Ref KB Occ SOU

Kriminalvård och psykiatri

Slutbetänkande av Fängelseutredningen
Lund 1994

SOU

1994:5

16

Statens offentliga utredningar
1994:5
Justitiedepartementet

Kriminalvård och psykiatri

Slutbetänkande av Fängelseutredningen
Lund 1994

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 90 90

ISBN 91-38-13537-X
ISSN 0375-250X

Graphic Systems AB, Malmö 1994

Till statsrådet och chefen för Justitiedepartementet

Genom beslut den 2 april 1992 bemyndigade regeringen chefen för Justitiedepartementet att tillkalla en kommitté med högst sju ledamöter med uppdrag att göra en utvärdering av kriminalvården i anstalt efter 1974 års kriminalvårdsreform, att utse en av ledamöterna att vara ordförande samt att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare samt annat biträde åt kommittén.

Med stöd av bemyndigandet förordnades (om inget annat sägs fr.o.m. den 14 april 1992) som ledamöter i kommittén, lagmannen Jan Alvå (fr.o.m. den 9 april 1992), ordförande, ledamoten av riksdagen Christel Anderberg (m), f.d. statsrådet Laila Freivalds (s), landstingsrådet Lars-Axel Nordell (kds) samt ledamöterna av riksdagen Lars Sundin (fp), Anders Svärd (c) och Birthe Sörestedt (s).

Som experter har medverkat kriminalvårdsdirektören Anders Hedin (fr.o.m. den 5 maj 1992), departementsrådet Christina Kärvinge (fr.o.m. den 5 maj 1992 t.o.m. den 14 september 1992), kriminalvårdsdirektören Marita Svensson (fr.o.m. den 5 maj 1992), departementssekreteraren Lars Nilsson (fr.o.m. den 5 juni 1992), hovrättsassessorn Lars Sjöström (fr.o.m. den 8 september 1992), departementsrådet Doris Högne (fr.o.m. den 29 september 1992) och utredaren Svante Pettersson (fr.o.m. den 5 oktober 1993).

Sekreterare har varit rådmannen Jörn Jacobsson (fr.o.m. 21 maj 1992) och biträdande sekreterare kammarrättsassessorn Stefan Härmä (fr.o.m. den 25 maj 1992). Departementssekreteraren Cajsa Kjellberg har biträtt kommittén (fr.o.m. den 9 april 1992 t.o.m. månadsskiftet januari/februari 1993).

Kommittén, som har antagit namnet Fängelseutredningen, har tidigare överlämnat huvudbetänkandet (SOU 1993:76) Verkställighet av fängelsestraff.

Härmed överlämnas kommitténs slutbetänkande (SOU 1994:5) Kriminalvård och psykiatri, vari behandlas frågor om behandlingen

av psykiskt störda intagna och av män dömda för övergrepp mot kvinnor och barn.

Uppdraget är härmed slutfört.

Lund i januari 1994

Jan Alvå

Christel Anderberg

Laila Freivalds

Lars-Axel Nordell

Lars Sundin

Anders Svärd

Birthe Sörestedt

/Jörn Jacobsson

Stefan Härmä

Innehållsförteckning

Förkortningar 9

Sammanfattning 11

Författningsförslag 23
Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 23

1 *Inledning* 25
1.1 Direktiven 25
1.2 Utredningens arbete 27

2 *Behandlingen av intagna som är psykiskt störda* 31
2.1 Inledning 31
2.2 Förhållandena före 1974 års kriminalvårdsreform 32
2.3 Kriminalvårdsreformen år 1974 33
2.4 Tidigare utredningar 34
2.4.1 Bexeliuskommittén 34
2.4.2 ASV-gruppen 35
2.4.3 Socialberedningen 36
2.5 Kriminalvårdens nuvarande förhållanden 39
2.5.1 Gällande bestämmelser 39
2.5.2 Kriminalvårdens möjligheter att ge psykiatrisk vård 42
2.5.3 Omfattningen av psykiska störningar bland de intagna i kriminalvårdsanstalterna 44
2.5.4 Statistiska uppgifter beträffande intagna som frigavs under oktober månad 1992 47
2.5.4.1 Bakgrundsuppgifter 47
2.5.4.2 Förhållandena under straffverkställigheten . . . 48
2.5.5 Kriminalvårdens synpunkter 48
2.5.5.1 Enkät till kriminalvårdsanstalterna 49
2.6 Sjukvårdens nuvarande förhållanden 51
2.6.1 Gällande bestämmelser 51
2.6.1.1 Hälso- och sjukvårdslagen 51
2.6.1.2 Tillsynen över hälso- och sjukvårdspersonal . . 52
2.6.1.3 Psykiatrisk vård som är förenad med tvång . . . 53
2.6.1.4 Frivillig psykiatrisk vård 62

2.6.2 Psykiatrin inom den allmänna sjukvården 65
2.6.2.1 Vårdenheter för rättspsykiatrisk vård 67
2.7 Samverkan mellan kriminalvården och den allmänna hälso- och sjukvården 69
2.7.1 Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut 69
2.7.2 Socialstyrelsen 72
2.7.3 Psykiatriutredningen 73
2.8 Kriminologiska effekter av lagen om rättspsykiatrisk vård 74
2.8.1 Socialstyrelsens bedömning beträffande effekter av den nya lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård 75
2.9 Fördelning av vårdkostnader 76
2.9.1 Kostnader för vård som sjukvårdshuvudman lämnat intagen i kriminalvårdsanstalt 76
2.9.2 Fördelning av vårdkostnader mellan sjukvårds huvudmän 76
2.9.2.1 Akut vård 77
2.9.2.2 Vård som inte är akut 78
2.10 Några förslag från senare år beträffande behandlingen av intagna som är psykiskt störda 79
2.10.1 Kriminalvårdens rapport Behovet av psykiatriska insatser för kriminalvårdens klienter 79
2.10.2 Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut 80
2.10.3 Psykiatriutredningen 81
2.10.3.1 Remissvar över Psykiatriutredningens förslag . 82
2.10.4 Rättsmedicinalverket 83
2.10.5 Socialstyrelsen 85
2.11 Överväganden och förslag 87
2.11.1 Inledning 87
2.11.2 Ansvaret för den psykiatriska vården 89
2.11.3 Differentiering med avseende på de intagnas psykiska tillstånd 93
2.11.3.1 Stödavdelning 94
2.11.3.2 Öppen psykiatrisk vård 97
2.11.4 Kriminalvårdens kompetens 97
2.11.5 Utomlänsvård 98
2.11.5.1 Ansvarsfördelningen mellan hemlandsting och vistelselandsting 98
2.11.5.2 Betalningsansvar för kriminalvården 100
2.11.6 Samarbetet mellan kriminalvården och sjukvårdshuvudmännen 101
2.11.7 Bevakningsfrågor 102

3 *Behandlingen av män dömda för övergrepp mot kvinnor och barn* 105
3.1 Inledning 105
3.2 Straffrättsliga regler 105
3.3 Brotten 107
3.4 Gärningsmännen 109
3.5 Behandling 116
3.5.1 Kriminalvården 116
3.5.2 Samhällets insatser i övrigt 122
3.5.3 Behandling av sexualbrottslingar i USA 123
3.6 Överväganden och förslag 125

4 *Specialmotivering* 133
4.1 Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 133

Reservation och särskilda yttranden 135

Förkortningar

ARK	Allmänna Råd från Kriminalvårdsstyrelsen
BrB	Brottsbalken
BRÅ	Brottsförebyggande rådet
Ds	Departementsserien
FPRV	Förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
JuU	Justitieutskottets betänkande
KAIK	Kommittén för anstaltsbehandling inom kriminalvården
KvaF	Förordningen (1974:286) om kriminalvård i anstalt [Tidigare: Kungl. Kungörelse (1974:286) med vissa föreskrifter rörande tillämpningen av lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt (KvalK)]
KvaL	Lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt
KVVFS	Kriminalvårdsverkets författningssamling
LPT	Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LRV	Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
LSPV	Lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall
Prop	Proposition
RFSU	Riksförbundet för sexuell upplysning
SOU	Statens offentliga utredningar
SoU	Socialutskottets betänkande
Spri	Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut

Sammanfattning

Fängelseutredningen lämnade i augusti 1993 sitt huvudbetänkande "Verkställighet av fängelsestraff" (SOU 1993:76), vari förslag redovisats beträffande åtskilliga frågor som angår straffverkställigheten. I förevarande slutbetänkande behandlas den kvarstående frågan om behandlingen av intagna som är psykiskt sjuka eller störda samt den näraliggande frågan om psykoterapeutisk eller annan behandling av män dömda för övergrepp mot kvinnor och barn.

Sedan gammalt gäller regler om straffrättslig särbehandling av personer som gjort sig skyldiga till brottslig gärning under inflytande av en allvarlig psykisk sjukdom. Före brottsbalkens ikraftträdande 1966 innebar särbehandlingen att den skyldige av domstol förklarades fri från straff. Beslut om tvångsvård ankom härefter på sjukvårdens myndigheter. I brottsbalken föreskrevs ursprungligen att för brott som någon begått under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan själslig abnormitet av så djupgående natur, att den måste anses jämställd med sinnessjukdom, inte fick tillämpas annan påföljd än överlämnande till särskild vård, böter eller skyddstillsyn. Vidare föreskrevs i brottsbalken att som brottspåföljd kunde tillämpas överlämnande till sluten psykiatrisk vård inte bara beträffande den som vid brottstillfället handlat under inflytande av sinnessjukdom eller ett därmed jämställt tillstånd utan också den som i annat fall vid domstillfället bedömdes vara i behov av sådan vård.

Efter ändringar i brottsbalken som trätt i kraft den 1 januari 1992 gäller följande. Den som begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning får enligt 30 kap 6 § inte dömas till fängelse. Enligt 34 kap 3 § kan rätten i stället besluta att den dömde skall överlämnas till rättspsykiatrisk vård, om det med hänsyn till hans psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. För sådant fall kan rätten besluta att vårdens upphörande skall vara beroende av en särskild utskrivningsprövning genom domstols försorg. Överlämnande till rättspsykiatrisk vård kan enligt samma paragraf komma i fråga också beträffande den som visserligen inte begått brottet under påverkan av en allvarlig psykisk störning men som likväl behöver vården på grund av en sådan störning, dock att för detta fall särskild utskrivningsprövning inte får föreskrivas. Ändringen av brottsbalken innebar bl.a., förutom en

grundläggande reform av utskrivningsförfarandet, att den kategori lagöverträdare vars psykiska tillstånd tidigare betecknats som jämställt med sinnessjukdom till största delen lämnats utanför den straffrättsliga särbehandlingen.

Grundläggande för den straffrättsliga särbehandlingen enligt såväl gällande regler som äldre lagstiftning är sålunda att den som är allvarligt psykiskt sjuk och behöver kvalificerad vård för sin sjukdom inte skall dömas till fängelse. Behovet av kvalificerad psykiatrisk vård kan emellertid uppkomma efter det att ett fängelsestraff redan ådömts och börjat verkställas. Den som undergår straffverkställighet kan vara i behov av psykiatriska vårdåtgärder också om den psykiska störningen inte kan bedömas som allvarlig eller utan att vårdbehovet förutsätter intagning på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård. Det är därför ofrånkomligt att straffverkställigheten måste vara så inrättad att de intagnas behov av psykiatrisk vård kan tillgodoses.

Den nuvarande lagstiftningen om straffverkställighet har sin grund i 1974 års kriminalvårdsreform. Före denna reform låg ansvaret för att intagna fick den psykiatriska vård och behandling de behövde i allt väsentligt på kriminalvården. Vid vissa kriminalvårdsanstalter fanns psykiatriska avdelningar. En anstalt hade ställning som sjukhus.

Genom kriminalvårdsreformen slogs som en grundläggande princip fast att kriminalvårdens intagna skulle ha samma rätt till samhällets stöd - och vårdinsatser som andra medborgare - den s.k. normaliseringsprincipen. Denna princip ansågs bäst tillgodosedd om den service som de intagna sålunda skulle vara berättigade till kunde tillhandahållas av de samhällsorgan som normalt har ansvaret. Kriminalvården borde bygga upp egna resurser endast för sådana fall där frihetsberövandet utgjorde hinder mot andra myndigheters medverkan eller där stödinsatserna uteslutande hade sin grund i kriminalvårdens rehabiliterande verksamhet.

