommunikationen i länsrätten. Under rättsförhandlingarna sker en mängd tolkningsprocesser där olika praktiker utförs av rättens representanter som organiserar och tolkar utifrån sin egen verklighet. När rätten använder sig av termen ”psykisk sjukdom” relateras den i själva verket till andra klassifikationer, kategorier. Interaktionen mellan parterna är en bidragande faktor i rättens tolkningar av beslut. Under själva beslutsprocessen resonerar rätten utifrån kulturella kategorier, jämförelser och definitioner om vad som ska anses vara normalt eller patologiskt (Holstein, 1993).

Det som utmärker argumentationen i rätten är att det sker en interaktion via språket som organiseras utifrån olika sociala plan. Detta tillvägagångssätt är i sin tur beroende av sitt eget sammanhang där vi separerar och klassificerar det som avviker från det som inte överensstämmer med vår generella uppfattning av det vi uppfattar som ”normalt”. Istället för att ifrågasätta om lagen följs på rätt sätt, anser Holstein (1993) att uppmärksamheten borde riktas mer på rättens representanter i beslutsfattandet och hur lagen faktiskt omsätts i praktiken. För att kunna göra detta krävs att man ökar patientens rättssäkerhet genom att de normer som ska rättfärdiga besluten alltid ska uppfattas som rationellt prejudicerande fattade beslut fastän förhållandet mellan dessa i verkligheten dessa både mildras och förstärks på olika sätt. Det är också den strikt formella ordningen av samtalet som hindrar patienten som part att fritt framställa sina argument utifrån sitt eget perspektiv. Detta p.g.a. att lagen å sin sida tillhandahåller sina regler för hur interaktionen ska utformas utifrån deras perspektiv. Dilemmat för patienten är i detta sammanhang den eventuella begränsade erfarenhet och kunskap som patienten har om den samtalsgenre som reproduceras i domstolen.

Enligt Hollander & Sjöström (2000) grundar sig å ena sidan patientens förståelse i hennes vardagserfarenheter av sin livssituation medan å andra sidan bygger den offentliga partens förståelse på förhållanden och regler där jurister använder sig av sina terapeutiska bedömningar för att styra patientens handlande. Rättssäkerhetsfrågorna betonas genom budskapet om vad som anses vara bäst för patienten. Den redan problematiska förståelsen mellan patienten och rätten kompliceras ytterligare genom det som sker i domstolen där den ”juridiska rösten”, d.v.s. rätten, förväntas bli överordnad.

En viktig aspekt av vad som sker under den rättsliga förhandlingen är kampen mellan olika versioner av verklighetsbeskrivningar. Domstolsprocessen i terapeutiska mål brukar ofta fokusera på patientens kompetens att ta ansvar för sitt liv. En viktig uppgift för patienten blir då att framställa sig som kompetent, ansvarsfull och trovärdig. Omvänt ska inblandade läkare, psykiatrer och andra offentliga parter framställa sig som kompetenta, professionella för att kunna övertyga rätten om deras ståndpunkt. Domen fyller här funktionen genom att demonstrera att rätten tolkat lagen på ett rimligt sätt i det givna fallet, vilket innebär att domen kommer att följa en retorik som framhäver de omständigheter som står i överensstämmelse med utfallet.

Hollander & Sjöström (2000) menar att det ofta förekommer att beslut om tvångsvård motiveras med lagens egna ord. Genom domen vill man på liknande sätt demonstrera att förhandlingen varit ett genuint möte mellan parterna och man ska få intrycket att man enligt förlikningens logik lyckats lösa konflikten genom att rätten beaktat samtliga synpunkter från alla inblandade. Enligt Holstein (1993) är det kategoriseringar som t.ex. ålder, kön, etnisk bakgrund som kännetecknar rättsprocessen i bedömningar om tvångsvård. Merparten av fallen i Holsteins studier visar att patienter förutsätts vara kroniker och att de s.a.s. avancerar i sin sjukdom. Den generella uppfattningen är att det finns litet hopp om bot och tillfrisknande för dessa patienter. Olika faktorer som därutöver spelar in för hur patienterna behandlas är byråkratiseringen på den lokala nivån som resulterar i att det sker en rutinisering. Patienterna uppfattas inte längre utifrån ett individuellt anpassat synsätt utan jämförs istället med andra patienter och deras sjukdomsbild. De patienter som visar samarbetsvilja prioriteras framför andra.

Under själva beslutsprocessen i bedömningen om tvångsvård ska komma ifråga eller inte, spelar de legala garantierna för patienternas självbestämmande i realiteten inte någon roll. Förutom Hollander & Sjöström har Hetzler (1978) utfört en undersökning på den tidigare psykiatriska tvångslagen (LSPV) och hävdar att det i realiteten är andra omständigheter i patientens omgivning som blir avgörande för vilka beslut som fattas. Hetzler (1978) poängterar vikten av att undersöka bakgrunden till den berördes situation. Den som dömer bör ställa frågan om det är familj, vänner, grannar, arbetskamrater eller personal vid andra institutioner som är drivkraften och vilka deras motiv i så fall är. För att göra denna bedömning ställs stora krav på kompetens och erfarenhet.

Den person som bär ansvaret för den som ska omhändertas måste ha insikt i sina egna motiv och grunder för sitt handlande och ha klart för sig vilka konsekvenser beslutet kan få. (Grönwall & Holgersson, 2001).

Hetzler (1978) anser att regleringen av socialpolitiken och genomdrivandet av lagar inte behöver innebära någon garanti huruvida lagen kan få åsyftande verkningar eller att dess verkningar överensstämmer med lagstiftarnas ursprungliga avsikter. Enligt Hetzler (1978) finns det inget som talar för att lagens påstådda normativa förmåga ämnar framkalla förändringar. Men om lagen (LSPV) tillämpas på rätt sätt kan det vara möjligt att den kan fungera som påtryckning för en önskad särskild tolkning och ett önskat särskilt handlande som man väntar sig av lagens tillämpare. Hetzler (1978) menar att lagen först kan reglera beteendet om trycket mot olika slags handlande är förutsägbart och man har lyckats formulera lagen så att situationens stabilitet är inbegripen i den. Lagen kan inte medverka till genomförandet av sociala förändringar eller vara delaktig i införandet av en ny socialpolitik så länge man inte beaktar den totala situation i vilken lagen placeras i och där den skall fungera i fortsättningen.

2.3.1 Socialstyrelsens undersökning om effekter av ändringar i de psykiatriska tvångslagarna.

Socialstyrelsens undersökning (2001) bygger på en granskning som genomfördes mellan åren 1996/1997 i jämförelse med år 2001 efter lagändringarna som gjordes i LPT-lagen år 2000. Undersökningen visar att antalet vårdtillfällen enligt LPT under 1993-1996 var omkring 8000 per år. Undersökningen som utfördes 1996/1997 redovisade 3 347 vårdtillfällen under ett halvår.

Under tiden 1 april till 30 september, 2001 rapporterades 2900 vårdtillfällen enligt LPT. Dessa data talar för att den psykiatriska tvångsvården har minskat i omfattning, men samtidigt visar skillnaderna mellan de två undersökningarna att insamlingen av data 1996/1997 gjordes under vinterhalvåret då det är troligt att vårdtillfällena är flera under vintern. Socialstyrelsen poängterar att resultaten i alla fall talar för att omfattningen av psykiatrisk tvångsvård stabiliserats på en nivå kring 6000 vårdtillfällen per år.

Socialstyrelsen har också funnit att i chefsöverläkarnas arbete har kraven för tvångsvård inte varit uppfyllda i 662 fall, då prövning för intagning gjorts. Detta talar för att det antingen numera görs en strängare bedömning av vårdintygen före intagningsbeslutet fattas eller att vårdintygen utfärdas på mer osäkert underlag. Den strängare tillämpningen av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen som datan talar för har naturligtvis också en negativ sida i den meningen att människor som behöver hjälp och vård men inte söker den frivilligt utestängs. I ett antal fall har patienter vid flera tillfällen anlant till en sjukvårdsinrättning med vårdintyg och inte blivit antagna. Vårdtiderna för LPT-vård har förkortats i jämförelse med åren 1996/1997.

Granskningen av journaler bekräftar att tvåläkarprövningen förbättrar patienternas rättssäkerhet. I och med att man är skyldig att underställa konvertering - d.v.s. i övergången från frivillig vård till tvångsvård i beslutet om länsrättsprövning - förstärks samtidigt även patienternas rättssäkerhet. I dessa ärenden anlitar länsrätten i stor utsträckning en sakkunnig läkare. Den journalgenomgång som Socialstyrelsen gjort av ett urval av konverteringsfallen pekar på de stora svårigheter som är förknippade med att bedöma om det finns en risk att patienten ska allvarligt skada sig själv eller någon annan. Då är det viktigt att inte konverteringar kan ske för enkelt, menar Socialstyrelsen. Även om man skulle ta bort farorekvisitet (när det finns en risk att patienten skadar sig själv eller någon annan) skulle konverteringar bara kunna genomföras om patienten dels har en allvarlig psykisk störning, dels motsäger sig den tidigare accepterade frivilliga vården.

Användningen av konvertering begränsas också av den nya regleringen att konverteringen ska underställas länsrätten för fastställelse. En domstol skulle också fortsättningsvis pröva konverteringsfallen, till skillnad från de vårdtillfällen som inleds genom intagning på vårdintyg. Det finns en stor grupp patienter som i Socialstyrelsens undersökning inte erbjudits stödperson. Det gäller nästan $\frac{1}{4}$ av alla LPT-vårdade. I jämförelse med undersökningen 1996/1997 har det inte skett någon förbättring men genom Socialstyrelsens försorg ska nya informationsinsatser genomföras framöver.

2.3.2 Socialstyrelsen i rapport till regeringen: uppföljning och granskning av den psykiatriska tvångsvården.

Socialstyrelsens rapport (2001-12-20) visar framför allt att omfattningen av psykiatrisk tvångsvård och användningen av konvertering trots allt har minskat men att det fortfarande finns brister i patienters rättssäkerhet. Användningen av tvångsåtgärder innan beslut om tvångsvård har fattats förekommer i c:a 5 procent av alla intagningar och i 13 procent vid konverteringar. För att öka rättssäkerheten för dessa patienter, menar Socialstyrelsen, att det är nödvändigt att det införs en skyldighet att anmäla varje enskilt fall till samma myndighet. Socialstyrelsen konstaterar avslutningsvis att det krävs en större samordning av stödfunktioner i form av t.ex. stödperson, personligt ombud, kontaktpersoner etc. och att det behövs en bättre fungerande information till patienten om vilket stöd han eller hon har rätt till i praktiken.

Socialstyrelsens granskning visar alltså att det återstår arbete i att skapa förändringar för patienten. Tvångsvård har visserligen minskat lite i sin omfattning men fortfarande finns problem som måste lösas, bl.a. är chefsöverläkarens funktion inte uppfylld eftersom det finns en risk att en strängare bedömning på osäkert underlag kan resultera i att den som söker vård på frivillig basis utestängs. Vårdtiderna har förkortats. Socialstyrelsen menar att både tvåläkarprövningen och länsrättsprövningen har en positiv effekt i ökningen av rättssäkerheten. Mest alarmerande är ändå att patienten inte tilldelas en stödperson i den utsträckning som de är berättigade till.

3. Metod

I mitt empiriska material ingår två studier: dels i form av länsrättsdomar och dels genom utförda intervjuer.

Min avsikt har varit att göra en diskursanalys av länsrättsdomarna för att skapa en förståelse för hur rättsprocessen konstitueras på olika sätt utifrån ett patientperspektiv. Insamlandet av materialet har gjorts via två tillvägagångssätt genom två separata studier som jag genomfört, som dels innefattar: länsrättsdomar som jag inhämtat genom att jag tog mig till länsrätten och dels genom intervjuer som jag utfört.

3.1 Tillvägagångssätt

En intervju kan sägas variera från att vara hårt styrd till att vara mycket löst strukturerad. I det förstnämnda fallet läser man upp i förväg formulerade frågor och eventuellt också i förväg formulerade svar. I sistnämnda fallet leder intervjuaren ett samtal och täcker av ett antal områden eller teman av intresse för undersökningen. Mellan dessa ytterpoler finns olika mellanformer (Andersson B-E, 1994). Jag använde mig av en slags mellanform genom att tillämpa färdigformulerade frågor och med detta som bakgrund utformades olika teman.

Reliabilitet handlar om vilken utsträckning ens resultat kan upprepas. Målet med studiens tillvägagångssätt har inte varit att generalisera utan snarare att sträva efter att beskriva och förklara de resultat som studien visar genom att få ökad förståelse för intervjupersonernas subjektiva upplevelser av ämnet. Merriam (1994:178) skriver att *”ett av antaganden som ligger till grund för kvalitativ forskning är att verkligheten är holistisk, flerdimensionell och stadd i ständig förändring.”* Inom kvalitativ forskning utgår man från att det finns många verkligheter och att världen inte är objektivt beskaffad utan snarare är en funktion av varseblivning och samspel med andra människor. Om verkligheten sägs vara subjektiv måste den tolkas snarare än mätas. Detta har även varit min avsikt.