Normaliseringsprincipen och grundsatsen om vårdansvar utanför kriminalvården ansågs tillämplig också med avseende på den psykiatriska vården. Därför var det angeläget att anknytningen av kriminalvårdsklientelet till den allmänna hälso- och sjukvården underlättades genom att intagna i största möjliga utsträckning fick vistas i omedelbar närhet till hemorten så att de lättare kunde upprätthålla kontakten med de läkare och sjukvårdsinrättningar som normalt hade vårdansvaret för dem. Fördelningen av de dömda mellan olika anstalter skulle göras i enlighet med den s.k. närhetsprincipen - en annan för kriminalvårdsreformen grundläggande princip.

Den ordning som nu gäller för psykiatrisk vård åt intagna inom kriminalvården är följande.

Kriminalvården har inga egna resurser för sluten psykiatrisk vård - dvs. vård som förutsätter att patienten läggs in på och behandlas vid sjukhus. Den slutna vården ankommer också i fråga om kriminalvårdsklientelet på den allmänna sjukvården. Ansvaret för denna ligger på

landstingen. Grundläggande bestämmelser om vården och vårdansvaret finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

När det gäller sluten psykiatrisk vård skiljer man mellan tvångsvård och frivillig vård. Den psykiatriska tvångsvården regleras genom dels lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, dels lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Den sist nämnda lagen äger tillämpning - förutom beträffande den som av domstol överlämnats till rättspsykiatrisk vård - i fråga om den som undergår verkställighet av fängelsestraff.

Rättspsykiatrisk vård får ges under förutsättning att den intagne lider av en allvarlig psykisk störning, att han med hänsyn till sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har behov av psykiatrisk vård, som kan tillgodoses genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning, samt att han motsätter sig sådan vård eller till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan. Vården får pågå endast så länge de angivna förutsättningarna är uppfyllda. Den skall upphöra senast när frigivning från fängelsestraffet äger rum, dock att, om ett fortsatt vårdbehov då föreligger, beslut härom kan fattas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård. Rättspsykiatrisk vård för den som undergår fängelsestraff ges vid vårdinrättningar som för ändamålet godkänts av regeringen. För godkännande krävs att vårdinrättningen är så inrättad att frihetsberövandet av de intagna kan vidmakthållas.

Den rättspsykiatriska vården är som nämnts en tvångsvård. Den förutsätter att den intagne motsatt sig vård eller att han inte varit i stånd att lämna sitt samtycke. Sluten psykiatrisk vård för den som undergår verkställighet av fängelsestraff kan emellertid komma till stånd också när samtycke föreligger. Detta följer av bestämmelserna i 37 § KvaL (25 § fängelselagen - se SOU 1993:76). Där föreskrivs att en intagen som behöver hälso- och sjukvård skall vårdas enligt anvisningar som ges av läkare. Därvid kan läkaren, om det behövs, besluta att den intagne skall föras över till allmänt sjukhus.

En avgörande och självklar skillnad mellan rättspsykiatrisk vård och sluten psykiatrisk vård som grundas på patientens samtycke är att det endast i det först nämnda fallet finns utrymme för att med hänsyn till vårdbehovet vidmakthålla ett frihetsberövande av patienten. En patient som under vårdtiden undergår verkställighet av fängelsestraff skall emellertid ändå med anledning av straffet vara berövad sin frihet. Därför får även den frivilliga vården anordnas vid en sådan sjukvårdsinrättning som är godkänd för rättspsykiatrisk vård med de möjligheter att med tvång vidmakthålla frihetsberövandet som detta för med sig. Frivillig sluten vård kan emellertid anordnas också vid någon annan psykiatrisk sjukvårdsinrättning. Därvid ankommer det på kriminalvården att anordna den bevakning och meddela de säkerhetsföreskrifter som behövs.

När det gäller psykiatrisk vård som inte kräver inläggning och behandling vid sjukhus talar man om öppen vård. Kriminalvården har vissa egna resurser för sådan vård. Sålunda finns vid kriminalvårdsanstalterna Härlanda, Härnösand, Kumla, Malmö och Österåker psykiatriska avdelningar med sammanlagt 72 platser (före kriminalvårdsreformen 1974 uppgick antalet platser vid psykiatriska avdelningar till 264). Vid tre av anstalterna finns heltidsanställd psykiater medan de två andra har konsultpsykiater. Kriminalvårdens behov av psykiatrisk service i form av öppen vård täcks i övrigt genom vårdinsatser i anstalterna av arvoderade konsulter eller genom att den allmänna sjukvårdens psykiatriska öppenvårdsavdelningar anlitas.

Nuvarande ordning har som nämnts sin grund i 1974 års kriminalvårdsreform. Mycket har förändrats sedan reformen genomfördes. Viktigast i sammanhanget är den utveckling som ägt rum inom den psykiatriska vården. Det har sålunda skett en markant förskjutning till öppna vårdformer. Åtskilliga psykiska störningstillstånd som tidigare föranlett sjukhusvård behandlas numera inom den öppna vården. En konsekvens av denna utveckling inom den allmänna psykiatriska vården är att utrymmet för att tillämpa psykiatrisk vård som brottspåföljd i stället för fängelse efter hand minskat - en minskning som i praktiken påbörjats redan innan den nya lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård trädde i kraft.

En annan utvecklingstendens inom den psykiatriska vården har varit den s.k. sektoriseringen. Ansvaret för den psykiatriska verksamheten, vilken tidigare legat på staten, har decentraliserats till enheter med geografiskt och befolkningsmässigt avgränsade verksamhetsområden. Härmed har man velat skapa de organisatoriska förutsättningarna för att så långt det är möjligt kunna erbjuda de vårdbehövande erforderlig behandling på hemorten eller i närheten av denna. För kriminalvårdens vidkommande kan det sägas att sektoriseringen i och för sig ökat angelägenheten av en konsekvent tillämpning av närhetsprincipen. Den som undergår verkställighet av ett fängelsestraff långt från hemorten har svårt att få ett eventuellt behov av psykiatrisk behandling tillgodosett genom hemortens psykiatri.

Mot detta skall ställas tendensen inom kriminalvården att vid fördelningen av anstaltsplatser alltmera ställa närhetsprincipen åt sidan till förmån för en differentiering av de intagna med hänsyn till vad säkerheten kräver och vilka individuella behandlingsbehov som kan tillgodoses i samband med verkställigheten. Det har efter hand blivit allt vanligare att straffverkställigheten äger rum i en anstalt som ligger långt från den dömdes hemort. Våra förslag i huvudbetänkandet är ägnade att förstärka denna tendens, eftersom vi ansett att andra omständigheter än den intagnes behov av närhet till hemorten bör ges större tyngd vid fördelningen av anstaltsplatser än enligt nu gällande ordning.

De nu beskrivna utvecklingstendenserna har av åtskilliga vittnesbörd att döma, ställt kriminalvårdens myndigheter inför stora svårigheter. Den omständigheten att fängelsestraff numera tillämpas beträffande lagöverträdare som enligt tidigare praxis skulle ha överlämnats till sluten psykiatrisk vård har medfört att de psykiatriska vårdbehoven hos intagna i kriminalvårdsanstalterna ökat. Antalet vårddagar som inom den slutna psykiatriska vården har tagits i anspråk för kriminalvårdens klientel inkl. häktade har fördubblats från cirka 3 000 under budgetåret 1990/91 till drygt 6 000 under budgetåret 1992/93.

Det har framstått som tveksamt om och i vilken utsträckning kriminalvården i samarbete med psykiatrin lyckats bemästra problemen. Ibland har det hävdats att den målsättning som normaliseringsprincipen ger uttryck för - att intagna i kriminalvårdsanstalt skall ha samma rätt till samhällets stöd- och vårdinsatser som andra medborgare - inte kunnat uppfyllas när det gäller psykiatrin. Från kriminalvårdens sida har riktats kritik mot psykiatrin för dåligt samarbete och bristande intresse för att medverka med psykiatriska vårdinsatser till kriminalvårdens klientel. Psykiatrin har pekat på svårigheter att vid vanliga psykiatriska enheter ge adekvat behandling till kriminalvårdens intagna när dessa inte hör hemma inom enhetens upptagningsområde och när det på grund av rymningsrisk behövs särskilda bevakningsinsatser genom kriminalvårdens försorg.

Vårt utredningsuppdrag är att analysera de förhållanden som råder samt föreslå de förändringar som kan vara motiverade.

När det gäller analysen måste framhållas att den begränsade tid som stått till vårt förfogande inte medgett någon undersökning som ger en säker bild av vilka behov av psykiatrisk vård och behandling som föreligger när det gäller kriminalvårdens klientel och i vilken omfattning dessa behov blir tillgodosedda. Vår analys har därför måst bygga på uppskattningar som gjorts i andra sammanhang samt på vad som redovisats till oss genom våra kontakter med företrädare för kriminalvården och psykiatrin.

Som tidigare nämnts framgår det redan av den omständigheten att antalet inom den slutna psykiatriska vården ianspråktagna vårddagar under senare år fördubblats att behovet av psykiatriska vårdinsatser för kriminalvårdens intagna ökat. En bidragande orsak till det ökade antalet vårddagar kan vara att den allmänna sjukvården under de senaste åren blivit mer benägen att tillgodose de intagnas psykiatriska vårdbehov. Det finns emellertid beräkningar som ger vid handen att det antal vårddagar som faktiskt tas i anspråk inte på långt när täcker det verkliga behovet. Sålunda har Kriminalvårdsstyrelsen i något sammanhang beräknat årsbehovet till drygt 20 000 vårddagar, medan Psykiatriutredningen angett detsamma till 9 000-11 000 vårddagar. Båda beräkningarna ger uttryck för att vårdbehövande intagna i stor omfattning skulle bli utan den vård de behöver och har rätt till.

Vad vi själva erfarit genom våra kontakter inom kriminalvården och psykiatrin ger emellertid inte något stöd för att missförhållanden skulle förekomma i sådan omfattning som nämnts. Visserligen har vi som svar på en enkät till landets samtliga kriminalvårdsanstalter från något färre än hälften av anstalterna fått uppgifter om att det skulle ha förekommit att en intagen inte fått den psykiatriska vård han behöver. Det har emellertid för flertalet av dessa anstalter rört sig om endast ett fåtal fall. Större problem i detta hänseende har redovisats i huvudsak endast från några slutna anstalter i närheten av Stockholm.

När det gäller enkäten till kriminalvårdsanstalterna skall anmärkas att den av svaren att döma vanligaste anledningen till att en intagen förvägrats sjukhusvård som han enligt anstaltens uppfattning varit i behov av varit den att anstalten genom konsultläkaren gjort en annan bedömning av vårdbehovet än läkaren vid den anlitade vårdinrättningen. Eftersom den vårdansvarige läkarens bedömning måste anses avgörande bör man enligt vår mening bortse från dessa svar vid bedömningen av frågan om missförhållanden förekommer.

Andra svar ger mera anledning till kritik mot rådande förhållanden. Det påstås sålunda ha förekommit att vårdbehövande intagna förvägrats sjukhusvård under hänvisning till platsbrist vid den anlitade vårdinrättningen, svårigheter att anordna tillfredsställande bevakning eller problem med betalningsansvaret när den intagne inte hört hemma inom vårdinrättningens upptagningsområde. Det har också förekommit att vårdinrättningen gett uttryck för en uppfattning om att vårdansvaret borde ligga på kriminalvården i stället för på den allmänna sjukvården.

Vår uppfattning - mot bakgrund av enkäten och de kontakter som vi i övrigt haft - är att problemen när det gäller att anordna erforderlig sluten psykiatrisk vård åt intagna i kriminalvårdsanstalt är av tämligen begränsad omfattning.

När det gäller att lösa de problem som dock föreligger har det på en del håll väckts tankar om att återföra ansvaret för den slutna psykiatriska vården av fängelsedömda till kriminalvården. Att inrätta ett fängelsesjukhus. Vi förespråkar inte en sådan lösning. Skälen för detta är följande.

Lagöverträdare som till följd av en allvarlig psykisk störning är i behov av sjukhusvård under längre tid döms även enligt den nya lagstiftningen i allmänhet inte till fängelse. När det beträffande någon som undergår straffverkställighet föreligger behov av psykiatrisk sjukhusvård rör det sig därför i allmänhet om endast akutvård eller en annars kortvarig behandlingstid. Det förefaller inte praktiskt att för detta slags vårdbehov inrätta ett fängelsesjukhus, som med nödvändighet måste ha hela landet som sitt upptagningsområde. Vad beträffar de undantagsfall då behovet av psykiatrisk sjukhusvård kan bedömas bli mera långvarigt skulle ett särskilt fängelsesjukhus vara förenat med den olägenheten att behandlingsansvaret inte kan kvarstå hos sjukhuset efter det att den intagne frigetts från sitt straff.

Till detta kommer att ett fängelsesjukhus skulle bli alldeles för litet för att kunna upprätthålla en vårdkvalitet som svarar mot vad som gäller för psykiatriska vårdinrättningar inom den allmänna sjukvården. Det nuvarande ianspråktagandet av drygt 6 000 vårddagar om året svarar mot en genomsnittlig beläggning av endast 16-17 platser. Även om vårdbehovet skulle kunna förmodas vara något större, skulle underlaget bli alltför litet för att sjukhuset skulle kunna knyta till sig kompetent personal. Det skulle vara omöjligt att bygga upp specialistkompetens inom hela det psykiatriska fältet.

Den målsättning som normaliseringsprincipen ger uttryck för måste enligt vår uppfattning upprätthållas. Därför är det nödvändigt att söka lösningen på föreliggande problem inom ramen för nuvarande ordning, dvs. med ett bibehållet vårdansvar för psykiatrin inom den allmänna sjukvården.

Som framgått av redogörelsen för enkätsvaren har en anledning till att intagna inom kriminalvården förvägrats erforderlig vård inom en allmän sjukvårdsinrättning varit den att den intagne inte hört hemma inom sjukhusets upptagningsområde. En sådan vägran kan i och för sig tänkas ha haft stöd i gällande regler. Ett sjukhus inom vars upptagningsområde en kriminalvårdsanstalt är belägen har nämligen enligt nuvarande ordning inte skyldighet att för en intagen som hör hemma utanför upptagningsområdet lämna annat än akut sjukvård. Vårdinsatser därutöver förutsätter medgivande av den intagnes hemortslandsting, som i och med ett sådant medgivande tar på sig betalningsansvaret för vården.

Vi anser att det är rimligt att den som är intagen i kriminalvårdsanstalt oberoende av hemvist får komma i åtnjutande av mera än rent akuta vårdinsatser vid sjukhus i anstaltens närhet. Detta är angeläget inte minst mot bakgrund av tendensen inom kriminalvården att i allt mindre mån beakta närhetsprincipen vid fördelningen av anstaltsplatser. Vi föreslår mot bakgrund härav en ändring i hälso- och sjukvårdslagen.

För att de intagnas rätt att i förekommande fall erhålla psykiatrisk sjukhusvård skall ytterligare säkerställas föreslår vi att varje kriminalvårdsanstalt genom avtal mellan kriminalvården och landstingen knyts till en viss sjukvårdsinrättning. Därvid bör kriminalvårdens slutna anstalter företrädesvis knytas till sjukhus som godkänts för rättspsykiatrisk vård. Det är angeläget - både med hänsyn till kostnaderna och med hänsyn till vårdförutsättningarna - att så mycket som möjligt begränsa behovet av bevakningsinsatser från kriminalvårdens sida.

Det nu angivna önskemålet torde förutsätta att ytterligare sjukhus eller sjukhusavdelningar godkänns för rättspsykiatrisk vård. Därvidlag föreligger det problemet att ett godkännande förutsätter att sjukhuset är så inrättat att det med tillfredsställande säkerhet kan bereda vård även åt häktade med av åklagare meddelade restriktioner. Vi menar att säkerhetskraven i allmänhet kan sättas väsentligt lägre när det gäller

flertalet intagna vid slutna kriminalvårdsanstalter. Vi föreslår därför att också sjukhus som inte helt uppfyller de säkerhetskrav som nu ställs skall kunna godkännas för rättspsykiatrisk vård, varvid dock godkännandet bör förses med undantag för häktade med åklagarrestriktioner samt för intagna vid anstalter som hör till den högsta säkerhetsklassen.

Som framgått av enkätsvaren hänför sig det missnöje med samarbetet med psykiatrin som man gett uttryck för vid flera kriminalvårdsanstalter till det förhållandet att anstaltens personal och den anlitade konsultläkaren gjort en annan bedömning av den intagnes vårdbehov än läkaren vid sjukhuset. Vi har stor förståelse för dessa skiljaktigheter i bedömningarna. Utvecklingen inom psykiatrin mot öppna vårdformer har gått snabbt. Sjukdomstillstånd som för bara något år sedan föranledde intagning för sluten vård behandlas nu inom den öppna vården. Det är därför förklarligt att kriminalvårdens personal i många fall ställer större krav på sjukvården än vad denna enligt nuvarande praxis är beredd att tillmötesgå. Detta kan också gälla i fråga om konsultläkare som saknar aktuell erfarenhet av vårdarbetet inom den slutna psykiatrin.

Vi föreslår att kriminalvårdens personal ges bättre kunskap om vad psykiatrin kan behandla och hur behandlingen är utformad. För bedömningen av intagnas psykiska tillstånd bör vidare anstalterna anlita vårdanknutna psykiatrer. Detta ger förutom en större säkerhet i bedömningen bättre förutsättningar för ett fungerande samarbete mellan anstalten och vårdinrättningen. Det är vidare viktigt att kriminalvården på central nivå har tillgång till en psykiater med omfattande erfarenhet av praktiskt behandlingsarbete inom den allmänna psykiatrin.

Det som hittills redovisats av våra överväganden har avsett sådana fall där den intagnes vårdbehov motiverar en inläggning på sjukhus. Som framgått av det anförda hänför sig behovet av psykiatriska insatser till förmån för kriminalvårdens klientel till den alldeles övervägande delen till åtgärder av öppenvårdskaraktär. Den öppna psykiatriska vården inom kriminalvården tillgodoses dels genom de särskilda psykiatriska avdelningarna vid fem slutna anstalter, dels genom de till anstalterna knutna konsultläkarna, dels också i någon omfattning med anlitande av den allmänna psykiatriska öppenvården.

Det är uppenbart att behovet av psykiatrisk konsultation och behandling inom kriminalvårdens anstalter ökat under senare år som en följd av den förändrade vårdideologin inom psykiatrin. Omfattningen av de vårdbehov som föreligger framgår i någon mån genom vår enkät till kriminalvårdsanstalterna och genom den klientelundersökning som redovisats i vårt huvudbetänkande. Dessa begränsade undersökningar, liksom analyser som gjorts i andra sammanhang, visar enligt vår mening klart att kriminalvården behöver en kompetens- och resursförstärkning för att kunna tillmötesgå behoven. I brist på den mera djupgående analys som vi av tidsskäl fått avstå från att göra

saknar vi dock underlag för att ange någon omfattning av förstärkningsbehovet. Våra förslag är därför begränsade till att ange riktlinjerna för verksamheten.

I vårt huvudbetänkande har vi förordat att den genom kriminalvårdsreformen fastslagna närhetsprincipen för fördelningen av anstaltsplatser skall stå tillbaka för en bättre differentiering av de intagna med hänsyn till deras brottslighet och behandlingsbehov. När det gäller intagna som är psykiskt störda är differentieringen enligt vår mening särskilt angelägen. Det är viktigt att hushålla med de knappa resurserna för psykiatrisk behandling genom att inte sprida intagna med psykiska problem till alltför många anstalter. Resurserna behöver också koncentreras när det gäller den erforderliga kompetensutvecklingen för kriminalvårdens personal. Vidare skall framhållas att en blandning av psykiskt störda intagna med andra intagna i allmänhet förorsakar olägenheter för båda kategorierna.

Den differentiering som nu görs med hänsyn till intagnas psykiatriska behandlingsbehov avser placeringen på psykiatrisk avdelning. Vi utgår från att dessa avdelningar skall bestå. De bör tas i anspråk för intagna som har ett mera kontinuerligt behandlingsbehov eller som - utan att sluten vård kommer i fråga - behöver sådan behandling som inte kan ges på normalavdelning. Det är enligt vår mening inte osannolikt att antalet platser vid de psykiatriska avdelningarna behöver utökas eller att ytterligare någon avdelning behöver öppnas. Alternativt kan emellertid övervägas att vissa anstalter utan särskild psykiatrisk avdelning tillförs resurser genom att insatserna av konsultläkare där utökas.

Vi har uppmärksammat att en viss kategori psykiskt störda intagna vållar särskilda problem för straffverkställigheten. Det gäller intagna med personlighetsstörningar som tar sig uttryck i ett utagerande beteende, förhöjd aggressivitet och benägenhet för självdestruktiva handlingar. Många av dessa har symptom som enligt tidigare praxis skulle ha jämställts med sinnessjukdom och föranlett intagning för sluten psykiatrisk vård. Att sluten vård inte längre kommer i fråga beror i första hand på att de personlighetsstördas psykiska tillstånd i allmänhet inte anses behandlingsbart och psykiatrisk vård därför oftast är verkningslös.

Intagna som hör till den här nämnda kategorin utgör ett störande inslag i åtskilliga anstalter. De far ofta själva illa av verkställigheten och deras uppträdande inverkar många gånger negativt på behandlingen av andra intagna. Eftersom den grupp som har mer djupgående personlighetsstörningar till stor del är ny för kriminalvården saknar personalen tillräckliga kunskaper och erfarenheter för att på ett tillfredsställande sätt ta hand om problemen.

Vårt förslag när det gäller kategorin personlighetsstörda innebär att specialavdelningar inrättas. Dessa avdelningar har vi benämnt stödavdelningar. Till en sådan avdelning bör rekryteras personal med

mentalskötarutbildning. Psykolog bör vara knuten till avdelningen. Verksamheten bör utformas så att de intagna om möjligt undviker att råka in i konflikter. Det gäller att försöka begränsa skadeverkningarna av anstaltsvistelsen.

Till en stödavdelning bör hänföras intagna som i en annan anstalt eller avdelning till följd av sin personlighetsstörning eller psykiska särart uppträtt störande för sin omgivning och vars psykiska problem är av den beskaffenheten att någon egentlig vård inte står till buds. Vi räknar med att det bör inrättas några stödavdelningar. Dessa bör företrädesvis knytas till anstalter med psykiatriska avdelningar. Även om de intagna vid en stödavdelning inte kontinuerligt är i behov av psykiatriska behandlingsåtgärder kan det beträffande flera av dem ibland uppkomma ett akut behov av en psykiatrisk konsultation som i så fall med kort varsel kan ombesörjas genom läkare vid den psykiatriska avdelningen. Det förekommer också att vissa personlighetsstörningar efter hand kan utveckla sig i riktning mot en psykossjukdom, t.ex. paranoid psykos och schizofreni, vilket kan aktualisera en intagning för sluten vård.

Enligt direktiven skall utredningen särskilt ta upp frågor som rör behandlingen av dem som avtjänar straff för sexualbrott. Eftersom sexualbrottslighet enligt en samstämmig bedömning av den expertis som finns på området i flertalet fall har sin grund i psykisk störning äger det som hittills redovisats i och för sig tillämpning också i fråga om de sexualbrottsdömda. Av olika skäl förtjänar dock frågor som rör straffverkställigheten för denna kategori intagna att uppmärksammas särskilt.

Ett speciellt problem när det gäller intagna som är dömda för sexualbrott är att dessa ofta utsätts för våld, hot och andra trakasserier från medintagna. Sådant får inte förekomma och kriminalvården har ett självklart ansvar för att det inte sker. Det fortfarande vanligaste sättet att bereda skydd åt dessa intagna är att placera dem i frivillig isolering på s.k ro-avdelningar. Under senare år har en stor del av de sexualbrottsdömda också koncentrerats till särskilda avdelningar och anstalter. Sådana avdelningar finns eller skall inrättas vid kriminalvårdsanstalterna Kristianstad Centrum, Malmö, Norrtälje, Kalmar, Mariefred, Skenäs, Skogome och Härnösand.