Studien har varit induktiv i sin strävan att observera själva processen som i sig själv spelat en större roll än att uppnå själva resultatet. Frågorna har fokuserat kring om hur människor upplever sin livssituation, i tolkningen av dessa upplevelser och hur den sociala verkligheten är strukturerad. Syftet med kvalitativ forskning är att den utvecklar abstraktioner, begrepp, hypoteser och teorier snarare än att pröva existerande teorier (Merriam, 1994).

3.2 Förförståelse

Den förförståelse som jag hade innan intervjuerna genomfördes, är dubbelsidig i den meningen att problematiken kring tvångsvård ses även ur mitt eget perspektiv. Min förförståelse baseras därmed utifrån den allmänna inställning som grundar sig på mina tidigare förkunskaper som innebär att tvångsvård kan vara kränkande. Därför har jag under intervjusituationerna så långt det är möjligt försökt att hålla mig neutral och saklig och ständigt haft i åtanke att intervjupersonerna inte skulle märka min ställning i frågor och eventuella fördomar. Genom att försöka tona ner, avdramatisera intervjusituationen möjliggjorde det att jag kunde studera intervjupersonerna s.a.s. ”face to face”. Dessutom var det viktigt att intervjuerna fördes på vänskaplig och icke-myndighetsnivå att intervjupersonerna skulle ha möjlighet att uttrycka sig på ett så fritt sätt som möjligt.

3.3 Urval

Det empiriska materialet utgörs av tre utförda intervjuer, varav två är med patienter, och en intervju är gjord med en jurist som tidigare varit anställd vid länsrätten. Genom en ansvarig inom kommunens socialförvaltning kunde jag komma i kontakt med intervjupersonerna som jag samtalade med i en lugn cafémiljö respektive arbetsplats. Intervjuerna genomfördes genom bandinspelning.

Utöver intervjumaterialet finns tolv handplockade domstolsdokument från länsrätten där urvalet gjordes utifrån LPT-beslut i någon form, d.v.s. där fortsatt psykiatrisk tvångsvård, konvertering, beslut om intagning dominerar bland domstolsdokumenten. Det totala antalet domar härrör från september månad år 2002, d.v.s. mellan 2002-09-02 och 2002-09-26. Samma år utgörs det totala antalet domar av 814 domar. Samtliga dömdes vid länsrätten i

Skåne Län. I materialsamlingen ingår även en intervjustudie som är gjord vid Beckomberga sjukhus av Johan Svensson. Jag har varit medveten om att det insamlade materialet innebär begränsningar sett i antalet intervjupersoner. Trots en hög population bland intervjupersoner innebär det svårigheter att komma i kontakt med människor som verkligen vill ställa upp och bli intervjuade. I detta hänseende är det ett känsligt ämne och förknippas ofta med traumatiska händelser. Inte minst av sekretesskäl kan det också finnas anledning att man vill dra sig ur. I min strävan att uppnå en allsidig bild av den rättsliga processen som möjligt har det varit av betydelse att få fram perspektivet från båda sidor, d.v.s. genom presentationen av två personer med tidigare erfarenhet av tvångsvård i kontrast till rättens representant som i det här fallet är jurist (notarie).

3.4 Etiska överväganden

Enligt Merriam (1994) är det speciellt viktigt att man vid utförandet av kvalitativa undersökningar beaktar konfidentialiteten, anonymiteten, för dem man intervjuar. Intervjupersonerna fick därför större förutsättningar att på ett ärligt sätt kunna berätta om sina upplevelser. Detta ökade även möjligheterna att komma närmare den verklighetsupplevelse de haft. Gemensamt med intervjupersonerna kom jag överens om att deras namn skulle fingeras och att allt inspelningsmaterial skulle raderas. När det gäller länsrättsdomar är dessa juridiskt sett offentliga handlingar men jag valde att avpersonifiera även dessa.

Jag är, trots det begränsade intervjumaterialet, medveten om att det samtidigt har ökat möjligheterna att kunna tränga djupare i ämnesproblematiken. Därigenom uppstår också en ökad sensibilitet i tolkningen där min egen tolkning av verkligheten måste tas med i beräkningen. Något som kan vara av värde på samma gång är att kunna iaktta vilket uttryckssätt intervjupersonerna använder förutom i talspråk.

I själva verket är det jag som har det större inflytandet i att påverka intervjusituationen och att överhuvudtaget ha erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård och att delge sina upplevelser kan vara svårt och känsligt för intervjupersonerna. Jag har reflekterat över hur intervjusituationer som dessa kan vara en balansgång i valet av frågor och ämnen där man ibland får hoppa över vissa frågor när det blir känsligt. Att veta när man ska prata lite, att man inte ska ställa vissa frågor är något jag blivit tvungen att reflektera över. Framför allt när jag ställde känsliga,

ingående frågor var det till hjälp att jag med mina egna erfarenheter i ämnet kunde sätta mig in i deras upplevelser och därigenom skapa en eventuellt mer avslappnad atmosfär.

I diskursanalysen är teori och metod sammankopplade. För att kunna använda diskursanalytisk metod är en grundläggande acceptans för den diskursanalytiska teorin ett måste (Winther Jørgensen & Philips, 2000). Enligt Winther Jørgensen & Philips (2000) kan syftet med att använda diskursanalytisk metod vara att kritisera orättvisa samhällsförhållanden och även bidra med förändra dem.

4. Resultatredovisning

Resultatet av de empiriska slutsatser som jag gjort kommer att preciseras utifrån olika teman. Dessa teman har gjorts i syfte att underlätta systematiseringen för läsarens förståelse och för att på ett enklare sätt kunna ta till sig informationen som återkommer även senare i analysdelen.

Dessutom kommer ”tidigare forskning kring patienters erfarenhet av tvångsvård” att ställas i kontrast mot de delstudieresultat jag får. Med socialkonstruktionismen som hjälp kan resultaten naturligtvis bli olika eftersom beteendet i förhållande till kontexten spelar en avgörande roll vilken inställning man förväntas ha. Socialkonstruktionismen som form blir också värdefull för att öka förståelsen i hur man ska ställa olika teman mot varandra.

Auktoritet – autonomi

Jag utgår från Tännsjö (1994) resonemang där respekten för individens autonomi bl.a. utgör två aspekter: ett slags förbud mot paternalism där man inte får tvinga individen, förutom i sitt eget intresse, och inte uppträda och behandla henne som föräldrar. För det andra, är det bara med hänvisning till någon annans väl och ve som vi får utöva tvång eftersom individens eget välbefinnande inte är tillräcklig grund för tvång. De villkor som ska vara uppfyllda för att vi ska kalla en individ kapabel att fatta beslut ska inte gälla innehållet i de värderingar individen gör eller rimligheten av de avvägningar hon kommer fram till. Det ska vara möjligt för en beslutskapabel människa att fatta beslut som är okloka i andras ögon, annars är risken stor att man omyndigförklarar individer (patienter). Frågeställningar som kan ställas i detta sammanhang är om det finns ett maktförhållande kontra självbestämmanderätt och om rättens förfarande innebär att den utövar makt gentemot patienterna som i sin utsatta position måste kämpa för sin rätt.

Rättssäkerhet

Användningen av rättsäkerhetsbegreppet är problematiskt eftersom det finns flera sätt att definiera det. Jag utgår från definitionen att rättssäkerhet kan betyda att rätten och

rättstillämpningen ska vara förutsebar, att alla ska bedömas lika, att man har rätt till rättslig överprövning, dvs. rätten till att överklaga beslut och att man har rätt till skydd mot integritetskränkningar¹³. Rättssäkerheten innebär svårigheter när utsatta grupper i samhället, som t.ex. barn, patienter (i detta sammanhang), låginkomsttagare etc. genom sin svaga ställning inte har den ”rättsliga tillgänglighet” som krävs för att de ska kunna tillgodose sina lagliga rättigheter.

Indefiniering – utdefiniering

Disciplinen är en del av maktens mekanismer. Utövning av makt leder inte sällan till underordning och förtryck, speciellt utsatta minoritetsgrupper i samhället som i fallet med t.ex. patienter (Foucault, 1992). Den disciplinerande makten (indefiniering) innebär en normalisering, dvs. en anpassning av värderingar, tankar etc. Disciplineringsprocessen har sina institutionella uttryck inom t.ex. vården. Genom att utdefinieras, stigmatiseras patienten genom de sociala insatser som sker i samband med rättsprocessen som eventuellt förstärker en avvikarroll och som därigenom försvårar patientens koppling till sin sociala tillhörighet.

Reifiering – rutinisering

Reifiering är framför allt ett begrepp som den tidigare teoribildningen tagit upp, där den förekommer i Marx och Durkheim terminologi (Andersen & Kaspersen, 1999). När man s.a.s. gör ting av människor, iakttar dem utifrån, när samhället s.a.s. reifieras, ”förtingligas” det genom att det uppfattas som en självfungerande enhet där upprätthållandet av stabiliteten i form av olika samhällsinstitutioner regleras genom individens egna handlingar. Konsensusperspektivet som förknippas med detta begrepp karakteriseras av att samhället ses som ett system där beroendet mellan delarna betonas. Familjen, religionen, rätten är exempel på institutioner som ska upprätthålla sammanhållningen.

Rutinisering menas med den slags ”street-level bureaucracy”, fritt översatt: ”gräsrotsbyråkrati” ett begrepp som präglats av Lipsky (1980) som innebär att det är de som förknippas med den sortens byråkrati egentligen ska uppfattas som samhällets verkliga beslutsfattare eftersom de fyller en funktion som länk mellan det offentliga och i kontakten

¹³ SOU 1998:32

med medborgarna. Den stora efterfrågan resulterar i att de känner sig otillräckliga i sitt arbete som ger upphov till olika avvärjningsmekanismer där rutiniseringen är ett av inslagen som de måste hantera.

Genus – kvinnligt/manligt

Frågor som jag förknippar med detta tema är bl.a. om kvinnor och män bedöms enligt traditionella mönster i t.ex. länsrättsdomarna och om kvinnor framställs på ett annat sätt än män? Här finns också andra begrepp inkluderade som blir relevanta i bedömningen t.ex. allvarlig psykisk störning m.fl. är också socialt och kulturellt betingade i vidare mening.

4.1 Länsrättsdomar

Utifrån ett diskursanalytiskt perspektiv gäller för dessa domar: (bestående av sju kvinnor och fem män), det totala antalet under den undersökta tidsperioden gällande fortsatt psykiatrisk tvångsvård, alternativt konvertering samt beslut om intagning. Den yngsta respektive äldsta bland kvinnliga personer som finns i domarna är född 1983, och 1956. Yngste respektive äldste man är född 1975 och 1942.

4.1.1 Ett regeringsrättsavgörande

Ett rättsfall (Rå Ref 1999:64) som kan appliceras kring problematiken av rättens maktställning och syn gentemot den enskildes, patientens, reella situation som i detta sammanhang ges mycket liten chans till att göra sin röst hörd. Patienten blir i det här fallet mot sin vilja konverterad frivillig vård enligt hälso-och sjukvårdslagen till tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. I överklagan yrkar patienten att hon först och främst inte motsätter sig någon vård, vilka är ett av de viktigaste kriterierna som ska vara uppfyllda när man beslutar om tvångsvård och att vården skall ha ett behandlingsinnehåll, och att hon anser att ansökan om tvångsvård kommit till genom viljan att bestraffa henne. Vid en diskursanalytisk läsning av fallet upplever jag att det framkommer en tragisk bild av en frustrerad patient som ingen lyssnar på. I själva verket är det de komplikationer som följer

med de yttre omständigheterna i patientens livssituation som rätten inte tar någon som helst hänsyn till i bedömningen. Patientens försämrade tillstånd beskrivs inte utifrån den bristande kontinuitet och frustration som patienten omgärdas av. Trots att patienten tvingas flytta till annan avdelning p.g.a. platsbrist får hon inte fortsatt kontakt med samma läkare som hon utlovats, trots att patienten anses suicidbenägen tilldelas hon stor mängd medicin, avsedd för en veckas permission utan kontroll.

Att utgå från den sociala miljön som patienten befinner sig i bedömningar om tvångsvård menar Holstein (1993) är viktigare än att relatera allt till den aktuella situationen.

Ur de olika domsluten kan man se att man varken tagit sig an patientens sociala situation eller hur hennes situation vid tillfället ser ut, utan hänvisar endast till tidigare uttalanden.

I motiveringen för konvertering står att läsa i länsrättsdomen: ”hennes upprepade intoxicationer har ökat i takt med att hennes missnöje ökat...”. Men i domen nämns ingenting om varför det förhåller sig på det viset. Faktum är och som också framgår i överklagan är att hennes försämrade situation och brister i behandlingen inte överensstämmer med hennes behov. Domen överklagas alltså och avslås av samtliga instanser. När regeringsrättsdomen väl avkunnats har det gått så lång tid att tvångsvården av sig själv redan har upphört. Det är uppenbart att man vid varje domslut inte bryr sig om att göra någon ny individuell och aktuell bedömning av patientens situation utan upprepar lagtexter där motiveringar efter hand förstärks till nackdel för patienten och går tillbaka till vad tidigare rättsinstanser sagt i sina domar.