Behovet av skydd mot trakasserier är dock inte den enda anledningen till att särskilda anstaltsavdelningar för sexualbrottsdömda börjat inrättas. Syftet med avdelningarna är främst att dessa skall kunna erbjuda de intagna adekvat psykoterapeutisk behandling. Längst i utvecklingen i fråga om behandlingsverksamheten har Skogomeanstalten kommit. Till denna har knutits tre halvtidsanställda psykologer.

Riksdagens justitieutskott har i flera sammanhang understrukit att det är viktigt att verkställigheten av fängelsestraffet utnyttjas för att rehabilitera personer som dömts för vålds- och sexualbrott och att det därför är angeläget att den behandlingsverksamhet som på detta

område bedrivs inom kriminalvården ytterligare utökas och intensifieras. Målet måste enligt vad utskottet uttalat och riksdagen härefter gett regeringen tillkänna vara att de intagna som vill ha och har behov av behandling skall kunna erhålla sådan.

Vår uppgift enligt direktiven är att klarlägga hur stort behovet är av särskild behandling åt sexualbrottsdömda och hur den av riksdagen angivna målsättningen bör förverkligas.

Antalet intagna som avtjänar straff för sexualbrott har under ett förhållandevis kort tidsperspektiv mer än fördubblats. I september 1987 uppgick sålunda antalet intagna som dömts för denna typ av brott till 159. Motsvarande tal för oktober 1993 var 327. Den kraftiga ökningen har i huvudsak två skilda förklaringar. En är att förskjutningen inom psykiatrin mot öppna vårdformer medfört att en större andel sexualbrottslingar numera döms till fängelse i stället för sluten psykiatrisk vård. En annan förklaring är att benägenheten att anmäla och lagföra sexualbrott efter hand blivit större.

En utgångspunkt för kriminalvårdens rehabiliterande verksamhet är att behandlingsåtgärder förutsätter medgivande från den intagnes sida. Det kan enligt vår mening inte komma i fråga att frångå denna princip när det gäller den behandling av sexualbrottsdömda som avses. Erfarenhetsmässigt räknar man med att omkring tre fjärdedelar av dem som erbjuds behandling accepterar sådan. Detta skulle innebära att den av riksdagen önskade målsättningen förutsätter en behandlingskapacitet beräknad för 200-250 intagna.

Behandling av sexualbrottsdömda i anslutning till verkställigheten av fängelsestraff förekommer också i andra länder. Längst erfarenhet av sådan behandlingsverksamhet har man i USA där också verksamhetens omfattning är den största. Vi har tagit del av såväl amerikanska som inhemska undersökningar angående olika behandlingsprojekt.

Mot bakgrund av vad vi sålunda erfarit måste vi slå fast att det inte finns några verkligt säkra belägg för att den behandling av sexualbrottsdömda som bedrivs enligt olika koncept är framgångsrik. Vissa undersökningar tyder dock på att kvalificerad psykoterapeutisk behandling kan ge en positiv effekt i form av minskad återfallsfrekvens. Sammanfattningsvis föreligger emellertid en betydande osäkerhet om hur man bäst behandlar män som gjort sig skyldiga till sexualbrott. Forskningen på området är eftersatt och behöver intensifieras.

Vår uppfattning är att endast kvalificerad psykoterapeutisk behandling som har stöd i vedertagen vetenskap på området bör komma i fråga. Behandlingen är långvarig och måste i allmänhet fortgå även efter villkorlig frigivning. Ansvaret för behandlingen bör ovillkorligen ligga på psykolog eller läkare. Annan personal kan dock medverka och kan spela en viktig roll när det gäller att påverka sexualbrottsintagna att påbörja vård. Den omständigheten att behandlingen i allmänhet bör

fortgå efter det att straffet avtjänats förutsätter en samverkan med frivården samt med vårdansvariga inom landsting och kommuner.

I den allmänna debatten har ofta s.k. kemisk kastrering eller hormonbehandling nämnts som ett tänkbart sätt att komma till rätta med sexualbrottslighet. Metoden används i viss omfattning i Danmark. Såvitt vi har förstått kan hormonbehandlingen i vissa fall användas som ett led i en psykoterapeutisk behandling av sexualförbrytare - däremot inte med framgång som en fristående behandlingsmetod. Vi tar inte ställning till i vad mån hormonbehandlingen bör få förekomma. Vår inställning är den att behandlingsverksamheten för närvarande varken kan eller bör låsas fast i bestämda former utan måste hållas öppen för den utveckling på området som förhoppningsvis kan komma. Vi förutsätter att kriminalvården och Socialstyrelsen i samverkan ägnar fortsatt uppmärksamhet åt frågan om lämpliga behandlingsmetoder och därvid också beaktar i vad mån hormonbehandling kan komma i fråga.

Den av riksdagen uttalade målsättningen att de sexualbrottsdömda som vill ha och behöver behandling skall erbjudas sådan kan inte uppfyllas utan ett väsentligt tillskott av resurser till kriminalvården. Den förstärkning som krävs såväl kvantitativt som kvalitativt kan enligt vår bedömning inte åstadkommas inom ramen för de resurser som kriminalvården nu har till sitt förfogande. Frågan om en sådan resursförstärkning fordrar ett förnyat politiskt ställningstagande.

Den utbyggnad av behandlingsverksamhet för sexualbrottsdömda som nu är på gång utgör ett värdefullt steg på vägen. Inrättandet av särskilda anstalter eller avdelningar för sexualbrottsdömda ligger i linje med den differentiering av de intagna som vi förespråkar.

Författningsförslag

Förslag till
Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att 4 och 7 §§ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
4 §	
Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, skall landstinget erbjuda sådan vård.	Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, skall landstinget erbjuda sådan vård.
Ett landsting får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om det.	*Landstinget skall erbjuda psykiatrisk vård åt intagen i kriminalvårdsanstalt, som är belägen inom landstinget, om det föreligger behov av sådan vård. Om det föreligger särskilda skäl och Kriminalvårdsstyrelsen lämnar sitt medgivande därtill får den intagne för psykiatrisk vård överföras till det landsting där han är bosatt.* Ett landsting får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om det.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
7 §	
Landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård.	Landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. *Vid planeringen skall beaktas även behovet av psykiatrisk vård hos dem som är intagna i kriminalvårdsanstalt belägen inom landstinget.*
Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstinget och kommunerna inom landstinget.	Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstinget och kommunerna inom landstinget.

1 Inledning

1.1 Direktiven

Kommitténs direktiv (Dir. 1992:36) beslutades av regeringen den 2 april 1992. Enligt dessa skall vi göra en genomgripande översyn av de principer och det regelverk som lades fast genom 1974 års kriminalvårdsreform. Huvuduppgiften bör vara att, efter en avvägning mellan de olika intressen som gör sig gällande, överväga vilka principer för anstaltsplacering som bör tillämpas i framtiden samt att anpassa regelverket till dessa. Intresset att hålla anstalterna narkotikafria skall därvid särskilt uppmärksammas.

Vi har i vårt huvudbetänkande (SOU 1993:76) Verkställighet av fängelsestraff behandlat de frågor som berörs av vårt arbete utom såvitt avser behandlingen av psykiskt störda intagna och sexualförbrytare samt frågor om beslutsgången inom kriminalvården. Sedan vi beslutat att av tidsskäl inte behandla sistnämnda fråga återstår de två förstnämnda.

I direktiven anförs följande vad gäller frågan om behandlingen av intagna som är psykiskt störda.

Behandling av intagna som är psykiskt störda

Den 1 januari 1992 infördes ny lagstiftning om psykiatrisk tvångsvård och behandlingen av psykiskt störda lagöverträdare. Den ändrade lagstiftningen beräknas medföra att antalet psykiskt störda intagna på kriminalvårdsanstalterna kommer att öka. Detta är en följd av att vissa personer som tidigare överlämnats till särskild vård i stället kommer att dömas till fängelse. Flertalet av dem förmodas ha begått allvarliga brott och ha relativt långa strafftider.

Olika utredningar liksom erfarenheterna inom kriminalvården visar att de psykiatriska vårdbehoven hos de intagna på kriminalvårdsanstalterna är omfattande. Andelen psykiskt störda lagöverträdare inom kriminalvården som helhet har dessutom ökat sedan några år, sannolikt som en följd av en ändrad påföljdspraxis.

Samtidigt som problemen med de psykiskt störda lagöverträdarna har förvärrats på kriminalvårdsanstalterna och häktena har kriminalvårdens egna psykiatriska vårdresurser starkt reducerats med hänvisning till normaliseringsprincipen. Det har emellertid visat sig svårt att praktiskt tillämpa normaliseringsprincipen för intagna med psykiatriska vårdbehov. Psykiatrins snabba omvandling mot sektorisering och avinstitutionalisering har av allt att döma fått negativa återverkningar för kriminalvårdens del. Till bilden hör

också att det råder stor brist på slutenvårdsplatser vid psykiatriska specialenheter.

I propositionen (1990/91:58, s. 191 f) Psykiatrisk tvångsvård m.m. framhöll den dåvarande socialministern att hon trots detta ansåg att det fanns starka skäl att hålla fast vid normaliseringsprincipen även i framtiden. Det främsta skälet till detta var, enligt socialministern, att erfarenheterna entydigt visade att kriminalvården inte har samma förutsättningar att erbjuda en vård av lika hög kvalitet som den som äger rum inom den allmänna hälso- och sjukvården. Därtill kom, anförde socialministern, att det inte skulle framstå som ekonomiskt försvarbart att bygga upp parallella vårdresurser. Hon ansåg därför att det var nödvändigt att sjukvårdshuvudmännen utvecklade vårdresurser som tillgodosåg även den här aktuella gruppens vårdbehov. Propositionen innehöll också förslag som var ägnade att styra utvecklingen i den riktningen. Bl.a. utvidgades möjligheterna att ge anhållna, häktade och intagna i kriminalvårdsanstalt psykiatrisk vård i frivilliga former på sjukhus vid särskilda enheter inom hälso- och sjukvården.

Justitieutskottet ansåg, när propositionen behandlades där, att de nämnda åtgärderna inte var tillräckliga. Utskottet delade visserligen i princip socialministerns uppfattning om betydelsen av normaliseringsprincipen när det gällde den psykiatriska vården inom kriminalvården, men framhöll samtidigt att det också med fog kunde hävdas att utvecklingen hunnit förbi den punkt där det är tillräckligt att hänvisa till normaliseringsprincipen. Kriminalvården stod nu, enligt utskottet, inför en svårbemästrad situation, där det framstod som i hög grad tveksamt om sjukvårdshuvudmännen tog det ansvar som vilar på dem. Utskottet framhöll att garantier krävs för att de resurser som frigörs hos sjukvårdshuvudmännen, när antalet personer som döms till psykiatrisk tvångsvård minskar, också i fortsättningen kommer kriminalvårdens klienter till del. Utskottet tillade att det här inte enbart handlade om sjukvårdsresurser. Också förhållandena rent allmänt i anstalterna skulle påverkas av reformen, och det framstod för utskottet som uppenbart att det uppkom behov av extra resurser för att möjliggöra ett mänskligt och värdigt omhändertagande av den nya klientgruppen. Detta behov måste enligt utskottet tillgodoses. Riksdagen följde utskottet och gav regeringen till känna vad utskottet anfört (1990/91:JuU34 s. 33, rskr. 330).

I sammanhanget bör också nämnas den rapport som Europarådets kommitté mot tortyr och inhuman eller kränkande behandling eller bestraffning nyligen lämnade till den svenska regeringen efter att ha besökt Sverige och undersökt förhållandena inom bl.a. kriminalvården. I rapporten konstateras bl.a. att det inte finns resurser för att i praktiken fullt ut tillämpa principen om att intagna på kriminalvårdsanstalt skall ha samma tillgång till sjukvård som den övriga befolkningen, särskilt i fråga om psykiatriska/psykologiska vårdbehov hos de intagna.

Mot den nu redovisade bakgrunden bör den av mig förordade kommittén analysera och redovisa konsekvenserna för kriminalvården av den ändrade lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård och föreslå de förändringar som kan vara motiverade. Det bör vara möjligt att - om det finns tillräckliga skäl för det - överväga förändringar som innebär avsteg från normaliseringsprincipen. En lösning som kan bli aktuell är att ändra ansvarsfördelningen i fråga om kostnaderna för den psykiatriska vård som ges intagna i kriminalvården inom den allmänna hälso- och sjukvården. En annan

lösning som kan övervägas är att utveckla psykiatriska vårdresurser inom kriminalvården. Analysen bör bl.a. göras utifrån vårdens tillgänglighet och förutsättningarna att bedriva en vård av hög kvalitet.

I sammanhanget bör också erinras om att frågan om hur kriminalvårdens klienter skall kunna få sina behov av psykiatrisk vård tillgodosedda inom den allmänna hälso- och sjukvården behandlas av en parlamentariskt sammansatt kommitté under socialdepartementet (S 1989:01). Den kommittén kommer att slutredovisa sina förslag i mitten av augusti 1992. Samråd bör ske mellan de båda kommittéerna.

Vad så angår frågan om behandling av män som gjort sig skyldiga till övergrepp mot kvinnor och barn erinras till en början i våra direktiv att riksdagen under våren år 1991 gav regeringen till känna att den verksamhet med behandling av personer, dömda för sexualbrott och våldsbrott, som bedrivs inom kriminalvården bör utökas och intensifieras ytterligare. Målet måste, enligt riksdagen, vara att de intagna som vill och har behov av det skall kunna få en sådan behandling. I direktiven anförs vidare i denna fråga följande.

Behandling av män dömda för övergrepp mot kvinnor och barn

Under de senaste åren har man inom kriminalvården påbörjat en verksamhet i syfte att finna lämpliga behandlingsmetoder för män som gjort sig skyldiga till övergrepp mot kvinnor och barn. Verksamheten har bl.a. omfattat psykoterapi för de dömda männen samt handledning och utbildning av personalen inom kriminalvården. Som tidigare angivits har riksdagen givit regeringen till känna att denna behandling bör utökas och ytterligare intensifieras (1990/91:JuU17 s. 15, rskr. 154). Kommittén bör klarlägga hur stort behovet av sådan behandling är och hur den av riksdagen angivna målsättningen bör förverkligas.

Vi har i vårt arbete beaktat direktiven (Dir. 1984:5) angående utredningsförslagens inriktning. Enligt dessa direktiv skall alla förslag kunna genomföras med oförändrade eller minskade resurser. Vidare har vi beaktat direktiven (Dir. 1988:43) som innebär att EG-aspekter skall beaktas i utredningsverksamheten och direktiven (Dir 1992:50) om redovisning av regionalpolitiska konsekvenser.

Under utredningens gång har till oss överlämnats skrivelser m.m. Vidare har inkommit ett antal framställningar från enskilda.

1.2 Utredningens arbete

Vi överlämnade i augusti 1993 vårt huvudbetänkande (SOU 1993:76) Verkställighet av fängelsestraff. I det betänkandet behandlas de frågor som berörs av vårt arbete utom såvitt avser behandlingen av psykiskt störda intagna och av män dömda för övergrepp mot kvinnor och barn

samt frågor om beslutsgången inom kriminalvården. Avsikten var att vi i föreliggande slutbetänkande skulle behandla de sistnämnda frågorna. Vi har emellertid funnit att den tid som stod till vårt förfogande, omkring fyra månader, inte var tillräcklig. Efter samråd med Justitiedepartementet beslöt vi därför att inte behandla frågan om beslutsgången inom kriminalvården.

Vi påbörjade vårt arbete i maj 1992. Det inledande skedet ägnade vi i stor utsträckning åt att samla in och bearbeta material om verksamheten vid landets kriminalvårdsanstalter. Under sommaren år 1992 gjorde vi studiebesök vid ett stort antal kriminalvårdsanstalter och några häkten. Vid dessa studiebesök besåg vi anstalterna och överlade med personalen. De intagna bereddes också tillfälle att lägga fram sina synpunkter. Vi besökte Danmark och Finland. Vid dessa besök sammanträffade vi med bl.a. företrädare för de centrala och lokala kriminalvårdsmyndigheterna. Vi besökte kriminalvårdsanstalter i de båda länderna. I samtliga dessa sammanhang berördes också frågor om behandling av psykiskt störda intagna och av sexualförbrytare. Sistnämnda fråga blev föremål för särskild uppmärksamhet vid vårt besök i kriminalvårdsanstalten Skogome.

Under förevarande del av utredningsarbetet, som alltså uteslutande berört behandling av psykiskt störda intagna och av män dömda för övergrepp mot kvinnor och barn, har ordföranden och sekretariatet sammanträffat med företrädare för Kriminalvårdsstyrelsen och även haft ett flertal andra kontakter med tjänstemän inom kriminalvården. Sekretariatet har bl.a. besökt kriminalvårdsanstalten Kristianstad Centrum. Vidare har sekretariatet haft överläggningar med företrädare för Socialstyrelsen och Rättsmedicinalverket. Sekretariatet har också sammanträffat med skilda företrädare för den allmänna psykiatrin, bl.a. i samband med studiebesök på Huddinge sjukhus. Genom studiebesök på Karsuddens sjukhus och S:t Sigfrids sjukhus har sekretariatet informerat sig om förhållandena där. Sekretariatet har fått information av leg psykoterapeuten Eva Hedlund om den vård och behandling av män som begått sexualbrott, som bedrivs inom Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU). Eva Hedlund har också välvilligt ställt skriftligt material till kommitténs förfogande.

I början av september 1993 anordnade samarbetsnämnden för Karsuddens sjukhus en studieresa till Kalifornien. Sekretariatet deltog i denna resa. Under denna hölls bl.a. ett seminarium rörande frågor om psykiskt störda som är intagna i kriminalvårdsanstalt samt om vård och behandling av sexualförbrytare. Vidare gjordes studiebesök på Napa State Hospital, Atascadero State Hospital och Patton State Hospital. Slutligen höll sekretariatet ett flertal överläggningar med andra deltagare i resan, bl.a. företrädare för Rättsmedicinalverket och Stockholms Läns Landsting.

I bilaga 3 till vårt huvudbetänkande redovisas resultatet av den omfattande klientelundersökning som tjänstemän vid Kriminalvårdssty-

relsen gjort för vår räkning. Dessa resultat har i förekommande fall använts även under förevarande del av utredningsarbetet.

Från skilda håll inom kriminalvården har gjorts gällande att det föreligger stora problem med att få erforderlig vård för intagna som är i behov av sluten vård inom psykiatrin. För att utröna bl.a. omfattningen av dessa problem har vi gjort en enkät som vänt sig till landets samtliga kriminalvårdsanstalter. Vi har i detta arbete haft stor hjälp av byrådirektören Bert Sundström vid Kriminalvårdsstyrelsen.

Vi har i denna del av vårt arbete samrått med Straffsystemkommittén och Kommissionen om våld mot kvinnor. Vi har vidare avgett remissyttrande över den inom Justitiedepartementet upprättade promemorian Lägre ersättning till fängelsedömda m.m. och Ungdomsbrottskommitténs betänkande (SOU 1993:35) Reaktion mot ungdomsbrott.

2 Behandlingen av intagna som är psykiskt störda

2.1 Inledning

I detta avsnitt berörs frågor om behandlingen av intagna som är psykiskt störda. Om inte annat anges avses med "intagen" i det följande en person som är intagen i kriminalvårdsanstalt.

Enligt den s.k. normaliseringsprincipen, som gäller för kriminalvården, har intagen samma rätt till samhällets stöd- och vårdinsatser som andra medborgare. Vi har i vårt huvudbetänkande (SOU 1993:76) Verkställighet av fängelsestraff anfört att vi inte förordar någon ändring i detta hänseende. Normaliseringsprincipen gäller bl.a. när det uppkommer behov av öppen eller sluten psykiatrisk vård. Med sluten vård avses vård dygnet runt, dvs. sjukhusvård, som kan vara frivillig eller ske med tvång.

Kriminalvårdens möjligheter att ge psykiatrisk vård är mycket begränsade. Vid fem kriminalvårdsanstalter finns s.k. psykiatriska avdelningar där det förekommer viss psykiatrisk vård. Vårdresurserna vid dessa avdelningar anses motsvara hemsjukvård eller möjligen vård vid psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Vissa kriminalvårdsanstalter har tillgång till konsultpsykiatrer, som besöker anstalten några timmar i veckan. De intagnas behov av öppen psykiatrisk vård tillgodoses således i viss utsträckning inom kriminalvården. Det förekommer också att intagna får öppen psykiatrisk vård vid besök på psykiatrisk öppenvårdsmottagning inom den allmänna hälso- och sjukvården. När det gäller sluten psykiatrisk vård saknar kriminalvården helt egna vårdmöjligheter. All sådan vård skall därför ges inom den allmänna sjukvården. Dessutom saknar kriminalvården laglig möjlighet att ge psykiatrisk tvångsvård (rättspsykiatrisk vård).

Psykiatrin har under de senaste decennierna genomgått en omfattande förändring, som inneburit en inriktning mot öppnare vårdformer och minskad användning av tvång. Antalet vårdplatser för sluten psykiatrisk vård har minskats samtidigt som vården decentraliserats genom den s.k. sektoriseringen. En ny lagstiftning om psykiatrisk tvångsvård har trätt i kraft den 1 januari 1992, varvid kriterierna för tvångsvård ändrats. Samtidigt har brottsbalkens bestämmelser om

domstols möjlighet att överlämna lagöverträdare till sluten psykiatrisk vård också ändrats. Det s.k. jämställdhetsbegreppet har avskaffats.

Det har från olika håll framförts att det föreligger svårigheter med att få de intagnas behov av sluten psykiatrisk vård tillgodosett. Bl.a. justitieutskottet har ifrågasatt om sjukvårdshuvudmännen tar sitt vårdansvar beträffande de intagna som är psykiskt störda. Enligt kriminalvården har andelen intagna som är psykiskt störda ökat under senare år, vilket medfört att ifrågavarande problem förvärrats.

Svårigheterna med att för sluten psykiatrisk vård överföra intagna till den allmänna sjukvården har flera orsaker. Det förekommer att kriminalvården och den allmänna sjukvårdens läkare gör olika bedömningar beträffande vårdbehov och erforderlig vårdtid. Vidare har sluten psykiatrisk vård vägrats på grund av platsbrist. Säkerhetsproblem liksom den omständigheten att en patient ansetts störande har ibland försvårat genomförandet av sluten psykiatrisk vård. Särskilda problem uppkommer också på grund av betalningsansvaret vid vård utanför den intagnes hemlandsting.

Den omständigheten att det i kriminalvårdsanstalterna vistas intagna med psykiska störningar försvårar verksamheten i anstalterna. Vidare kan intagna med en psykiska problem vara gravt störande för såväl medintagna som anstaltspersonal.

Mot bakgrund av nu angivna problem behandlas i detta avsnitt frågan om vilken ansvarsfördelning som bör gälla för den psykiatriska vården av de intagna och vilken psykiatrisk kompetens kriminalvården bör ha. Vidare berörs frågan om särskilda åtgärder skall vidtas beträffande den kategori intagna som trots psykiska störningar inte har något sådant vårdbehov att det skall tillgodoses utanför kriminalvården. Ett annat problem som tas upp är svårigheterna att få till stånd sluten psykiatrisk vård i form av utomlänsvård. Förslag lämnas till lösning av problemen med att få till stånd utomlänsvård. Ett annat syfte med de åtgärder som föreslås är att underlätta samarbetet mellan kriminalvården och den allmänna sjukvården.