Frågeställningen blir här om hur ofta man från rättens sida egentligen beaktar den enskilde i sådana här sammanhang. Hollander & Sjöströms (2000) tidigare forskning om psykiatrisk tvångsvård pekar i detta fall framför allt på brister i den formella relationen mellan parterna i rätten. Den enskilde som är föremål för ansökan om vård uppfattas inte alltid som part i juridisk mening. Något som är problematiskt från början är själva relationen mellan parterna som är tänkt att vara uppbyggd på en terapeutisk grund (d.v.s. i omsorg om den enskilde). Om den enskilde vägrar att godta myndigheternas bedömning av vårdbehovet riskerar hon samtidigt att framställas som om hon ger prov på bristande samarbetsvilja eller dålig sjukdomsinsikt och detta kan i sin tur få konsekvenser för att motiven för tvångsvård stärks. Dilemmat kan sägas ligga i de dubbla roller av terapeut och motpart som myndighetsrepresentanter får i dessa processer. Bidragande orsaker till patientens

underordnande roll i rättsprocessen menar Holstein (1993) är bl.a. rättens maktposition som innebär att det görs subjektiva tolkningar. Patienten bedöms inte utifrån ett individuellt anpassat perspektiv utan jämförs snarare med andra patienter. Patienten klassificeras och interaktionen mellan parterna förs inte på en jämlik nivå.

Enligt Foucault (1992) leder utövning av makt inte sällan till underordning och förtryck, speciellt utsatta är minoritetsgrupper i samhället, som patienter i detta fall. Patienten riskerar att utsättas för disciplinering med bestämda föreställningar och normer som i detta sammanhang företräds av rätten och de inblandade, där den disciplinära makten innebär en normalisering d.v.s. en anpassning av värderingar och beteenden. Genom styrning och korrigerande resulterar detta till slut i att individerna (patienterna) övervakar sig själva. Individen disciplineras att själv uppfatta vad som rätt i sin strävan anpassa sig.

4.2 Intervjuer

”Henrik” är c:a fyrtio år gammal och är vid intervjutillfället inskriven på en rehabiliteringsavdelning där han kan röra sig fritt. Han har sammanlagt varit tvångsvårdad tre gånger och i samtliga fall prövades han i rätten.

”Bengt” är även han i fyrtioårsåldern. Det är nio år sedan han blev tvångsvårdad för första gången och han har sedan dess blivit dömd till tvångsvård vid ytterligare tre tillfällen.

Tredje intervjupersonen, ”Mattias”, är jurist och som genom sitt ettåriga arbete som notarie i länsrätten kommit i kontakt med bl.a. LPT-ärenden. Hans arbetsuppgifter som notarie bestod i huvudsak av att skriva protokoll och skriva förslag till domaren i målen. De som är anställda som notarie kommer nästan alltid direkt från juristutbildningen. Notarien har ingen aktiv roll i domstolen och innehar ingen rösträtt utan tillfrågas endast om hans åsikt i domslutet.

”Incidenten”

Trots att det redan gått nio år sedan ”Bengt” blev tvångsvårdad för första gången sammanfattar han sina upplevelser såhär: *”...det sitter i ändå.”* För även om det gått en väldigt lång tid förknippar han tvångsvård för egen del - med en i det närmaste traumatisk händelse som inträffar vid samma tidpunkt. Han berättar om något han sent kommer att glömma när han befinner sig på den slutna avdelningen där han är tvångsintagen. En kväll när han är i färd med att lägga sig för att sova börjar han känna sig illamående och ramlar till slut ihop på golvet. Han kallar då på nattpersonalen som på ett hårdhänt och enligt honom själv snarare på ett brutalt sätt lyfter tillbaka honom till sängen och knuffar ner honom.

Personalen beslutar sig för att det inte är nödvändigt att tillkalla läkare varvid de istället tvingar i honom en sömntablett och lämnar honom därefter i maktlöshet och förtvivlan. Under natten lider han i det tysta med svåra smärtor i huvudet. Följande morgon har han trots smärtor och obehag som han fått genomlida under natten, inte mod att konfrontera personalen p.g.a. sättet han känner sig ha blivit behandlad på. ”Bengts” fysiska tillstånd förbättras dock efterhand trots att han fortfarande inte fått genomgå någon undersökning som han egentligen är i behov av. Efteråt inser ”Bengt” att vårdpersonalen uppfattat hans besvär som något som kan ingå i sjukdomsbilden och inte något allvarligt som det i själva verket visar sig att vara.

Först efter några år, i samband med att ”Bengt” kommer i kontakt med andra läkare berättar han om den traumatiska händelse som han tidigare varit med om. Man beslutar då att han omedelbart ska skickas till Neurologen där han får genomgå en rad undersökningar, bl.a. görs s.k. EEG d.v.s. undersökningar av hjärnans elektriska aktivitet. Så småningom kommer man fram till att ”Bengt” med största sannolikhet haft en blodpropp den där speciella kvällen.

Läkarens, den sakkunniges roll

Varje gång ”Henriks” ärende om tvångsvård tagits upp i rätten är hans förväntningar inför beslutet om tvångsvård ska infrias eller inte, inte särskilt höga. Trots det till synes hopplösa utgångsläget och den uppgivenhet han känner inför detta beslut hyser han ändå ett litet hopp om att kunna undslippa att dömas till tvångsvård. Men statistiken talar sitt tydliga språk när man gått på läkarens linje i samtliga tre fall då ”Henrik” varit i rätten.

Så som ”Bengt” ser det – d.v.s. om han ska dömas till tvångsvård eller inte är i princip bara är en sak mellan läkaren, den sakkunnige, och domaren vilka tillsammans verkar vara de som om delar på ansvaret i vad man slutligen kommer fram till:

”Det var tre mot mig. Läkaren vann kan man säga. De gick efter vad läkaren sa, hans uppfattning alltså. Läkaren fick de flesta på sin sida. Jag ville vara frivilligt intagen men jag hade ju alla emot mig.”

Med ”Bengts” beskrivning kan man konstatera att han inte känner att han räknas som egentlig part under själva förhandlingen. Han känner att samtliga inte är intresserade av att höra hans mening och tycker att alla verkar utgå från deras egna förutbestämda ståndpunkt.

”Henrik” anser att det som i praktiken har störst inverkan på hur beslutet ska bli är vad läkaren (och den sakkunnige) har för argument:

”Ja, förväntningarna handlar ju om det ska bli tvångsvård eller inte. Och mina förväntningar är ju att det inte ska bli det. Men i de tre fallen så har de gått på vad läkaren säger och där är en sakkunnig med också. Läkarens ord väger tungt plus den särskild sakkunnige, de föreslår att det ska bli LPT, medan mina ord väger inte så tungt eftersom jag är ju sjuk.”

Vad ”Henrik” egentligen menar är att han upplever att hans ord inte har samma dignitet eftersom han är ”sjuk” men att han troligtvis inte fått uppleva samma sak om han klassificerats som ”frisk”. Ur rättssäkerhetssynpunkt är detta både en skrämmande och tragisk beskrivning av hur ”Henrik” känner sig behandlad i rätten utan att ha någon som helst trovärdighet och respekt för sin autonomi gentemot de som har den egentliga makten, d.v.s. i detta fall: läkaren respektive specialisten i form av sakkunnig. Om ”Henrik” menar att hans ord inte väger lika tungt kan man betrakta det utifrån att de som utövar makten i rätten redan klassificerat honom s.a.s. innan han själv träder in i rättssalen i egenskap av ”den sjuke”.

”Henrik” anser även att det är hans ombud, (advokaten) som ska bära det största ansvaret i att föra hans talan i rätten. Sjukdomstillståndet vid den aktuella tidpunkten spelar här en stor roll i hur stor utsträckning för hur han själv ska föra sin egen talan. ”Henrik” berättar om konsekvenserna av att hans sjukdomstillstånd hunnit förändras innan hans ärende tas upp i

rätten. Varje gång ”Henrik” insjuknar, präglas hans sjukdomsförlopp av ett återkommande scenario, ett s.k. maniskt tillstånd som kan göra honom våldsam och farlig för sig själv och/eller sin omgivning. Efter en tid brukar sjukdomen övergå i depression. Han tycker att det vore mera rimligt om man inte längre betraktade honom som en fara för sig själv eller andra när han är djupt deprimerad, eftersom han då är lugn och tillbakadragen.

Detta är något som ”Henrik” själv aldrig har tagit upp med någon när han är i rätten, även om det i ”Henriks” fall skulle vara avgörande att slippa bli utsatt för tvångsåtgärder när han ändå inte längre befinner sig i farozonen s.a.s. Han beskriver vilken roll sjukdomen kan spela innan beslutet om tvångsvård ska tas:

”Men jag har inte varit jättesjuk, det har jag varit innan...i princip är jag frisk när jag kommer dit, tycker jag, medan då läkaren tycker att jag fortfarande är dålig. Detta är ju då en sjukdom som man förstår inte, att man är sjuk ibland.”

”Man känner sig frisk men man är sjuk ändå. Det kan bero på just den sjukdomen jag har, att det kanske blir mer avslag där än andra sjukdomar det vet jag inte. I och med det inte går att lita lika mycket på vad jag säger, och det är just det den särskild sakkunnige förklarade också och då lyssnar ju domaren på det och...jag kan ju vålla skada både för mig själv och på omgivningen.”

”Henrik” berättar här att hans trovärdighet nästintill är obefintlig i rätten och att det är hans sjukdom som ligger honom till last. De faktiska omständigheterna kring hans sjukdomstillstånd diskuteras inte utan istället är det styrkan i den läkarens (särskild sakkunnig) argument som väger tyngst i avgörandet. Rättssäkerhetens giltighet kan ifrågasättas när parterna inte behandlas lika. Hur situationen kan se ut ur patientens synvinkel får illustreras genom ”Henriks” berättelse:

”Jag får nåt litet intryck av att dom..., att man känner sig lite dömd på förhand, jag vet inte. Det är ett intryck jag får när man ser, där sitter domare, sen är det ju fem nämndemän också, de sitter ju längst uppe. De bara sitter där, dom säger ingenting och domaren säger ingenting heller...men man får en känsla av det är liksom att..., att man är dömd på förhand eller lite sådär tryckt stämning.”

Miljön

Miljön kan ofta spela en viktig roll i de flesta sammanhang och kan i bästa fall ha en positiv inverkan på människor. ”Henrik” tycker inte att miljön i rättssalen är särskilt viktig i sammanhanget. ”Bengt” verkar också ignorera betydelsen av en behaglig domstolsmiljö:

”Salen tänkte jag inte så mycket på. Det är ganska opersonligt men...jag tycker inte det spelar så stor roll. Det är ju ett rätt stort rum. Det är ju uppe på sjukhuset. Så det är ett långt bord med stolar, men det är väl OK.”

Rättssäkerheten

”Bengt” resonerar kring hur han anser att han behandlas under själva förhandlingen:

”Jag kan inte göra något åt det ändå men jag kan ändå säga min mening...men jag kände på mig hur beslutet skulle bli, det hela kändes att det var förutbestämt på ett sätt alltså.”

”Bengts” uttalande speglar enligt mig, den maktlöshet han känner av att närvara i rätten. Detta är både tragiskt ur hans synvinkel och inte acceptabelt ur rättssäkerhetssynpunkt. ”Bengt” anser att man i praktiken i förväg gjort upp om vilket beslut som ska fattas. ”Henrik” menar att det lika gärna bara kan vara upp till läkaren att fatta det slutgiltiga beslutet:

”...man kunde nog nästan låta läkaren avgöra det. För dom i länsrätten tror jag, [lyssnar så mycket på läkaren, de går så mycket på vad läkaren säger, så vad jag och mitt ombud säger, det verkar de inte ta någon större notis om] Men det kan ju ha varit den uppfattningen jag har fått i och med jag har fått avslag alla gångerna.”

”Mattias” som under sitt arbete som notarie anser att det delvis kan finnas en poäng med att patienterna får veta om det finns någon utanför sjukhuset som kommer och granskar om tvångsvård ska komma ifråga eller inte och menar att han i genomläsningen av olika utredningar och synpunkter sett att man kanske inte identifierar det som något självständigt organ: *”utan mer som att de dansar efter doktorernas pipa”*. Men han tror samtidigt att det för många kan vara en poäng, förhoppningsvis för alla och tillägger att det även kan vara besvärligt sett ur läkarnas synvinkel även om det kan kännas svårt att ha utomstående som

granskar ens arbete. Han anser att det på något sätt kan också kännas skönt och veta att det faktiskt är någon annan som: *”lite håller i yxan om man får säga så, som fattar beslutet.”*

Om problematiken, som ”Mattias” pratar om, kan sättas in i ett rättsäkerhetsperspektiv, präglas hans syn av rätten genom omvandlingen till en självreglerande organisation (Luhmann, 1995). Det som är anmärkningsvärt är att han inte problematiserar utan istället tar för givet att det inte finns något sätt att påverka situationen. Frågan som man kan ställa är om läkarna verkligen upplever situationen på samma sätt som han beskriver den. ”Mattias” fortsätter att resonera kring om rättssäkerheten i allmänhet:

”Jag hade föreställningen när jag började där på domstolen...att det fanns rättsäkerhetsbrist i förfarandet men det tycker jag faktiskt inte nu att det gör.”

Han berättar att det man bör diskutera borde vara enstaka frågeställningar, till exempel konverteringsförfarandet. Att tvångsvård är en absolut nödvändighet för många patienter och hans fasta övertygelse är att domstolsförfarandet som finns svarar mot rimliga och adekvata krav på rättssäkerheten. Genom sitt ombud, eller sitt biträde kan patienten inte bygga ett stort förtroende för men det finns ändå alltid en grund rättsäkerhetsmässigt.