2.2 Förhållandena före 1974 års kriminalvårdsreform

De dåvarande fångvårdsanstalterna var fördelade på åtta kriminalvårdsräjonger, varav fem var geografiskt avgränsade och tre avsedda för specialklientel, nämligen internerings-, ungdoms- och kvinnoräjonger. Inom varje räjong fanns en centralanstalt och en eller flera sidoanstalter. Samtliga centralanstalter utom den i kvinnoräjongen hade en psykiatrisk avdelning. Utanför räjongerna fanns ett psykiatriskt sjukhus, Håga. Vid de psykiatriska vårdavdelningarna fanns en överläkare, som i princip samtidigt var räjongspsykiater.

Kommittén för anstaltsbehandling inom kriminalvården (KAIK) lät göra en tvärsnittsundersökning avseende dem som var i anstalt den 26 januari 1969. Undersökningen finns redovisad i betänkandet (SOU 1971:74) Kriminalvård i anstalt. Enligt undersökningen hade åtta procent av undersökningspopulationen tidigare frikallats från militärtjänstgöring på grund av psykiska besvär. För ytterligare en lika stor andel frikallade angavs inte någon orsak till frikallelsen. KAIK anförde att det därför var troligt att fler än åtta procent av de intagna hade psykiska besvär. År 1971 hade kriminalvården inom gruppen läkare och psykologer sammanlagt 31 tjänster, varav 23 läkartjänster var placerade på de psykiatriska behandlingsavdelningarna.

2.3 Kriminalvårdsreformen år 1974

Genom 1974 års kriminalvårdsreform tillkom lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt (KvaL), som efter vissa ändringar alltjämt reglerar behandlingen av i kriminalvårdsanstalt intagna. Till de bestämmelser i KvaL som är av intresse när det gäller behandlingen av intagna som är psykiskt störda återkommer vid nedan i avsnitt 2.5.1. Kriminalvårdsberedningen, vars betänkade (SOU 1972:64) Kriminalvård ligger till grund för 1974 års reform, anförde beträffande behandlingen av intagna som är psykiskt störda bl.a. följande. Den psykiatriska vården hade större personella resurser än kroppssjukvården. I gengäld var det psykiatriska vårdbehovet avsevärt större och behandlingen långt mer tids- och personalkrävande. Det fanns enligt beredningen anledning att förmoda att anstalter för det s.k. normalklientelet i stor utsträckning utnyttjades för förvar av psykiskt störda personer. Beredningen anförde att beträffande den psykiska hälsovården var möjligheterna att etablera samarbete med den allmänna sjukvården mindre. Trots att psykiska störningar var vanligare än kroppssjukdomar var antalet intagna som togs emot på psykiatriska sjukhus och kliniker betydligt färre än de som fick sjukhusvård för fysiska åkommor. Detta ansågs delvis kunna bero på platsbrist vid de psykiatriska sjukhusen och klinikerna. Delvis kunde det - enligt rådande uppfattning bland läkare på dessa sjukvårdsinrättningar - också bero på att ifrågavarande kriminalvårdsklientel i stor utsträckning utgjordes av personer, som hade ett särpräglat och avvikande beteende och som hade ett negativt inflytande på sjukhusens behandlingsmiljö. Beredningen anförde att kriminalvårdens resurser för hälso- och sjukvård var knappa. Problemet hade under lång tid förvärrats genom svårigheter att rekrytera läkare. De intagna borde i största möjliga utsträckning få tillgång till samhällets allmänna sociala insatser även beträffande hälso- och sjukvård. Beredningen ansåg att en sådan ordning skulle underlättas om anstaltsväsendet organiserades på så sätt att ett större antal intagna fick vistas i omedelbar närhet till hemorten.

De skulle då lättare kunna hålla kontakt med de läkare och sjukvårdsinrättningar som normalt hade ansvaret för att de kom i åtnjutande av den vård, som de var berättigade till. För att ett ökat samarbete med den allmänna sjukvården skulle komma till stånd krävdes en ändrad praxis vid vissa sjukvårdinstitutioner. Kriminalvårdsklientelets eventuella svårigheter att anpassa sig till gällande ordningsregler eller till övriga patienter fick enligt beredningen inte påverka bedömningen av deras vårdbehov. Den psykiatriska vården vid anstalterna hade under lång tid försvårats genom bristen på kvalificerad personal, även om det finns förhoppningar om en ökad tillgång på läkare.

2.4 Tidigare utredningar

2.4.1 Bexeliuskommittén

Bexeliuskommittén hade i uppdrag att göra en översyn av påföljderna för psykiskt avvikande lagöverträdare och att söka komma till rätta med brister i det rättspsykiatriska undersökningsväsendet. I betänkandet (SOU 1977:23) Psykiskt störda lagöverträdare föreslog kommittén bl.a att begreppet "psykisk störning" skulle användas som en övergripande samlingsbeteckning för de funktionsrubbningar som kan medföra att domstol överlämnade en lagöverträdare till sluten psykiatrisk vård. Enligt kommitténs förslag skulle åtskilliga personlighetsstörda och missbrukare av beroendeframkallande medel, som dittills överlämnats till sluten psykiatrisk vård, dömas till fängelse.

Beträffande de intagna i kriminalvårdsanstalt anförde kommittén att det bland dessa fanns många som led av psykiska störningar och som hade svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda inom kriminalvårdsorganisationen. Det var i stor utsträckning fråga om missbrukare. Om kommitténs förslag genomfördes, skulle antalet personer med psykiska besvär komma att öka bland de intagna. Kommittén anförde att man därför fick räkna med ett ökat behov av psykiatrisk vård bland de intagna, såväl ambulant sådan som sjukhusvård.

Enligt kommitténs förslag skulle de intagnas behov av kvalificerad psykiatrisk vård i första hand tillgodoses genom den allmänna sjukvårdens försorg samt i viss utsträckning genom den rättspsykiatriska organisationen. De psykiatriska avdelningarna inom kriminalvården borde som en konsekvens därför successivt avvecklas. Vissa lindrigare avgiftningsfall borde kunna tas om hand på anstalternas avdelningar för kroppssjukvård. Var vårdbehovet så starkt att intagning kunde ske med stöd av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV), skulle överföring till psykiatriskt sjukhus eller klinik ovillkorligen ske. Även behov av frivillig sluten psykiatrisk vård måste kunna tillgodoses. Enligt kommitténs förslag borde även vid sådant

vårdbehov i största möjliga utsträckning den allmänna sjukvården anlitas.

Om de många psykiskt störda personer som var intagna i kriminalvårdsanstalterna skulle kunna få sjukhusvård i erforderlig omfattning, var det enligt kommittén emellertid inte realistiskt att vården ombesörjdes enbart av den allmänna sjukvården. Förutom missbrukare fanns det andra grupper av kriminella, framför allt sexualbrottslingar, som borde kunna få bättre hjälp genom specialinriktad behandling. Kommittén föreslog därför att särskilda vårdresurser upprättas inom den rättspsykiatriska organisationen för nämnda grupper.

Enligt kommittéförslaget skulle den ambulanta vården i lokalanstalterna tillhandahållas genom frivårdens konsultpsykiatrer eller den allmänna sjukvården. Det var i dessa fall viktigt att etablera kontakt med den sjukvårdsinrättning eller läkare som skulle vårda patienten efter dennes frigivning från anstalten. I riksanstalterna skulle den ambulanta vården ombesörjas av psykiatrer och övrig personal inom den rättspsykiatriska organisationen.

Om en intagen, som överförts till sluten psykiatrisk vård, inte längre ansågs behöva sjukhusvård men väl behandling i annan institution, t.ex. behandlingshem, borde sådan behandling kunna komma till stånd genom en generös tillämpning av 34 § KvaL.

2.4.2 ASV-gruppen

En särskild arbetsgrupp inom Socialstyrelsen (ASV-gruppen) redovisade i en rapport år 1981 planeringsunderlaget Förslag till rättspsykiatrisk regionsjukvård. ASV-gruppen föreslog att den rättspsykiatriska organisationen skulle inordnas i den allmänpsykiatriska vårdstrukturen och få ett gemensamt huvudmannaskap med övrig psykiatri. Arbetsgruppen föreslog att det skulle införas en rättspsykiatrisk regionsjukvård. Enligt förslaget skulle denna regionala organisation ha ett integrerat ansvar för rättspsykiatriska undersökningar och psykiatrisk vård i vissa fall samt inordnas i den allmänpsykiatriska vårdstrukturen. Den rättspsykiatriska regionsjukvården skulle enligt förslaget svara bl.a. för rättspsykiatriska undersökningar, viss psykiatrisk vård samt konsultverksamhet inom kriminalvården. Den psykiatriska vården inom den föreslagna organisationen skulle omfatta bl.a. patienter som genomgått rättspsykiatrisk undersökning eller som är intagna i kriminalvårdsanstalt.

Beträffande organisationen för rättspsykiatriska undersökningar anförde arbetsgruppen bl.a. följande. Uppbyggnaden av en rättspsykiatrisk organisation hade inte eliminerat väntetiderna för rättspsykiatrisk undersökning. Den specifika rättspsykiatriska uppgiften var att svara för rättspsykiatriska bedömningar, men undersökningstiden utnyttjades även för omvårdnad och behandling av psykiska störningar. I samband

med den rättspsykiatriska bedömningen uppstod ofta ett förtroendefullt förhållande mellan bedömare och den undersökte. Denna sålunda uppkomna terapeutiska processen avbröts typiskt sett, när tillräcklig information erhållits för nödvändig diagnostik. ASV-gruppen anförde att rättspsykiatrernas kompetens att svara för relevant psykiatrisk diagnostik påverkades negativt av att man inte följde patienternas utveckling efter gjorda bedömningar. Vidare förelåg svårigheter med att rekrytera rättspsykiatrer och flera tjänster var vakanta. För att bibehålla eller helst förbättra kvaliteten samt effektivt utnyttja tillgängliga resurser borde ansvaret för de rättspsykiatriska undersökningarna förenas med vårduppgifter.

ASV-gruppen ansåg kriminalvårdens behov av psykiatrisk service ha stora beröringspunkter med den skisserade organisationen för rättspsykiatrisk regionsjukvård. Det fanns ett omfattande psykiatrisk stödbehov bland kriminalvårdens intagna. Rekryteringssvårigheter till kriminalvårdens psykiatertjänster hade medfört att man i stor utsträckning utnyttjade konsultpsykiatrer. En viktig uppgift för den föreslagna rättspsykiatriska regionsjukvården var enligt ASV-gruppen att tillgodose kriminalvårdens behov av psykiatrisk kompetens, dels genom konsultverksamhet, dels genom att för vård överta vissa intagna. Många av de intagna hade tidigare genomgått rättspsykiatrisk undersökning, varför möjligheterna till behandlingskontinuitet skulle förbättras, om den föreslagna rättspsykiatriska regionsjukvården svarade för konsultinsatser inom kriminalvården.

Det fanns inom kriminalvården ett icke tillgodosett behov av få överföra intagna till psykiatrin, vilket delvis berodde på bristfälligt utvecklat samarbete. ASV-gruppen ansåg att i de fall där det uppkom särskilda säkerhetskrav på vårdmiljön eller när det var fråga om upprepat kriminellt beteende av visst slag var det i allmänhet lämpligt att vården gavs inom den rättspsykiatriska regionsjukvården.

2.4.3 Socialberedningen

Socialberedningen föreslog i betänkandet (SOU 1984:64) Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten att en ny lagstiftning om psykiatrisk tvångsvård skulle införas. Beträffande förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård anförde beredningen bl.a. följande. Den psykiatriska vården hade sedan tillkomsten av LSPV genomgått en betydande förändring. Man utgick numera från att biologiska, sociala och psykologiska faktorer medverkade i uppkomsten av psykiska störningar. En mer nyanserad syn på psykiska störningar hade ersatt tidigare strikta biologiska sjukdomsbegreppet. Detta bidrag till att beredningen använde begreppet "allvarlig psykisk störning" i stället för "psykisk sjukdom".

Beredningen ansåg att det var det mer eller mindre akuta vårdbehovet som skulle vara avgörande för om psykiatrisk vård skulle ske med tvång. Målsättningen för ett tvångsomhändertagande borde vara att häva ett krisläge. Efter att kontakt sålunda uppnåtts med den psykiskt störde kunde en behandlingsplan därefter upprättas på frivillig grund.