”Mattias” vill genom sitt uttalande först och främst visa att han haft en uppfattning om att det funnits rättssäkerhetsbrister. Men han är samtidigt väldigt mån om att poängtera att denna uppfattning ändrats under tiden. ”Mattias” fortsätter sitt resonemang genom att konstatera att man i efterhand kan se att det brukar finnas fog för beslut om konvertering för som han uttrycker det borde tanken alltid vara att man ska skydda och upprätthålla förtroendet för psykiatrien så att den som söker frivilligt ska känna att de ska förväntas få den vård patienten önskar. ”Mattias” uttalande illustrerar beskrivningen av ett belöningssystem (Goffman, 1961) där belöningen i form av förmåner ska stödja patienten i att vilja söka vård frivilligt och att hon ska belönas för detta.

Rättens representanter

”Mattias” kommenterar det förhållningssätt som rättens representanter uppvisar gentemot patienten och som ter sig alltför problematiskt genom att rättens representanter på ett sätt har mycket litet gemensamt med patienterna. Samtidigt som han konstaterar att det är mycket svårt att sätta sig in i hur patienten känner och fungerar så är det i den här typen av mål, utifrån ett mindre juridiskt tekniskt håll, trots allt viktigt att ha det här inflytandet.

4.2.1 Tidigare forskning kring patienters erfarenhet av tvångsvård

Syftet med studien¹⁴ var i deskriptiv mening att undersöka utbredningen av vård enligt LPT och förekomsten av tvångsåtgärder inom Västra Stockholms Sjukvårdsområde. Studiens explorativa syfte var att beskriva patienternas erfarenheter.

Resultat som studien omfattar är att flertalet av de som intervjuades ansåg att det var riktigt att de tvångsvårdats. Orsaken till att de hade den uppfattningen berodde på att de ansåg sig vara i behov av att vård överhuvudtaget men däremot var de tveksamma till om det var nödvändigt att det skedde med tvång. Flera av intervjupersonerna har dessutom haft mycket negativa upplevelser av tidigare tvångsvård. Sjukdomstillståndet ses som central faktor till vården i sin helhet.

Om man betraktar studien ur ett genusrelaterat perspektiv är fördelningen mellan könen inget som författaren varken redogör för eller kommenterar närmare. Anmärkningsvärt är emellertid att det trots allt endast ingår två kvinnor i intervjumaterialet av totalt nio personer. I studien går inte heller att utläsa några skillnader mellan män och kvinnors olika upplevelser i samband med att de tvångsvårdats. Men om man jämför studiens könsfördelning bland de som intervjuades visar riksstatistiken ett annat förhållande:

Av det totala antalet vårdtillfällen (8700) år 2000, är fördelningen mellan män och kvinnor som vårdats i slutna vård: män: 55 %, mot 45 % kvinnor¹⁵. Rimligtvis borde författaren tagit reda på hur det förhåller sig i verkligheten och anpassat detta i relation till den egna studien.

¹⁴ I samarbete med Forskningsstiftelsen Humlan och Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH). Av Johan Svensson

¹⁵ <http://www.sos.se/FULLTEXT/46/2002-46-1/02kap3.pdf>

5. Analys

5.1 Dokumentanalys

Auktoritet – autonomi/ länsrättsdomarna

Problematiken kring förhållandet mellan auktoritet och autonomi kan jämföras med hur en patient framställs motiveringen av domen. I detta fall handlar det om en kvinna som döms till fortsatt vård (enligt 7§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. I domen anför chefsöverläkaren att hon ”lider av en allvarlig psykisk störning i form av utvecklingsstörning och personlighetsstörning.”

Först och främst ska man ifrågasätta om man kan likställa diagnosen ”utvecklingsstörning” utifrån samma kriterier som man bedömer ”allvarlig psykisk störning”. I LPT-lagens 3§, 3 stycket står att läsa att ”tvångsvård får inte ges, om patientens psykiska störning enligt första stycket 1 utgör enbart en utvecklingsstörning.” I domslutet framgår överhuvudtaget inte någon diskussion kring detta. Kanske är det rimligt att påstå att det i själva verket kan vara andra orsaker som kan ligga bakom beslutet att döma kvinnan till fortsatt tvångsvård.

Vad som verkligen är anmärkningsvärt när man läser motiveringen är att det bl.a. står att chefsöverläkaren vid den muntliga förhandlingen uppgett följande: att kvinnan inte kan närvara vid förhandlingen eftersom hon vid permission ”har svält en sked”. Frågan är om det verkligen finns skäl att nämna detta i motiveringen om varför kvinnan ska dömas till fortsatt tvångsvård eller inte. Är det rätt att överhuvudtaget att behöva skriva ner denna händelse som motivering när den inte har någon relevans i sammanhanget när den borde betraktas i form av en isolerad händelse?

Detta förfarande kan knytas an till Foucault (1987) och maktbegreppet (bio-makt) i formandet av människor som innebär att patienten disciplineras och regleras. I detta specifika fall är det rätten som klassificerar patienten. Genom att beskriva att en patient ”har svält en sked” s.a.s. avhumaniseras patienten genom att förlöjligas och framställas som sjukare. Rätten väljer att här iklä sig rollen som bekräftar ett förhållningssätt gentemot patienten som utåt sett verkar acceptabelt och där språket driver fram den (subjektiva) verklighetsuppfattningen.

Hollander & Sjöström (2000) beskriver vikten av att alltid tillgodose varje enskilt behov trots att t.ex. den kulturella acceptansen kan vara avgörande i prioriteringen av den uppfattning som tillämpas oftast där patienten inte alltid uppfattas som part i egentlig mening. Samtalet kan inte föras på samma villkor p.g.a. distansen mellan å ena sidan läkare, den sakkunnige, och å andra sidan patienten. Genom att tillämpa diskursanalys i detta skede finns det större möjligheter att synliggöra ev. orättvisor om man misstänker att rätten tolkar utifrån sin subjektivt utformade verklighet. Interaktionen blir ytterligare problematisk genom rättens överordnande roll i funktionen att vara den "juridiska rösten" i kampen mellan vad som verkligen kan sägas stämma överens med verkligheten. Patienten blir tvungen att framställa sig på ett så kompetent, ansvarsfullt, och trovärdigt sätt som möjligt trots att chanserna är små att patienten i praktiken ska få gehör för sina egna synpunkter. Holstein (1993) menar att det vore lämpligt att man fokuserade mera på arbetet som rättens representanter utför, eftersom rätten har en tendens att utgå från sitt eget perspektiv och göra sina egna tolkningar av patientens situation.

Auktoritet – autonomi/ intervjuerna

Intervjupersonernas upplevelser i samband med deras medverkan under själva länsrättsförhandlingen är en gemensam uppfattning om att den till synes auktoritära hållningen utgör en klart utpräglad dominans från läkaren och den sakkunniges sida. Trots att de är nöjda med att de tilldelas ett ombud (advokat) är de eniga om att framför allt, läkaren innehar den formella makten. Båda berättar om att de på något sätt känner sig dömda på förhand vilket ur rättssäkerhetssynpunkt kan betraktas som mycket dåligt så länge patienten inte behandlas utifrån ett adekvat sätt.

Bägge intervjupersoner beskriver också den likgiltighet som de känner inför det sättet de blir behandlade på under förhandlingen. Att patienten uppfattar sig själv som s.a.s. "dömd på förhand" förklarar Holstein (1993) genom att rättens roll alltid är problematisk om man inte beaktar betydelsen av den tolkning som görs utifrån rättens egen kontext. Patientens ställning skulle förbättras om man började fokusera mer på patientens situation genom att förstärka patientens roll och därigenom öka rättsäkerheten. Vad som är ännu viktigare är om domstolen verkligen såg till att fungera på ett objektivt och opartiskt sätt i sina bedömningar.

Dessutom får patientens problematik aldrig enbart betraktas i förhållande till hur situationen vid det aktuella tillfället vid förhandlingen ser ut, utan ska snarare tolkas i förhållande till den sociala miljö patienten befinner sig.

Med en av intervjupersonerna ställs patientens ställning på sin spets när ”Bengt” berättar om att han framför allt kan känna sig väldigt orättvist behandlad och tycker att de i rätten i princip har stämplat honom genom den diagnos han har. Han hyser inget förtroende för vården överhuvudtaget. Något som naturligtvis spelar in är den traumatiska händelse som han varit med under tiden han varit tvångsomhändertagen. Vad den traumatiska händelsen illustrerar är att människor som av någon anledning befinner sig i en utsatt position har ibland inga möjligheter som helst att protestera eller uttrycka sitt missnöje när de samtidigt utsätts för någon slags press eller maktutövning.

”Henrik” å sin sida upplever själva rättsprocessen genom på vilket sätt hans sjukdom förknippas med olika symtom och som gör att hans trovärdighet minskar. Han tror dessutom att det kan vara en av anledningarna till att han ständigt får avslag i rätten. Han menar också att en färdigkonstruerad sjukdomsbild av honom styr rättens uppfattning om honom från allra första början. Den generella uppfattning som förknippas med sjukdomen av expertisen är att han inte innehar någon trovärdighet. Alltså förutsätts ”Henrik” ha symtom, som troligtvis innebär att det inte stämmer överens med verkligheten.

Rättssäkerheten/ länsrättsdomarna

Syftet med att rättssäkerheten är uppfylld i första hand, innebär enligt min definition, om rätten verkligen fungerar på ett opartiskt sätt i målen. Generellt sett är det viktigt i läsningen av domarna att betrakta dem utifrån de former som präglar rättens syn och att den i sin tur är konstruerad utifrån den underordnande kontexten. En frågställning som kan anknytas an till rättssäkerhetsaspekten är om man överhuvudtaget ska se LPT-lagen som en form av avlastning eller inte. Om man har ambitionerna att inte göra detta, kan rättssäkerheten inte heller tillvaratas. Om en person ska dömas till tvångsvård eller inte, bedöms bl.a. utifrån tre grundläggande kriterier (se: bilaga 2) som ska vara uppfyllda, d.v.s. ”om patienten lider av en allvarlig störning, om patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses

på annat sätt...” och slutligen: ”om patienten motsätter sig sådan vård...”...”till följd av patientens psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande.”

Ett av kriterierna som ska vara uppfyllda är att personen lider av en s.k. ”allvarlig störning” och är en av förutsättningarna att kunna dömas till tvångsvård. Att det kan råda oklarheter i definitionen av begreppet är något man upptäcker när man läser domstolsdokumenten, där det i ett av domfallen inte framgår någonstans i motiveringen att han har en diagnostiserad sjukdom. Istället görs en ingående och detaljerad beskrivning i form av: bl.a. härkomst, familjesituation. Hans tillstånd beskrivs inte genom en diagnos utan endast genom uppvisad oro och aggressivitet. Vad man aldrig får veta är på vilka grunder man bedömer att han ska bli tvångsvårdad. Frågor som dyker upp är t.ex. familjens ev. inflytande i hans situation som han befinner sig i.

I ett annat domstolsdokument beskrivs en person med fastställd diagnos och missbruksproblem. Även här är det oklart om tvångsvård verkligen är berättigat, eller rättare sagt om det egentligen är fråga om en nödlösning i brist på bättre alternativa lösningar när det gäller hans boende. Vad som varit adekvat här är om man nämnt något om hans sociala förhållanden som troligtvis spelat en stor roll i sammanhanget. I det här fallet hade rätten tjänat på att visa upp en helhetsbild av mannens problemsituation istället för att rada upp en mängd sjukdomssymtom. I beskrivningen får man intrycket att rätten vill ge sken av att göra en individuell bedömning trots att man ofta använder sig av tillämpningen av lagtext. Vad man inte beaktar är situationer då personen sökt vård på frivillig basis. Istället är det motsägelser om att personen inte innehar någon insikt som dominerar.

Enligt en tidigare publicerad studie av (Sjöström, 1977) visar att det nästan aldrig förekommer beskrivningar i domarna av vilka överväganden som lett till att man valt att betrakta, i detta fall, chefsöverläkarens, faktabeskrivning som den korrekta. En av slutsatserna i Sjöströms analys är att det egentligen är mycket lite som talar för att patienten i realiteten kan få till stånd en ändring i utfallet av domen. Detta resultat överensstämmer också med den uppfattning som jag har när jag tagit del av resultaten som länsrättsdomarna visar.

Rättsäkerheten/ intervjuerna

Genom intervjupersonernas information kan man tyda sig till att rättssäkerhetsaspekten ur en organisatorisk synvinkel endast existerar i form av rutinisering. Utifrån deras verklighetsbeskrivningar kan man dra slutsatsen att rättsskyddet mot kränkning inte upprätthålls. Juristen respektive intervjupersonerna representerar två olika verklighetsuppfattningar där juristen är den auktoritära, tongivande som menar att länsrätten som organisation fungerar tillfredsställande och bra. Rätten visar därigenom upp en form av illusorisk rättvisa.

Frågan blir då om rätten överhuvudtaget behövs om den egentligen framstår i form av en illusion. Faktum kvarstår att en av intervjupersonerna upplever att han ständigt får avslag i rätten. Detta händelseförlopp illustrerar tydligt rättens dominans när den som bäst utövar sin paternalism gentemot patienten. Här kan man dra paralleller med Tännsjö's (1994) uppfattning om respekten för individens autonomi där en form av paternalism inte får vara avgörande för hur hon ska behandlas, utan endast i skydd av hennes eget intresse.

Något som är mycket problemfyllt under länsrättsförhandlingen är den sakkunniges och läkarens roll under själva processen. Här råder en ständig fara om rättssäkerhetsgarantin inte fungerar som det var tänkt. Saker som kan påverka den är t.ex. risken att den som anlitas som sakkunnig brukar redan ha nått pensionsålder och därigenom visserligen kan ha mycket erfarenheter i området samtidigt som det också kan vara ett hinder. Till rättens nackdel tillkommer även att de dessutom tidigare varit kollegor och varit yrkesverksamma länge inom samma geby.

Både "Bengt" och "Henrik" ger uttryck för att de på ett sätt redan känner sig dömda på förhand. Juristens diskussion om distansen som finns mellan de som företräder rätten och patienten präglas av en motsägelsefullhet. Svårigheten består i om man inte har förmågan att sätta sig in i patientens situation riskerar man samtidigt att bortse för vad som egentligen är bäst för patienten. Därför hamnar patienten lätt i en slags beroendeställning gentemot rättens representanter när patienten försätts i situationen där den sakkunnige respektive läkarens uppfattning spelar en avgörande roll. I detta sammanhang kan man ställa frågan om rättens inflytande som part är till godo för patienten om de tvingas hamna i denna beroendeställning.

Om jag utgår från resultaten som intervjuerna gav, är patienternas egna upplevelser att de i kontakt med rätten anser att rättens funktion i viss bemärkelse är överflödig. Detta bekräftas bl.a. av "Bengt" när han berättar om hur han redan visste hur beslutet skulle bli innan domslutet var avkunnat. Det finns därför goda grunder att ifrågasätta den rättsliga processen här om det är så att hela scenariot känns förutbestämt. "Henrik" anser att man lika gärna kunde överlåta ansvaret till läkaren eftersom han anser att det ändå är läkaren som man lyssnar mest på under förhandlingen.

Utgångsläget borde inför en länsrättsprövning vara, enligt Hollander & Sjöström (2000), att den formella relationen mellan patienten och rätten förs på en nivå på lika villkor eftersom patienten annars riskerar att utsättas för diskriminering. Ytterligare faktorer som spelar in är de språkliga praktiker som tillämpas och som försvårar för patienten att ta till sig rättens version och framföra sina egna ståndpunkter. Holstein (1993) menar att rättens beslut inte ska fattas på lösa grunder genom att rätten utgår från kulturella skillnader, i jämförelse med andra patienters sjukdomsbilder och i vad som ska definieras som "normalt" eller "avvikande."

Rättssäkerheten/ tidigare forskning kring patientens erfarenhet av tvångsvård

En av dem som deltog i intervjustudien, beskriver sina erfarenheter av länsrättsförhandlingen genom att kalla länsrättsprövningen som en form "skenrättegång". Fastän detta är hans subjektiva uppfattning borde man ta sådana åsikter på allvar, för detta visar att det krävs förändrade rutiner i hanteringen av informationen kring prövningen. Författaren av studien konstaterar att förhållandet pekar på att patienten inte informerats om vare sig syftet eller innebörden av länsrättsförhandlingen. Ur rättssäkerhetssynpunkt är detta inte tillfredsställande. Merparten av de som intervjuades ansåg dessutom inte tvångsvård vara berättigad eftersom de upplevde att personalen bestämt sig i förväg om att inte fanns några alternativ.

Om man drar liknande slutsatser av hur situationen såg ut på 70-talet, menar Hetzler, (1978) att rättsgarantierna (i LSPV) i verkligheten inte spelar någon roll i egentlig mening för patienternas del. Men om man fortsätter att stödja arbetet i att lagen ska tillämpas som det var tänkt finns det fortfarande möjligheter att uppnå de mål som förväntas.

Indefiniering – utdefiniering/ länsrättsdomar

Framför allt kommer dessa begrepp till sin användning när man studerar ett av domstolsdokumenten i beskrivningen av en man som klassificeras på olika sätt. Inte bara betecknas han som ”bostadslös”, han kännetecknas även genom att vara ”känd inom psykiatri sedan 1970-talet” och att ”han har svårt att tillvarata sina intressen ute i samhället”. Frågan är om man gagnar patienten med denna information, eller vem som ska ha nytta av den stigmatisering som denna man är utsatt för. Att utöva makt över andra människor genom disciplinering (Foucault, 1992) kan slutligen resultera i att människan ofrivilligt blir stigmatiserad genom viljan upprätthålla en önskad struktur och normsystem. Detta är ett förfarande som naturligtvis är mycket förödande för den drabbade eftersom det blir svårt att bli av med de fördomar som förknippas med personen. Det är även här diskursanalysen kan tillämpas genom att studerandet av olika maktförhållanden mellan sociala klasser, (Fairclough, 1997) som i detta fall.

Indefiniering – utdefiniering/ intervjuerna

Intervjupersonerna vittnar om att de ofta känner sig marginaliserade. ”Henrik” får illustrera detta:

”...mina ord väger inte så tungt eftersom jag är sjuk.”

”Henriks” uttalande visar tydligt hur han ser på sig själv, genom att iklä sig rollen som ”avvikande”, ”den sjuke”. Detta kan ytterligare associeras till en stigmatiseringsprocess (Goffman, 1973) där han till slut accepterar att ha den rollen också. Men vilka orsaker kan ligga bakom detta? Troligtvis har hans uppfattning ett samband med en dålig självkänsla och en effekt av ett slags förtryck som han har erfarenhet av. Dessutom tycker han att hans situation är helt acceptabel i relation till andra saker som han följaktligen anser är av svårare natur. Utifrån vårdpersonalens sätt att se befinner sig ”Bengt” i ett sådant tillstånd att han inte är trovärdig av det han säger, att han absolut inte kan tas på allvar. ”Bengt” får istället finna sig i att inte bli betrodd eftersom han inte har någon formell chans gentemot vad personalen anser.

Individen disciplineras till att själv uppfatta sanningsdiskursen som något att sträva efter och självmant anpassa sig till. Det paradoxala i reduceringen av det direkta våldet är att det istället ersatts av att makten ökat snarare än minskat, genom att nya, mer subtila, som t.ex. i ”Bengts” fall, och mer effektiva former av påverkan har utvecklats (Foucault, 1992). Tillämpningen av lagstiftningen innebär alltid svåra överväganden och bedömningar mellan å ena sidan den enskildes självbestämmande och integritet och å andra sidan samhällets ansvar att garantera vård, skydd och kontroll i situationer då det inte går att få samtycke till den vård som anses behövas. Sjöströms (1977) studie av hur kliniker tillämpar lagen pekar mot ett paternalistiskt förhållningssätt där de kan betraktas som användare snarare än som följare av regler. Man kan inte påstå att personalen i ”Bengts” berättelse följde några regler.

Reifiering – rutinisering/ länsrättsdomar

Efter att ha läst de tolv domarna var framför allt mitt intryck att patienterna framställs på ett schablonartat sätt och formuleringarna präglas av att vara väldigt likartade. Det är ganska enkelt att föreställa sig att dessa domar kan förknippas med Lipskys ”street-level bureaucracy”, gräsrotsbyråkrati, med slentrianmässiga formuleringar och stereotypa utsagor. För att göra en koppling till Durkheim associerar man domarnas nedsättande ton och okänsliga och onyanserade sätt, utan inlevelse för motparten, med reifiering – patienterna framställs som ting utan eget omdöme och förnuft.

Reifiering – rutinisering/ intervjuerna

Av intervjupersonerna att döma är miljön i rättssalen något som de inte finner ha någon nämnvärd betydelse. Miljöaspekten av rättssystemet är idag utformat på det sätt genom att det inte tas någon direkt hänsyn till de som någon gång hamnar i den sitsen att de måste konfronteras med domstolsmiljön. Rättssystemets auktoritet illustreras genom distanseringen från allt som kan liknas vad mänsklighet heter. Här är avsikten i viljan att framhäva ett nästan homogent och imponerande system där en demokratisering av rättssystemet skulle gynnas av att öka tillgängligheten för människor (Carlsson & Baier, 2001).

Reifiering – rutinisering/ tidigare forskning kring patienters erfarenhet av tvångsvård

Flera av de som intervjuades hade erfarenheter av att vårdas mot sin vilja vid andra tillfällen. Det är rimligt att anta, säger författaren, att flera av de nyinsjuknade kommer att ha ytterligare sjukdomsupplevelser som kan innebära ytterligare tvångsvårdstillfällen. I dessa situationer i samspelet mellan patient och vården präglas tillvägagångssättet alltmer av rutiner. Dvs. den uppkomna situationen löses på liknande sätt som förut. Det är troligt att liknande förhållanden kan ge upphov till ett handlande där tvångsvård av en välbekant patient är mer sannolik än för en okänd. Just därför att detta är de rutiner som man (både vården och patienten) har för vana att lösa liknande situationer med. Det är avgörande att varje tvångsvårdstillfälle bedöms oavsett tidigare kännedom om patienten. Enligt författarens uppfattning har patienterna ofta god kunskap om den psykiatriska vården men ganska lite kunskap om de regler som gäller för den psykiatriska tvångsvården.

Hollander & Sjöström (2000) anser att det finns en rad olika faktorer som spelar en avgörande roll i behandlingen av patienterna. Byråkratiseringen innebär framför allt en ökad rutinisering där patienter är en av de grupper som drabbas. Minskade resurser gör att patienterna inte längre tolkas utifrån individuellt synsätt utan jämförs med andra och deras situation. Detta förhållningssätt beskriver även Kåhl (1995), där en alltför hög grad av professionalism kan få negativa följder som t.ex. immunisering, ökade maktskillnader, skapandet av en ny autonomi etc. "Street-level bureaucracy", "gräsrotsbyråkrati" beskriver Lipsky (1980) en slags byråkrati som fungerar som samhällets verkliga beslutsfattare eftersom de fyller en funktion som länk mellan det offentliga och i kontakten med medborgarna.

Genus - kvinnligt/manligt/ länsrättsdomar

Ur ett genusperspektiv utsätts inte kvinnorna för någon egentlig diskriminering. Det förekommer inte direkt några beskrivningar om familjesituation i samband med kvinnorna om ev. barn. Däremot förekommer begreppet "välbegåvad" i beskrivningar av två kvinnor som för övrigt är en av få positiva saker som överhuvudtaget förekommer bland domstolsmotiveringarna, trots att det inte verkar spela någon roll i beslutsfattandet.

Hollander & Sjöström (2000) och Holstein (1993) menar att patientens ställning kompliceras av den kulturella acceptans som samverkar när rätten ska beskriva patientens familjesituation, beteende och sjukdomstillstånd. Denna acceptans är beroende av hur kön parallellt med etnisk tillhörighet uppfattas hos både betraktare och den som betraktas som ”avvikare” i rättsprocessen. Frågan återstår om samhället kan garantera och tillgodose den rättssäkerhet som dessa människor är berättigade till och som genom dessa begränsningar får minskade möjligheter att utöva sina medborgerliga rättigheter.

Genus - kvinnligt/manligt/ tidigare forskning kring patienters erfarenhet av tvångsvård

Författaren av denna intervjustudie har endast utgått från kriteriet att intervjupersonerna kommit i kontakt med två avdelningar inom Västra Stockholms sjukvårdsområde. Författaren anger som syfte att endast använda sig av dessa avdelningar för att försöka nå patienter inom samma sektor och därigenom ”söka nå en variation i patientklientelet.” Studiens validitet är inte verklighetsförankrad i den betydelsen att han inte tagit hänsyn till att betrakta den utifrån ett genusperspektiv. Om man jämför med siffror som motsvarar i genomsnitt förhållandet mellan män och kvinnor som vårdats i slutna vård är det 55%, respektive 45% som inte står i proportion till studiens urval¹⁶.

¹⁶ <http://www.sos.se/FULLTEXT/46/2002-46-1/02kap3.pdf>

6. Slutkommentar

Mitt syfte med denna uppsats var att belysa hur LPT-lagen tillämpas i den rättsliga processen och om syftet avseende rättssäkerhet och rättskydd uppfylls i länsrättsdomar och hur dessa resultat skiljer sig från hur de patienter och rättens representanter jag intervjuat, upplever rättsprocessen.

En av mina intervjupersoner beskriver sina upplevelser av tvångsvård genom den maktlöshet och förtvivlan han känner inför de som representerar den. Vården förknippas inte med något hopp om att kunna bli hörd och bekräftad under själva rättsprövningen. Enligt honom fyller den enbart sin funktion genom att läkaren, den sakkunnige och slutligen domaren i verkligheten är de som utövar makt och skapar inflytande inför beslutet som ska fattas.

Hollander & Sjöström (2000) menar att rättssäkerheten inte tillvaratas på rätt sätt när distansen mellan rätten och dess överordnade roll medför att patienten tvingas uppträda på ett trovärdigt sätt eftersom han ändå inte uppfattas som part i egentlig mening. En beskrivning av likgiltighet inför beslutet är också något som mina intervjupersoner instämmer i eftersom de känner sig dömda på förhand och kränkta i sin identitet. Detta tyder på att rättssäkerheten därmed inte blir uppfylld.