Beträffande de psykiskt störda lagöverträdarna anförde beredningen bl.a. följande. Påföljdssystemet hade vissa brister när det gällde de psykiskt störda. Gränsdragningen mellan de lagöverträdare som skulle särbehandlas på grund av psykisk störning och övriga lagöverträdare var otillfredsställande. Beredningen var starkt kritisk till jämställdhetsbegreppet. Ett relativt lindrigt brott kunde föranleda långvarig tvångsvård, medan den som begått ett mycket svårt brott ibland släpptes fri efter en kort vårdtid, på den grunden att han inte längre ansågs behöva vård. Det framstod enligt beredningen ibland som en tillfällighet om någon överlämnades till sluten psykiatrisk vård enligt LSPV eller dömdes till fängelse. Beredningen ansåg att psykiskt störda lagöverträdare, liksom andra lagöverträdare, skulle dömas till de påföljder som var mest lämpade att förhindra nya brott och främja den dömdes rehabilitering. Särskilda påföljdsregler för psykiskt störda lagöverträdare borde enligt beredningen tillämpas så lite som möjligt. De psykiskt störda lagöverträdarna hade rätt till den psykiatriska vård de var i behov av och denna vård skulle vara jämförbar med den vård andra psykiskt störda fick. Det borde enligt beredningen därför även framdeles finnas särskilda påföljdsregler för de mest störda lagöverträdarna.

Beredningen ansåg att det borde finnas någon form av "glidande skala" i påföljdssystemet och föreslog en ny påföljd eller påföljdskombination enligt vilken domstolen, samtidigt som den dömde till fängelse, skulle kunna förordna att den dömde en viss bestämd tid eller tills vidare skulle genomgå rättspsykiatrisk vård. När psykiatrisk vård dygnet runt inte längre behövdes skulle den dömde kunna överföras till fängelse.

Vidare ansåg beredningen att domstolen borde i vissa fall kunna ändra en ådömd påföljd, t.ex. när någon som dömts till fängelse drabbades av allvarlig psykisk störning som krävde mer än tillfällig psykiatrisk vård. Detta gällde inte minst mot bakgrund av att det i framtiden kunde bli något vanligare att psykiskt störda personer döms till fängelse. Rent tillfälliga psykiatriska vårdbehov borde dock tillgodoses genom de psykiatriska resurser kriminalvården förfogade över eller genom en kortare vistelse på t.ex. psykiatrisk klinik. Personalproblemen var stora på de psykiatriska avdelningar som finns inom vissa riksanstalter. Av tolv psykiatertjänster var under år 1982 endast fyra besatta. Såväl tvångsvård som frivillig vård borde enligt beredningen kunna komma i fråga för kriminalvårdens intagna. Vid längre vårdbehov borde däremot påföljden ändras.

Många av de psykiskt störda lagöverträdarna hade långa tider vårdats inom olika vårdformer. De hade ofta ett flertal problem och institutionsvistelserna hade medfört att de ofta hade svårt att klara sig på egen hand. Det fanns enligt beredningen behov av ett intensivt stöd i nya former, t.ex. på små behandlingshem eller i den egna miljön.

Den framtida utformningen av vårdorganisationen var inte känd men beredningen utgick från att det skulle finnas en regional organisation, som dels skulle utföra rättspsykiatriska undersökningar, dels ha vårdplatser för patienter som behövde psykiatrisk vård och var kriminellt belastade. Beredningen ansåg det angeläget att skapa en rättspsykiatrisk organisation med goda resurser och att det blev attraktivt för unga psykiatrer att fortbilda sig inom rättspsykiatrin. Det borde vara möjligt att bedriva forskning inom en ny rättspsykiatrisk organisation. Vidare var det av stor betydelse att den rättspsykiatriska organisationen fick bistå kriminalvården, dels genom att tillfälligt eller under längre perioder ta hand om intagna som behövde psykiatrisk vård dygnet runt, dels genom konsultinsatser. Beredningens förslag var dock tillämpliga även på befintlig organisation av de rättspsykiatriska klinikerna och de s.k. riksenheterna.

Vidare anförde beredningen att många av lagöverträdare kunde vårdas på sjukhus eller behandlingshem i hemorten tillsammans med andra patienter. Det fanns emellertid även personer som begått upprepade grova våldsbrott och för vilka skyddsaspekterna var särskilt framträdande. Dessa kunde vara störande för medpatienter och skapa rädsla hos omgivningen. Beredningen anförde att det för dem krävdes särskilda säkerhetsanordningar och större resurser. Skapades en särskild rättspsykiatrisk vårdorganisation, kunde dessa patienter tas om hand där.

För att motverka institutionsskador, borde det som alternativ till mentalsjukhusen finnas små hem för behandling och rehabilitering av psykiskt störda människor. Enligt förarbetena till såväl hälso- och sjukvårdslagen som till socialtjänstlagen skulle institutionsvård ske under så normala förhållanden som möjligt och i hemlik miljö. Det behövdes enligt beredningen små hem för behandling och rehabilitering med en klar målsättning för sin verksamhet och där patientgruppen aktivt medverkade i såväl det dagliga livet som i olika former av terapi. Verksamheten borde bedrivas i små patientgrupper så att medlemmarna fick möjlighet att lära känna varandra och knyta sådana relationer att de kunde vara till stöd för varandra. Även när det gällde psykiskt störda lagöverträdare var individuell behandlingsplanering och små behandlingshem att föredra. Eventuella säkerhetsproblem kunde lösas även i små, integrerade miljöer.

Beredningen ansåg att när någon som avtjänade fängelsestraff behövde psykiatrisk vård, borde den normalt kunna ges på frivillig väg. Vården borde ges antingen på de psykiatriska avdelningarna inom vissa kriminalvårdsanstalter eller också på psykiatrisk klinik utanför

kriminalvården. Kunde frivillig vård inte ges intagen, borde anstaltsläkaren eller annan läkare utfärda vårdintyg. Överläkaren på den enhet där den dömde skulle vårdas fick därefter besluta om inläggning skulle ske. Inläggning borde kunna ske såväl på rättspsykiatriska vårdenheter som på vårdenheter som fick ge psykiatrisk tvångsvård i andra fall. Lämpligheten i den enskilda fallet, bl.a. vilka säkerhetskrav som ställdes, borde vara avgörande för valet av vårdinrättning. Beredningen ansåg att rättspsykiatriska vårdenheter alltid borde vara skyldiga att ta emot intagna från kriminalvården, oavsett om det var fråga om frivillig vård eller tvångsvård.

2.5 Kriminalvårdens nuvarande förhållanden

Den s.k. normaliseringsprincipen, som vi har beskrivit i vårt huvudbetänkande (SOU 1993:76) Verkställighet av fängelsestraff, är tillämplig bl.a. när de intagna är i behov av hälso- eller sjukvård. Denna princip innebär att de intagna har samma rätt till samhällets stöd- och vårdinsatser som andra medborgare. De får således inte vidkännas några inskränkningar i rätten till samhällsservice. Härmed är i och för sig inte sagt vem som skall ge servicen eller som skall bekosta densamma. Under förarbetena till lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt (KvaL) framhölls dock att ifrågavarande service som regel skulle tillhandahållas av de organ utanför kriminalvården som normalt har ansvaret för den service det gäller, såsom hälso- och sjukvård, socialvård, arbetsförmedling m.m. Kriminalvården borde enligt lagförarbetena bygga upp egna resurser endast för de fall där frihetsberövandet utgör hinder mot andra myndigheters medverkan eller där stödinsatserna uteslutande har sin grund i kriminalvårdens rehabiliterande uppgifter. I samband med riksdagsbehandlingen av förslaget till KvaL pekade justitieutskottet på problemet med ansvars- och kostnadsfördelningen mellan olika vårdområden, särskilt beträffande hälso- och sjukvård där brister ansågs föreligga.

2.5.1 Gällande bestämmelser

Enligt 5 § KvaL skall kriminalvården i anstalt planläggas och genomföras i nära samverkan mellan kriminalvårdens olika organ. I den mån ett förverkligande av vårdens syfte kräver insatser av andra samhälleliga organ, skall erforderlig samverkan ske med företrädare för sådant organ.

Beträffande hälso- och sjukvård gäller enligt 37 § KvaL bl.a. följande. Om en intagen är i behov av hälso- och sjukvård skall han vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Kan erforderlig under-

sökning och behandling inte lämpligen ske inom anstalten, bör den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs får den intagne föras över till allmänt sjukhus. Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård för intagen ges i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Föreligger anledning därtill skall den som vistas utom anstalten för att få vård på allmänt sjukhus stå under bevakning eller vara underkastad särskilda föreskrifter. I 37 § fjärde stycket KvaL förekrivs att beträffande behandlingen av intagen, som har förts över till sådan sjukvårdsinrättning som avses i 6 § första stycket andra meningen LRV för frivillig psykiatrisk vård, tillämpas föreskrifterna i 18-24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) samt bestämmelserna i 8 § andra och tredje styckena LRV om befogenhet för kriminalvårdsstyrelsen och regeringen att besluta om särskilda restriktioner beträffande en viss intagen. En redogörelse för bestämmelserna i LRV och LPT lämnas nedan i avsnitt 2.6.2. Stadgandet i fjärde stycket 37 § KvaL innebär att sjukvårdspersonal får använda visst tvång mot intagen som ges frivillig sluten psykiatrisk vård på vårdinrättning som godkänts för rättspsykiatrisk vård åt anhållna, häktade eller i kriminalvårdsanstalt intagna. Detta tvång får dock inte avse själva vården utan syftar främst till att hindra den intagne från att rymma.

Överläkare vid psykiatrisk avdelning vid kriminalvårdsanstalt har, såvitt avser behandlingen av de intagna på avdelningen, enligt 2 § KvaF, samma befogenheter som tillkommer chefen för en kriminalvårdsanstalt. Enligt 37 a § KvaF får överläkaren överlämna sina befogenheter åt vederbörande anstaltschef, om Kriminalvårdsstyrelsen tillåter det.

Tid för vistelse utom anstalt för sjukvård inräknas enligt 39 § KvaL i verkställighetstiden, om inte särskilda skäl talar mot det.

I förarbetena till KvaL (prop. 1974:20 och prop. 1973:1, bil. 4) uttalade departementschefen bl.a. följande. Andra samhällsorgan än kriminalvården som har ansvar för kriminalvårdens klientel är i första hand sådana organ som svarar för samhällets hälso- och sjukvård, socialvård, arbetsförmedling m.m. Utgångspunkten måste enligt departementschefen vara att kriminalvårdens klientel har samma rätt till samhällets stöd och hjälp som andra medborgare. Endast när den dömde omhändertagits på sådant sätt att det förhindrar andra myndigheters eller samhälleliga organs medverkan eller när stödinsatserna uteslutande har sin grund i kriminalvårdens rehabiliterande uppgift, bör det vara motiverat att göra avsteg från denna princip och låta kriminalvården ta primärt ansvar för uppgifter som normalt åvilade andra huvudmän. Enligt departementschefen kommer en annan ordning att innebära att samhällets resurser splittras och användas på ett orationellt sätt. Vidare skulle kriminalvårdens sociala isolering komma att markeras ytterligare. Eventuellt behov av hjälp och stöd hos kriminalvårdens intagna grundas vanligen inte på deras speciella situation som lagöverträdare utan på deras allmänna sociala förhållanden som

arbetslösa, sjukvårdsbehövande eller dyl. Departementschefen anförde vidare att grunden för ifrågavarande samhällsorgans ansvar och verksamhet finns i de författningar och instruktioner som reglerar deras allmänna åligganden och verksamhet. Det fick förutsättas att i den mån avfattningen av dessa författningar inte uttryckligen ger anledning till annat så finns det en uppenbar skyldighet för dessa organ att verka även till förmån för kriminalvårdens intagna. Om en person är intagen i en kriminalvårdsanstalt belägen utanför hans hemkommun eller hemlandsting, kan det uppstå problem med ansvars- och kostnadsfördelning. Departementschefen förutsatte att dessa problem kan lösas genom samverkan mellan berörda landsting och kommuner. Han uteslöt inte att det i vissa fall kunde krävas särskilda överenskommelser mellan företrädarna för ifrågavarande organ och kriminalvården för att lösa de problem som kan uppstå när man i högre grad än dittills aktualiserade ansvaret för kriminalvårdens intagna.