Sett ur ett auktoritetsperspektiv känner intervjupersonen sig inte likvärdigt behandlad eftersom han upplever att hans ord inte väger lika tungt som rättens. Rätten definierar honom i egenskap som ”avvikande” och han har därmed inte samma chanser att kunna hävda sig på samma sätt om han blivit klassificerad som ”frisk”. I studien *Patienters erfarenhet av tvångsvård* (1996) framkommer att man borde sträva efter att patienten bedöms lika oavsett tidigare kännedom om patienten. Här kan man samtidigt ifrågasätta om samhället verkligen kan garantera rättssäkerhet för patienten genom att han har dessa begränsade möjligheter.

Utifrån ett diskursanalytiskt perspektiv illustreras detta förfarande tydligt genom en kvinna som i domens motivering utsätts för integritetskränkning där rättens makt verkar vara den som konstituerar kunskapen. Enligt Foucault (1992) är det just makten som har en avgörande roll om målet är att korrigera och normalisera. När den rättsliga processen kännetecknas av utförd marginalisering, ”disciplinering” kan detta bli förödande för den som befinner sig i denna utsatta position när beslutet ska fattas.

Holstein (1993) anser att alla parter skulle gynnas om rättens representanter inte strävade efter att utgå ifrån sitt eget perspektiv i tolkningen av patientens situation. Detta kan dock bli problematiskt för rätten att uppnå om man samtidigt har en benägenhet att utgå utifrån sin egen kontext. För att kunna öka rättssäkerheten för patienten borde rättens gemensamma mål innebära att patientens ställning stärks och att rätten ska vara så objektiv som möjligt i sina bedömningar. Hetzler (1978) konstaterar att rättsgarantiernas roll kan försvagas avsevärt för patienten om lagen inte följs eftersom det är andra sakförhållanden i patientens omgivning som i praktiken är avgörande när rätten gör sin bedömning.

Ytterligare en rättsäkerhetsaspekt består i att en av intervjupersonerna (juristen) i sin definition av rätten betraktar rätten som ett slags självreglerande organisationssystem som kan tolkas utifrån ett belöningsystem där rättens funktion bara kunde dra fördelar av att vara opartisk trots inflytandet av den underordnade kontexten.

Frågan är om LPT-lagen i verkligheten fungerar i form av avlastning eller inte? Om tvångsvård bara är en nödlösning bör det alltid finnas utrymme för andra alternativ. Hollander & Sjöström (2000) menar att det finns svårigheter som följer med i denna problematik som man måste lära sig att hantera på ett bättre sätt än man gör idag. Inte minst den enskildes autonomi och integritet måste spela en större roll i när man gör övervägningar i bedömningen. Samhället måste ta sitt ansvar om det ändå inte finns bättre alternativ till LPT-lagen, som idag dock enligt Hollander & Sjöström präglas av den tillämpas utifrån ett paternalistiskt synsätt där prioriteten i användningen av lagen är större än att följa den.

Om rätten framstår i form av en illusion och den inte kan infria en individuell bedömning av varje patient, är detta en varningssignal för alla inblandade. I domstolsdokumenten framgår t.ex. inga beskrivningar av eventuella övervägningar som man gjort. Patienten befinner sig i en kritisk situation om han i verkligheten inte har någon som helst chans att föra sin egen talan. Det är även det intrycket jag fått av de personer som jag intervjuade.

Något som inte verkar spela någon roll är hur intervjupersonerna uppfattar miljön i rättssalen. Domstolsmiljön brukar enligt Carlsson, B & Baier, M (2001) kännetecknas av en slags reifiering där rättens främsta avsikt i detta hänseende är att den framställs på ett imponerande och homogent sätt. Intervjupersonerna berättar att de känt sig kränkta och orättvist behandlade i rätten. Detta visar att rättskyddet och rättssäkerheten för dem inte blivit

uppfyllda. Enligt Hollander & Sjöström (2000) spelar en rad olika faktorer en avgörande roll om patientens rättssäkerhet tillgodoses eller inte under själva domstolsförhandlingen. Rätten ska i sina bedömningar om patienten är sjuk eller frisk, inte använda sig av bl.a. klassificeringar.

För att rättssäkerheten ska kunna uppfyllas måste domstolens roll alltid vara objektiv och opartisk och inte tillämpa den mest förekommande uppfattningen i sina bedömningar om tvångsvård. Faktum kvarstår att patienterna idag har mycket begränsade möjligheter och kompetens att driva sin sak i rätten, därmed borde de legala garantierna för patientens självbestämmande stärkas. Rätten måste bli mera medveten och de inblandade, advokatens roll bör t.ex. stärkas. Advokaten bör vara helt på klientens sida och inte bidra till att konstituera tvångsomhändertagandet. Framför allt gagnar det få om rätten fungerar som ständigt överordnad i sin nuvarande form.

Referenser

- Andersen, H & Kaspersen, L B (1999) ”*Klassisk och modern samhällsteori*”. Lund: Studentlitteratur
- Andersson, B-E (1994) ”*Som man frågar får man svar*”. Kristianstad: Kristianstads boktryckeri AB
- Berger, P & Luckmann, T (1967) ”*The Social Construction of Reality*”. New York: Random House Inc.
- Burr, V (1995) ”*An Introduction to Social Constructionism*”. New York/London: Routledge
- Carlsson, B & Baier, M (2001) ”*A visual Self-Image of legal Authority: The Temple of Law*”; Social & Legal Studies
- Foucault, M (1992) ”*Vansinnets historia*”. Lund: Studentlitteratur
- Foucault, M (1987) ”*Övervakning och straff*”. Lund: Arkiv
- Goffman, E (1961) ”*Asylums*”. New York
- Goffman, E (1973) ”*Stigma*”. Stockholm: Rabén & Sjögren
- Grönwall, L & Holgersson, L (2001) ”*Psykiatrin, tvånget och lagen*”. Stockholm: Norstedts
- Gustafsson, E (2001) ”*Missbrukare i rättssalen*”. Stockholm: Norstedts Juridik AB
- Hetzler, A (1978) ”*I behov av vård? : hur lagen om sluten psykiatrisk vård tillämpas*”. Stockholm: AWE/Geber
- Hollander, A & Sjöström, S (2000) ”*Terapeuten som motpart - förvaltningsprocessen i mål om tvångsvård*”.
- Holstein, J (1993) ”*Court-Ordered Insanity. Interpretative Practice and Involuntary Commitment*”. New York: Aldine de Gruyter, Inc.
- Kåhl, I (1995) ”*Socialarbetarkåren – den lindansande professionen*”. Lund: Bokbox Förlag
- Lipsky, M (1980) ”*Street-Level Bureaucracy*”. New York: Russell Sage Foundation
- Loseke, R D (1999) ”*Thinking about social problems*”. New York: Aldine de Gruyter, Inc.
- Luhmann, N (1995) ”*Social systems*”. Stanford: Stanford University Press
- Merriam, S B (1994) ”*Fallstudien som forskningsmetod*”. Lund: Studentlitteratur
- Sjöström, S (1997) Ur: Hollander, A & Sjöström (2000). ”*Terapeuten som motpart - förvaltningsprocessen i mål om tvångsvård*”.
- Socialstyrelsen, (2001) ”*Effekter av ändringar i de psykiatriska tvångslagarna*”. Uppföljning och utvärdering av ändringar i den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen den 1 juli 2000.
- Socialstyrelsen, (2001-12-20) ”*I rapport till regeringen: uppföljning och granskning av den psykiatriska tvångsvården*”.

SOU 1998:32, ”Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård”.

Slutbetänkande av Tvångspsykiatrikommittén. Stockholm

Svensson, J (1996) FoU-enheten/Psykiatri Västra Stockholms Sjukvårdsområde i samarbete med Forskningsstiftelsen Humlan. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa. ”Patienters erfarenhet av tvångsvård”. En intervjustudie av patienter som vårdats enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) vid Beckomberga sjukhus.

Tännsjö, T (1994) ”Tvång i vården”. Stockholm: Bokförlaget Thales

Winther Jörgensen, M & Philips, L (2000) ”Diskursanalys som teori och metod”. Lund: Studentlitteratur

Domar, länsrätten Malmö

- 1) 2002-09-04. Mål nr 8260-02
- 2) 2002-09-04. Mål nr 8319-02
- 3) 2002-09-04. Mål nr 8321-02
- 4) 2002-09-04. Mål nr 8348-02, 8349-02
- 5) 2002-09-04. Mål nr 8361-02, 8434-02
- 6) 2002-09-04. Mål nr 8404-02
- 7) 2002-09-04. Mål nr 8438-02, 8439-02
- 8) 2002-09-04. Mål nr 8453-02, 8457-02
- 9) 2002-09-04. Mål nr 8464-02, 8484-02, 8486-02
- 10) 2002-09-25. Mål nr 9096-02
- 11) 2002-09-25. Mål nr 9118-02
- 12) 2002-09-26. Mål nr 9173-02

Rättsfall: *Rå Ref 1999:64*

Internet

<http://www.dom.se/dom/DVhemsida/Domstolsvasendet/Lansratten.htm>

<http://www.sos.se/FULLTEXT/46/2002-46-1/02kap3.pdf>

Bilaga 1: Intervjufrågor.

Bilaga 2: LPT-lagen (1991:1128)

Bilaga 1

Intervju: jurist

- På vilket sätt kom du i kontakt med Länsrätten?
- Vad gör en notarie?
- Vilken roll anser du att du hade i domstolen?
- Vad tycker du om nämndemannens funktion?
- På vilket sätt fungerar de som en länk?
- Nämndemännen brukar vara äldre i genomsnitt?
- Anser du att det förs en (tillfredställande) diskussion kring varje enskilt fall innan man ta ett beslut?
- Har du själv varit med om någon gång när man gått på patientens linje?
- Hur ofta skulle du uppskatta?
- Vilka ärenden behandlade ni?
- Kan du i stort berätta hur en förhandling går till?
- Och hur brukar domsluten bli för det mesta?
- Sker mycket på rutin?
- Anser du att rättssäkerheten är tillfredsställande?
- Finns det något i förfarandet som borde förändras eller är det bra som det är idag?
- Behövs länsrätten som instans?

Intervju: patienter

- Har du varit i Länsrätten fler än en gång?
- Får du reda på innan att du får vara med själv eller väljer du att vara med själv?
- Har du med något ombud, kontaktperson?
- Finns det en läkare med?
- Vad gör läkaren?
- Hur såg din situation ut när du kom till Länsrätten?
- Var du sjuk vid tillfället eller har du kunnat föra din egen talan?
- Har du redan varit på sjukhuset ett tag då innan du kommer till Länsrätten?
- Var har du fått för intryck av det du upplever i rättssalen? Är det positivt eller negativt?
- Lite känsla av rutin också kanske?
- Tycker du att Länsrätten behövs?
- Fyller den sin funktion?
- Tycker du ditt ombud gör sitt jobb?
- Går förhandlingen relativt snabbt eller går det hela långsamt? Vad tycker du?
- Skulle du föredra om det bara vore en sak mellan dig och ditt ombud och läkaren?
- Hur tycker du miljön är i Länsrätten?
- Opersonlig, OK eller spelar det ingen större roll?
- Vad anser du om domaren och nämndemännens roll?
- Är det paus när de överlägger?
- Du har fått avslag hela tiden, hur tycker du att man kan förbättra?
- Sådär efteråt, tycker du det var rätt eller fel att du fick fortsatt LPT?

Bilaga 2

SFS nr: 1991:1128

Departement/
myndighet: Socialdepartementet

Rubrik: Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Utfärdad: 1991-06-20

Ändring införd: t.o.m. SFS 2001:469

Inledande bestämmelser

1 § Föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller all psykiatrisk vård. Kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång */k/ (tvångsvård) */-k/ ges i denna lag.

Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns också i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Vad som sägs i denna lag om en landstingskommun gäller även en kommun som inte ingår i en landstingskommun.

2 § Tvångsvård enligt denna lag skall syfta till att den som är i oundgängligt behov av sådan psykiatrisk vård som ges efter intagning på en sjukvårdsinrättning blir i stånd att frivilligt medverka till erforderlig vård och ta emot det stöd som han behöver.

2 a § Tvångsåtgärder vid vård enligt denna lag får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, skall de användas.

Tvång skall utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten. Lag (2000:353).

2 b § Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta. Lag (2000:353).

Förutsättningar för tvångsvård

3 § Tvångsvård får ges endast om

1. patienten lider av en allvarlig psykisk störning,
2. patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än

genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård, och

3. patienten motsätter sig sådan vård som sägs i 2 eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke.

Tvångsvård får inte ges, om patientens psykiska störning enligt första stycket 1 utgör enbart en utvecklingsstörning.

Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket 2 skall även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Lag (2000:353).

Intagning för tvångsvård

4 § Ett beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för tvångsvård får inte fattas utan att ett läkarintyg (vårdintyg) har utfärdats, av vilket det framgår att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för tvångsvård av patienten är uppfyllda. Vårdintyget skall grundas på en särskild läkarundersökning.

En undersökning för vårdintyg får företas endast om det finns skälig anledning till det. Undersökningen utförs av en legitimerad läkare. Om undersökningen inte kan utföras med patientens samtycke, får patienten tas om hand för undersökning. Beslut om sådant omhändertagande får fattas endast av läkare i allmän tjänst. Lag (2000:353).

5 § Vårdintyget får utfärdas endast i omedelbar anslutning till undersökningen. Det skall, utöver ett uttalande enligt 4 § om förutsättningarna för tvångsvård av patienten, innehålla en redogörelse för den psykiska störningen och de omständigheter i övrigt som ger upphov till vårdbehovet.

Vid utfärdande av vårdintyg gäller bestämmelserna om jäv i 11 och 12 §§ förvaltningslagen (1986:223) även för läkare som utövar yrket enskilt.

Den läkare som har utfärdat vårdintyget skall se till att det snarast kommer till den sjukvårdsinrättning där frågan om intagning för tvångsvård skall prövas.

6 § En patient får, sedan vårdintyg har utfärdats, efter beslut av läkare hållas kvar på vårdinrättningen tills frågan om intagning har avgjorts. Om andra åtgärder inte är tillräckliga, får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna den del av vårdinrättningen där patienten skall vistas, för att upprätthålla ordningen på inrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården.

Om det är nödvändigt får patienten, sedan beslut om att hålla kvar denne har fattats, kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av att denne inte bär på sig egendom som anges i 21 §. Föreskrifterna i 23 och 24 §§ skall därvid tillämpas. Lag (2000:353).

6 a § I sådana fall som anges i 19 § eller 20 § får en patient som hålls kvar enligt 6 § kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning eller kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna.

En patient som hålls kvar enligt 6 § får, om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa, ges nödvändig behandling.

Beslut enligt denna paragraf fattas av legitimerad läkare. Lag (2000:353).

6 b § Frågan om intagning för tvångsvård skall avgöras skyndsamt efter undersökning av patienten, senast 24 timmar efter patientens ankomst till vårdinrättningen. Ett beslut om intagning får inte grundas på ett vårdintyg som är äldre än fyra dagar.

Beslut i fråga om intagning fattas av en chefsöverläkare vid en enhet för psykiatrisk vård. Beslutet får inte fattas av den läkare som har utfärdat vårdintyget. Lag (2000:353).

Tvångsvård efter beslut av rätten

7 § Om chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas finner att denne bör ges tvångsvård utöver fyra veckor från dagen för beslutet om intagning, skall han före utgången av fyra veckorstiden ansöka hos länsrätten om medgivande till sådan vård.

I ansökan skall anges vilka omständigheter som utgör grunden för tvångsvården och vilka överväganden som har gjorts rörande vård i annan form för patienten. Till ansökan skall fogas en redogörelse för det stöd och den behandling som planeras för patienten under och efter vistelsen på vårdenheten.

8 § Rätten skall på ansökan enligt 7 § besluta i frågan om fortsatt tvångsvård. Om rätten bifaller ansökan, får vården pågå under högst fyra månader, räknat från dagen för beslutet om intagning.

9 § Efter ansökan av chefsöverläkaren får rätten medge att tvångsvården fortsätter utöver den längsta tiden enligt 8 §. Medgivande får lämnas för högst sex månader åt gången, räknat från prövningstillfället.

En ansökan enligt första stycket skall ha kommit in till länsrätten innan tiden för gällande beslut om tvångsvård har löpt ut. Föreskrifterna i 7 § andra stycket tillämpas beträffande en ansökan enligt denna paragraf.

10 § Har en ansökan enligt 7 eller 9 § kommit in till länsrätten, får tvångsvården fortsätta i avvaktan på rättens beslut. Avslår rätten ansökan, skall vården upphöra omedelbart.

Övergång från frivillig vård till tvångsvård

11 § Om en patient är intagen på en sjukvårdsinrättning för frivillig psykiatrisk vård, får chefsöverläkaren vid den enhet

där patienten vårdas besluta om tvångsvård när

1. förutsättningarna enligt 3 § är uppfyllda och

2. patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan.

Ett sådant beslut får inte fattas utan att ett vårdintyg har utfärdats av en annan läkare än chefsöverläkaren. I fråga om vårdintyg gäller bestämmelserna i 4 § och 5 § första och andra styckena. Beslut om vård enligt första stycket skall fattas senast 24 timmar efter det att vårdintyg har utfärdats. Det som sägs i 6 och 6 a §§ gäller också vid övergång från frivillig vård till tvångsvård enligt första stycket. Lag (2000:353).

12 § När beslut har fattats om tvångsvård enligt 11 §, skall beslutet av chefsöverläkaren senast dagen efter beslutet underställas länsrättens prövning.

Anser chefsöverläkaren att tvångsvården bör fortsätta skall han senast inom fyra dagar från dagen för beslutet om tvångsvård ansöka hos länsrätten om medgivande till att tvångsvården fortsätter. Det som sägs i 7 § andra stycket skall därvid tillämpas. Lag (2000:353).

13 § Om rätten medger att tvångsvård som har beslutats enligt 11 § fortsätter, får den pågå under högst fyra månader, räknat från dagen för chefsöverläkarens beslut. I fråga om tvångsvård utöver denna tid tillämpas samma bestämmelser som vid fortsatt tvångsvård enligt 9 §.

Övergång från rättspsykiatrisk vård till tvångsvård enligt denna lag

14 § När rättspsykiatrisk vård skall upphöra i fall som avses i 15 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, får chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas, utan hinder av att vårdintyg inte har utfärdats, besluta om tvångsvård enligt denna lag, om förutsättningarna enligt 3 § föreligger.

Föreskrifterna i 6 b § gäller inte i de fall som avses i första stycket. I stället tillämpas föreskrifterna i 12 § andra stycket och 13 §, varvid ett beslut enligt denna paragraf jämföras med beslut enligt 11 §. Lag (2000:353).

Vården

15 § Vård enligt denna lag ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av en landstingskommun.

Om det finns synnerliga skäl, får regeringen bestämma att vård får ges även på annan vårdinrättning. På inrättningen skall tillämpas vad i denna lag sägs om sjukvårdsinrättning som drivs av en landstingskommun.

16 § En vårdplan skall upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård. Vårdplanen skall ange de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården skall uppnås och för att resultaten av

dessa insatser skall kunna bestå. Så långt möjligt skall planen upprättas i samråd med patienten. Om det inte är olämpligt skall samråd ske också med dennes närstående.

Chefsöverläkaren skall undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten. Så långt det är möjligt skall detta ske i samråd med patienten. Lag (2000:353).

17 § I fråga om behandlingen under vårdtiden skall samråd äga rum med patienten när det kan ske. Samråd skall ske också med patientens närstående, om det inte är olämpligt. Frågor om behandlingen avgörs ytterst av chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas.

Behandlingsåtgärderna skall anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården enligt 2 §. Lag (2000:353).

18 § En patient får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han skall vistas.

Om andra åtgärder inte är tillräckliga, får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där denne skall vistas, för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården. Lag (2000:353).

19 § Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. Vårdpersonal skall vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd.

Om det finns synnerliga skäl, får beslutas att patienten skall hållas fastspänd längre än som anges i första stycket.

Chefsöverläkaren beslutar om fastspänning. Socialstyrelsen skall utan dröjsmål underrättas om beslut enligt andra stycket.

20 § En patient får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar. Tiden för avskiljande får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar.

Om det finns synnerliga skäl, får ett beslut om avskiljande enligt första stycket avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. Chefsöverläkaren beslutar om avskiljande. Om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd, skall socialstyrelsen utan dröjsmål underrättas om detta. En patient skall under den tid han hålls avskild stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal.

21 § En patient får inte inneha

1. narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud

mot vissa hälsofarliga varor,

2. sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel,

3. injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen,

4. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika, eller

5. annan egendom som kan skada honom själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen.

Påträffas sådan egendom som avses i första stycket, får den omhändertas. Lag (1999:53).

22 § Chefsöverläkaren får besluta att försändelser till en patient får undersökas för kontroll av att de inte innehåller sådan egendom som avses i 21 §. Granskningen av en försändelse får inte avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling.

Om en ankommande försändelse innehåller egendom som inte får innehas enligt 21 §, får egendomen omhändertas.

23 § Om det är nödvändigt får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av att han inte bär på sig egendom som avses i 21 §. Om möjligt skall ett vittne närvara när åtgärden utförs.

Chefsöverläkaren beslutar om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning. Lag (2000:353).

24 § Har narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor omhändertagits enligt 21 eller 22 § eller har sådan egendom påträffats där patienter intagits för tvångsvård utan att det finns någon känd ägare till egendomen, skall chefsöverläkaren låta förstöra eller sälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m.m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen, och i fråga om andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika.

Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten. Lag (1999:53).

25 § Chefsöverläkaren får ge en patient tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges för visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen. Tillståndet får också ges för en längre period, om det finns särskilda skäl att anta att

åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör. Tillstånd får ges endast under förutsättning att det står i överensstämmelse med vårdplanen.

Chefsöverläkaren får återkalla ett tillstånd som avses i första stycket om förhållandena kräver det. Lag (2000:353).

25 a § Ett tillstånd enligt 25 § att vistas utanför vårdinrättningens område får förenas med särskilda villkor. Dessa får avse

- skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling,
- skyldighet att hålla kontakt med en viss person,

- skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten,

- vistelseort, bostad, utbildning eller arbete,

- förbud att använda berusningsmedel, samt

- förbud att vistas på en viss plats eller att ta kontakt med en viss person, eller

- annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen.
Lag (2000:353).

26 § har upphävts genom lag (2000:353).

Tvångsvårdens upphörande

27 § När det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård, skall chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas genast besluta att tvångsvården skall upphöra. Frågan om tvångsvårdens upphörande skall övervägas fortlöpande.

28 § Tvångsvården upphör, om inte en ansökan om medgivande till tvångsvård har kommit in till länsrätten inom den tid som anges i 7, 9 eller 12 §.

Tvångsvården enligt denna lag upphör också när beslut fattas som föranleder rättspsykiatrisk vård. Föreskrift om övergång till sådan vård finns i 4 § andra stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

29 § Har beträffande någon som vårdas enligt denna lag beslut meddelats om

1. avvisning eller utvisning enligt utlänningslagen (1989:529),
2. utvisning enligt lagen (1991:572) om särskild utlänningskontroll,
3. utlämning enligt lagen (1957:668) om utlämning för brott,
4. utlämning enligt lagen (1959:254) om utlämning för brott till Danmark, Finland, Island och Norge, eller

5. utlämning enligt lagen (1970:375) om utlämning till Danmark, Finland, Island eller Norge för verkställighet av beslut om vård eller behandling,

får utan hinder av tvångsvården verkställighet av beslutet ske, om det begärs av den myndighet som skall verkställa beslutet och chefsöverläkaren finner att patientens tillstånd tillåter att beslutet verkställs. Tvångsvården upphör i sådant fall när beslutet har verkställts.

I fråga om en patient som är utlämning upphör tvångsvården vid verkställighet av ett beslut om hemsändande som har meddelats med stöd av 12 kap. 3 § utlämningslagen. Lag (2000:353).

Stödperson

30 § Chefsöverläkaren skall se till att en patient som vårdas enligt denna lag, så snart patientens tillstånd tillåter, genom en individuellt anpassad information upplyses om sin rätt att få en stödperson.

När patienten begär det, skall en stödperson utses. En stödperson kan utses också i annat fall, om patienten inte motsätter sig det.

Stödpersonen skall bistå patienten i personliga frågor så länge denne ges tvångsvård enligt denna lag och, om patienten och stödpersonen samtycker till det, även under fyra veckor efter det att tvångsvården har upphört. Stödpersonen har rätt att besöka patienten på vårdinrättningen. Han får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han under uppdraget har fått veta om patientens hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt.

Stödpersonen utses av en sådan nämnd som avses i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. Vid en nämnds handläggning av ärenden om stödpersoner gäller, utöver vad som i övrigt föreskrivs, följande bestämmelser i förvaltningslagen (1986:223), nämligen

- 14 § om muntlig handläggning,
 - 15 § om anteckning av uppgifter,
 - 16 och 17 §§ om parter rätt att få del av uppgifter,
 - 20 § om motivering av beslut,
 - 21 § om underrättelse om beslut,
 - 26 § om rättelse av skrivfel och liknande, och
 - 27 § om omprövning av beslut.
- Lag (2000:353).

31 § Chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas skall anmäla till en sådan nämnd som avses i 30 § när det kan finnas skäl att utse en stödperson.

Har stödperson för patienten inte redan utsetts, skall anmälan alltid göras när

1. chefsöverläkaren ansöker om medgivande till tvångsvård enligt 7, 12 eller 14 §,
2. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut om intagning enligt 6 b §,
3. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut att avslå en begäran att tvångsvården skall upphöra.

I en sådan anmälan skall chefsöverläkaren ange patientens inställning till att få en stödperson. Nämnden skall, om patienten inte har uttryckt en klar uppfattning, kontakta patienten eller vårdpersonal med kännedom om patienten för att få besked om patienten vill ha en stödperson.

När tvångsvården av en patient, för vilken stödperson utsetts, har upphört, skall chefsöverläkaren snarast möjligt underrätta nämnden om detta och om i fall stödpersonens uppdrag fortsätter därefter. Lag (2000:353).

31 a § Om en patient önskar att stödpersonens uppdrag skall övergå till ett uppdrag som kontaktperson enligt 3 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) när tvångsvården upphört och stödpersonen samtycker till det, skall den nämnd som avses i 30 § underrätta socialnämnden i den kommun där patienten är folkbokförd om patientens önskemål. Lag (2001:469).

Överklagande

32 § Patienten får hos länsrätten överklaga chefsöverläkarens beslut om intagning för tvångsvård enligt 6 b, 11 eller 14 §. Ett sådant överklagande skall anses innefatta även en begäran att tvångsvården skall upphöra.

Innan länsrätten prövar ett överklagande enligt första stycket, skall rätten utan dröjsmål förelägga chefsöverläkaren att yttra sig i de hänseenden som anges i 7 § andra stycket. Lag (2000:353).

33 § Patienten får hos länsrätten överklaga ett annat beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag som innebär

1. avslag på en begäran att tvångsvården skall upphöra,
2. förordnande enligt 24 § om förstöring eller försäljning av egendom,
3. avslag på en begäran om tillstånd enligt 25 § att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor enligt 25 a § i samband med en sådan vistelse, eller
4. återkallelse enligt 25 § andra stycket av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område.

I övrigt får beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag inte överklagas. Chefsöverläkaren får inte överklaga rättens beslut

enligt denna lag.

När ett beslut av chefsöverläkaren överklagas, skall överklagandet ges in till länsrätten. Länsrätten prövar om överklagandet har kommit in i rätt tid. Har överklagandet kommit in för sent, skall länsrätten avvisa det, om förseningen inte beror på att chefsöverläkaren har lämnat patienten en felaktig underrättelse om hur man överklagar. Överklagandet skall inte avisas, om det har kommit in till chefsöverläkaren innan tiden för överklagande har gått ut. I ett sådant fall skall chefsöverläkaren omedelbart vidarebefordra överklagandet till länsrätten. Lag (2000:353).

Handläggningen i domstol

34 § Frågor som skall prövas av länsrätt enligt denna lag prövas av den länsrätt inom vars domkrets sjukvårdsinrättningen är belägen. Lag (1997:1100).

35 § Mål enligt denna lag skall handläggas skyndsamt. Så snart en ansökan som avses i 28 § har kommit in till länsrätten, skall rätten pröva om ansökan har kommit in i tid. Har ansökan kommit in för sent, skall rätten skyndsamt underrätta chefsöverläkaren om detta.

Ett mål hos en länsrätt skall tas upp till avgörande inom åtta dagar från den dag då ansökan eller överklagandet kom in till länsrätten. Länsrätten får förlänga denna tid, om det behövs ytterligare utredning eller om någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt. Länsrätten får även i fall som avses i 12 § första stycket förlänga den tid inom vilken prövningen skall ske, om chefsöverläkaren gör en ansökan enligt andra stycket i samma paragraf. Föreskrifterna i första och andra meningen gäller inte mål som avses i 33 § första stycket 2.

Länsrätten får förordna rörande saken i avvaktan på att målet avgörs. Lag (2000:353).

36 § I ett mål enligt denna lag skall länsrätten hålla muntlig förhandling, om det inte är uppenbart obehövt. Vid prövning som avses i 12 § första stycket skall länsrätten hålla muntlig förhandling endast om patienten begär det eller om länsrätten finner skäl för det. Lag (2000:353).

37 § Muntlig förhandling hålls på sjukvårdsinrättningen, om inte särskilda skäl talar för något annat. Patienten skall vara närvarande vid förhandlingen, om det är möjligt med hänsyn till hans psykiska tillstånd. Patientens stödperson har rätt att närvara vid förhandlingen och skall om möjligt underrättas om den. Chefsöverläkaren skall höras vid förhandlingen, om det inte är uppenbart obehövt.

Om det inte är uppenbart obehövt, skall länsrätten i ett mål enligt denna lag höra lämplig sakkunnig vid muntlig förhandling. Vid förhandlingen får den sakkunnige, i syfte att få upplysning rörande omständigheter som är av betydelse för dennes uppgift, ställa frågor till chefsöverläkaren och patienten.

Om en patient som har kallats vid vite att inställa sig

personligen till en förhandling uteblir, får rätten förordna att han skall hämtas till rätten antingen omedelbart eller till en senare dag. Lag (2000:353).

38 § Vid handläggningen i kammarrätt av mål enligt denna lag skall nämndemän ingå i rätten. Detta gäller dock inte mål som angår enbart en fråga som nämns i 33 § första stycket.

38 a § I mål hos allmän förvaltningsdomstol angående medgivande till fortsatt tvångsvård enligt 7, 9, 12 eller 14 § och vid överklagande enligt 32 eller 33 § av beslut om intagning för tvångsvård eller om avslag på en begäran att tvångsvården skall upphöra, skall offentligt biträde förordnas för den som åtgärden avser, om det inte måste antas att behov av biträde saknas. Lag (1996:1650).

39 § Chefsöverläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid sjukvårdsinrättningen med specialistkompetens inom någon gren av psykiatri att fullgöra uppgifter som chefsöverläkaren har enligt denna lag. Om det finns särskilda skäl, får chefsöverläkaren lämna sådant uppdrag åt en annan läkare vid sjukvårdsinrättningen, dock inte såvitt gäller

1. beslut enligt 6 b § om intagning,
2. beslut enligt 11 § om övergång från frivillig vård till tvångsvård,
3. ansökan enligt 7, 9, 12 eller 14 § om medgivande till att tvångsvården fortsätter,
4. beslut enligt 17 § första stycket sista meningen om behandlingen,
5. beslut enligt 19 § andra stycket om fastspänning, eller
6. beslut enligt 20 § andra stycket om avskiljande.
Lag (2000:353).

Övriga bestämmelser

40 § Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen får medge undantag från kravet i 4 § på att läkare som utför undersökning för vårdintyg skall vara legitimerad och från kravet i 39 § på specialistkompetens.

Om regeringen enligt 15 § andra stycket bestämt att vård enligt denna lag får ges på någon annan vårdinrättning än en sådan som drivs av en landstingskommun, skall regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, uppdra åt erfaren läkare med specialistkompetens inom någon gren av psykiatri att i tillämpliga delar fullgöra de uppgifter som enligt denna lag ankommer på chefsöverläkare.

41 § Beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning samt ansökan enligt 7, 9, 12 eller 14 § och medgivande i anledning av en sådan ansökan fortsätter att gälla, om patienten överförs till en annan sjukvårdsinrättning utan att beslut har fattats om att tvångsvården skall upphöra.

42 § Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen

skall för viss tid förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten.

43 § Från en verksamhet där sekretess gäller enligt 7 kap. 1 § eller 4 §

första och tredje styckena sekretesslagen (1980:100) skall utan hinder av sekretessen lämnas ut sådana uppgifter om en patient som behövs för att chefsöverläkarens åligganden enligt denna lag skall kunna fullgöras. Detsamma gäller uppgifter om en patient som behövs för en sakkunnigs uppdrag eller ett yttrande av socialstyrelsen.

44 § Om patienten har fyllt 15 år, har han rätt att själv föra sin talan i mål och ärenden enligt denna lag.

En patient som är yngre bör höras, om det kan vara till nytta för utredningen och det kan antas att patienten inte tar skada av att höras.

45 § Beslut som meddelas enligt denna lag gäller omedelbart, om inte annat förordnas.

46 § I mål och ärenden enligt denna lag får delgivning med patienten inte ske med tillämpning av 12 eller 15 § delgivningslagen (1970:428).

47 § Om det finns skälig anledning att anta att någon lider av en allvarlig psykisk störning och är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv eller i övrigt behöver omedelbar hjälp, får polismyndigheten tillfälligt omhänderta honom i väntan på att hälso- och sjukvårdspersonal kan ge honom sådan hjälp. Den omhändertagne får föras till en sjukvårdsenhet som kan ge stöd och behandling.

Polismyndigheten skall lämna biträde på begäran av

1. en läkare som avses i 4 § andra stycket sista meningen för att han skall kunna genomföra en undersökning för vårdintyg,
2. en läkare som avses i 4 § andra stycket sista meningen eller av chefsöverläkaren för att föra patienten till en sjukvårdsinrättning sedan vårdintyg har utfärdats,
3. chefsöverläkaren för att återföra en patient som har lämnat vårdinrättningen utan tillstånd, eller
4. chefsöverläkaren för att återföra en patient till vårdinrättningen, om denne inte har återvänt dit sedan tiden för ett tillstånd att vistas utanför inrättningens område har gått ut eller tillståndet har återkallats.

48 § En patient som vårdas med stöd av denna lag skall så snart hans tillstånd medger det genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt

1. att enligt 32 och 33 §§ överklaga vissa beslut,
2. att anlita ombud eller biträde och
3. att enligt 38 a § få offentligt biträde.

Denna lag skall finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl

synlig för patienterna. Lag (2000:353).

49 § Chefsöverläkare skall i den utsträckning som regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen föreskriver fortlöpande lämna styrelsen uppgifter om åtgärder som vidtagits enligt denna lag.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1. Denna lag (nya lagen) träder i kraft den 1 januari 1992, då lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (gamla lagen) upphör att gälla.

2. Ett vårdintyg, som uppfyller kraven i den gamla lagen, får längst till och med den 10 januari 1992 godtas som underlag för ett beslut om intagning för tvångsvård enligt den nya lagen.

3. Om en patient vid ikraftträdandet är intagen på en sjukvårdsinrättning enligt 8 § i den gamla lagen, skall chefsöverläkaren senast den 3 januari 1992 avgöra frågan om patienten enligt 6 § i den nya lagen skall tas in för tvångsvård. Intill dess frågan om intagning har avgjorts, gäller den gamla lagen i tillämpliga delar.

4. Den som vid ikraftträdandet är intagen på en sjukvårdsinrättning enligt 9 eller 10 § eller återintagen enligt 20 § i den gamla lagen skall anses intagen för tvångsvård enligt 6 § i den nya lagen. Vid tillämpning av den nya lagen skall beslutet om intagning anses ha fattats vid ikraftträdandet. Ett beslut enligt 20 a § andra stycket i den gamla lagen av en utskrivningsnämnd eller psykiatriska nämnden om fortsatt vård skall dock anses som ett beslut av länsrätten om medgivande till tvångsvård under sex månader enligt 9 § i den nya lagen.

5. Har någon som genom dom överlämnats till sluten psykiatrisk vård inte tagits in på en sjukvårdsinrättning för sådan vård före ikraftträdandet, skall han anses genom domen ha överlämnats till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

6. Den som vid ikraftträdandet är intagen på en sjukvårdsinrättning med stöd av den gamla lagen och beträffande vilken det enligt 17 § andra stycket samma lag ankommit på utskrivningsnämnd att besluta om utskrivning skall anses genomgå rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Vid tillämpning av sistnämnda lag skall beslut om rättspsykiatrisk vård anses ha fattats och blivit verkställbart vid ikraftträdandet. Ett beslut enligt 20 a § andra stycket i den gamla lagen av en utskrivningsnämnd eller psykiatriska nämnden i fråga om utskrivning skall dock anses som ett beslut av länsrätten enligt 16 § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård i fråga om upphörande av rättspsykiatrisk vård. Lag (1991:1967).

7. Är en patient vid ikraftträdandet utskriven på försök eller har han tillstånd att vistas på egen hand utom sjukhusområdet, skall han anses ha tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område under

återstoden av vårdtiden respektive under del av vårdtiden enligt 25 § i den nya lagen eller, om det är fråga om en patient som avses i punkt 6 ovan, enligt 10 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Särskilda föreskrifter som har meddelats med stöd av 14 § första stycket eller 19 § andra stycket i den gamla lagen, liksom ett förordnande enligt sistnämnda lagrum att patienten skall ställas under tillsyn av lämplig person, skall därvid anses utgöra särskilda villkor enligt 25 § i den nya lagen eller, om det är fråga om en patient som avses i punkt 6 ovan, enligt 10 § lagen om rättspsykiatrisk vård.

8. Om ett ärende hos en utskrivningsnämnd eller psykiatriska nämnden inte är slutligt avgjort av samma nämnd vid utgången av december 1991, skall med iakttagande av vad som anges i punkterna 9 och 10 rätten i stället pröva om det enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller, vid rättspsykiatrisk vård, enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård finns förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård, för tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område eller för återkallelse av sådant tillstånd. Är det i ärendet fråga om en patient i samband med utskrivning på försök skall åläggas att iakttä särskilda föreskrifter eller ställas under tillsyn av lämplig person tillämpas dock föreskrifterna i den gamla lagen.

Den som har väckt ett ärende enligt den gamla lagen före ikraftträdandet får utföra talan i saken efter ikraftträdandet, även om han inte är behörig till det enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård eller lagen om rättspsykiatrisk vård.

9. Ärenden hos en utskrivningsnämnd som inte har avgjorts före ikraftträdandet och ärenden i vilka beslut enligt meddelad fullföljdshänvisning därefter överklagas hos nämnden skall efter ikraftträdandet prövas av den länsrätt vars domkrets omfattar utskrivningsnämndens verksamhetsområde.
Lag (1997:1100).

10. Ärenden hos psykiatriska nämnden som inte har avgjorts före ikraftträdandet och ärenden i vilka beslut enligt meddelad fullföljdshänvisning därefter överklagas hos nämnden skall efter ikraftträdandet prövas av kammarrätten i Stockholm.

2000:353

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2000.
2. Har ett vårdintyg utfärdats före den 1 juli 2000, får intagning beslutas på grundval av det och enligt äldre föreskrifter senast den 4 juli 2000.
3. Ett tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område under återstoden av vårdtiden och som har meddelats enligt äldre föreskrifter gäller längst till dess att länsrätten beslutat om fortsatt vård.