Beträffande normaliseringsprincipen slog justitieutskottet vid riksdagsbehandlingen av prop. 1974:20 fast att kriminalvårdens intagna har samma rätt till stöd och hjälp som andra medborgare och att dessa insatser normalt skall tillhandahållas av andra samhälleliga organ än kriminalvården. Utskottet pekade på att förslaget inte löste de problem som tidigare hade förelegat beträffande ansvarsfördelningen mellan de olika vårdområdena. Vidare framhöll utskottet vikten av att uppmärksamhet ägnas åt utarbetandet av speciella former av kontakt och samverkan på området.

I 128-134 §§ i de av Kriminalvårdsstyrelsen fastställda anstaltsföreskrifterna (KVVFS 1990:10) finns ytterligare bestämmelse om hälso- och sjukvård. I dessa föreskrivs bl.a. följande. Nyintagen skall undersökas av läkare snarast efter ankomsten till anstalten samt skall få den särskilda vård eller behandling, som han har behov av. - Om en intagen visar tecken på fysisk eller psykisk sjukdom, skall den tjänsteman som uppmärksammar detta omedelbart anmäla förhållandet till sjukvårdspersonal och anstaltsledning. Vid akut fara skall den intagne omedelbart komma under läkarvård. Inträffar sjukdom eller skada av allvarligt slag, skall den närmast anhörige till den intagne underrättas. Anstalt eller läkare beslutar om vistelse utom anstalten för läkarvård. Vidare beslutar anstalten om bevakning eller särskilda föreskrifter efter samråd med den inrättning, dit den intagne förts. - Den intagnes läkarhandlingar skall vid förflyttning från en anstalt medfölja i förseglat läkarkuvert. Vid förflyttning skall ordinerade läkemedel för den intagnes omedelbara behov medfölja. Om behandlingsjournal eller läkarkuvert inte medföljer transporten, skall mottagande anstalt få nödvändig information, innan den intagne anländer. Handlingar som inte medföljer transporten skall snarats skickas till den mottagande anstalten. - Om anstalten saknar sjuksköterska skall viss tjänsteman utses att svara för läkemedelsförrådet. Förutom läkare och sjuksköterska får endast denne ha hand om nyckel

till förrådet. Utöver läkare får endast sjuksköterska eller annan därtill utsedd tjänsteman ombesörja utdelning av läkemedel. Utdelning får ske endast enligt läkares ordination eller generella skriftliga direktiv.

Vid behandlingsplaneringen skall enligt Kriminalvårdsstyrelsen allmänna råd (ARK 1987:6) utifrån den intagnes beskrivning av sin hälsosituation en utredning göras om medicinsk, psykiatrisk eller psykologisk behandling behöver ombesörjas eller förmedlas av kriminalvården.

2.5.2 Kriminalvårdens möjligheter att ge psykiatrisk vård

Normaliseringsprincipen förutsätter som tidigare anförts att de intagnas behov av psykiatrisk vård, i likhet med övriga samhällsmedborgare, skall kunna tillgodoses inom den allmänna hälso- och sjukvården. Antalet vårdplatser på de psykiatriska avdelningarna i kriminalvårdsanstalterna har därför minskats från 264 vid början av 1970-talet till nuvarande 72 plaster. Dessa vårdplatser är fördelade på fem psykiatriska avdelningar, som är förlagda till kriminalvårdsanstalterna Härlanda, Härnösand, Kumla, Malmö och Österåker. Tre av dessa anstalter har heltidsanställd psykiater, medan de två andra har konsultpsykiater. Samtliga psykiatriska avdelningar har tillgång till sjuksköterska. Den övriga vårdpersonalen på avdelningarna saknar med få undantag utbildning i psykiatri. Ett fåtal vårdare har utbildning och erfarenhet från allmänpsykiatri. Däremot har huvuddelen av vårdpersonalen lång erfarenhet från tjänstgöring på de psykiatriska avdelningarna. Om intagning på dessa avdelningar beslutar i princip den läkare som är knuten till avdelningen. Intagning sker förutom från den egna anstalten även från andra anstalter, som i huvudsak är belägna inom samma region. I regel är avdelningarna fullbelagda. Under ett år sker cirka 400 intagningar på de psykiatriska avdelningarna. Sannolikt avvisas ännu fler framställningar om intagning på grund av platsbrist. - Några anstalter har psykologtjänster. I övrigt förekommer i viss utsträckning psykologkonsulter som arbetar ett fåtal timmar.

En psykiatrisk avdelning inom kriminalvården anses i medicinskt hänseende inte kunna jämställas med en psykiatrisk avdelning inom den offentliga slutna sjukvården. Kriminalvårdens resurser har i detta avseende bedömts medge vård på en ambitionsnivå möjligen motsvarande den vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning inom den allmänna sjukvården.

På uppdrag av Kriminalvårdsstyrelsen och i samarbete med Socialstyrelsen har jur. kand. Håkan Westin gjort en inventering av behovet av psykiatriska vårdinsatser för kriminalvårdens intagna. Utredningen har publicerats i rapporten (Kriminalvården oktober 1992) Behovet av psykiatriska insatser för kriminalvårdens klienter. I rapporten anfördes bl.a. följande. Beträffande behandlingsmöjligheter

är de psykiatriska avdelningarna inom kriminalvården inte att jämställa med avdelningar inom den allmänna psykiatrin. Psykiatrisk vård och behandling inom kriminalvården får ske endast med den intagnes samtycke och tvångsmedicinering får inte förekomma. Kriminalvårdens lokaler är inrättade med tanke på säkerhetsaspekter och straffverkställighet. De är därför föga lämpade för psykiatrisk vård. På avdelningarna tillämpas ett strikt regelsystem varför de är mindre lämpade för psykiatrisk behandling. Westin anförde att personalen är så fåtalig att möjligheterna till djupare kontakter mellan personal och intagna blir starkt lidande. Detta bli särskilt påtagligt under nuvarande förhållanden, när personalen inom kriminalvården är föremål för minskning. För att meningsfull verksamhet i psykiatriskt hänseende skall kunna bedrivas på kriminalvårdens psykiatriska avdelningarna krävs att det finns utrymme för mänsklig kontakt mellan personal och intagna. Trots dessa svårigheter sker på de psykiatriska avdelningar ett bättre omhändertagande av psykiskt sjuka eller störda intagna än vad normalavdelningarna har möjlighet till.

Socialstyrelsen bedömde i ett meddelande (Socialstyrelsens meddelandeblad nr 2/90) att de sjukavdelningar och psykiatriska avdelningar som finns i vissa kriminalvårdsanstalter inte har samma vårdmöjligheter som finns på en psykiatrisk klinik. Enligt Socialstyrelsen kan dessa avdelningar främst anses motsvara en hemsjukvårdsresurs.

Genom vår nedan i avsnitt 2.5.5.1 redvisade enkät till samtliga 74 kriminalvårdsanstalter framkom följande om anstalternas tillgång på psykiatrisk kompetens. Vid 57 anstalter svarar anstaltsläkare för psykiatriska frågeställningar motsvarande allmänläkarnivå. Samarbete med psykiatrisk klinik eller sektor förekommer vid 40 anstalter. Vidare svarar 36 anstalter att samarbete förekommer med kriminalvårdens psykiatriska avdelningar. Rådgivande psykiater förekommer vid 31 anstalter, varav 3 har heltidsanställd psykiater och 28 konsultpsykiater. Samarbete med vårdkrävandepsykiatrin förekommer vid 13 anstalter. Vid 11 anstalter förekommer samarbete med rättspsykiatrisk avdelning inom Rättsmedicinalverket. Åtskilliga av anstalterna har kompetens enligt flera av de ovan angivna alternativen. En öppen lokalanstalt har uppgivit att man inte har använt något av nu angivna alternativ utan i stället konsulterat psykiater vid vuxenpsykiatrisk mottagning inom vars upptagningsområde anstalten är belägen. När en intagen bedöms vara i behov av psykiatrisk vård replierar flertalet anstalter på närbelägen psykiatrisk vårdinrättning eller någon av de vårdinrättningar som godkänts för att ge rättspsykiatrisk vård i fall som avses i 1 § andra stycket 2 och 3 LRV. Vid nästan alla anstalter är det sjuksköterska, anstaltsläkare eller konsultpsykiater som bedömer om en intagen bör sändas iväg för psykiatrisk vård.

2.5.3 Omfattningen av psykiska störningar bland de intagna i kriminalvårdsanstalterna

Vad gäller omfattningen av psykiska störningar blad de intagna kan det finnas skäl att som en jämförelse inledningsvis nämna något om förhållandena hos landets vuxna befolkning. På grundval av förekommande undersökningar har Psykiatriutredningen i sitt slutbetänkande (SOU 1992:73) Välfärd och valfrihet beräknat att 13 procent av den vuxna befolkningen har lättare former av psykisk störning, medan 2 procent har någon form av psykos. Ytterligare uppgifter om befolkningens psykiska hälsotillstånd finns i Psykiatriutredningens delbetänkande (SOU 1992:37) Psykiatrin och dess patienter.

Enligt resultaten från den klientelundersökning vi låtit utföra, vilken redovisas nedan i avsnitt 2.5.4, har 9 procent av de intagna som frigavs under oktober månad 1992 haft psykiska besvär under straffverkställigheten. Med hänsyn till att det i klientelundersökningen ingår endast intagna som frigavs under en viss period omfattar undersökningen inte alla som var intagna vid en viss tidpunkt. En kategori som således inte ingår i undersökningen är de långtidsdömda som påbörjat straffverkställighet efter att de nya psykiatriska tvångsvårdslagarna trätt i kraft.

Kriminalvårdens forskningsgrupp redovisade i rapporten (Rapport 1991:2) Psykiskt störda fångar i lokalanstalt resultaten från en studie av förekomsten av psykiska störningar bland fängelsedömda. Syftet med studien var att undersöka förekomsten av psykiska störningar hos intagna samt personalens förmåga att identifiera dessa störningar. Resultaten pekade på att den totala andelen psykiskt störda skulle uppgå till minst 12 procent, varav andelen psykiskt sjuka utgjorde 3 procentenheter. I rapporten angavs att en inventering per den 2 november 1988 av samtliga (50 st) inneliggande patienter vid kriminalvårdens psykiatriska avdelningar visade att en fjärdedel var psykotiska och hälften personlighetsstörda samt att övriga hade andra psykiska problem och missbruksproblem. En annan inventering per den 25 juli 1989 av de intagna i kriminalvårdsanstalten Hällby antydde att klientelet speciellt ur personlighetssynpunkt var mycket krävande med hänsyn till att 45 procent av de intagna hade genomgått liten sinnesundersökning och 12 procent stor sinnesundersökning.

Kriminalvårdsstyrelsen anförde i sin fördjupade anslagsframställning för budgetåren 1993/1994-1995/1996 att det var för tidigt att dra några slutsatser av den nya lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård. Vidare anförde styrelse att det finns en stor osäkerhet beträffande den framtida inriktningen av den psykiatriska verksamheten inom kriminalvården. Enligt styrelsen tydde undersökningar på att drygt 100 kriminalvårdsklienter är psykiskt sjuka och ytterligare cirka 500 är att betrakta som psykiskt störda.

Tillgänglig statistik inom kriminalvården omfattar inte uppgifter om exempelvis beläggning på de psykiatriska avdelningarna i kriminalvårdsanstalterna. Däremot förekommer det uppgifter om det totala antalet vårddagar som tagits i anspråk för häktade och intagna inom den offentliga sjukvården. Sedan verksamhetsåret 1987/88 är det därvid möjligt att särskilja antalet vårddagar i psykiatrisk sjukhusvård från det totala antalet vårddagar. Däremot omfattar statistiken inte uppgifter om hur de psykiatriska vårddagarna fördelar sig på frivillig psykiatrisk vård respektive tvångsvård. De senaste årens vårddagar inom den offentliga sjukvården för häktade och intagna fördelar sig enligt kriminalvårdens verksamhetsstatistik på följande sätt.

Budgetår	Antal vårddagar totalt	Varav psyk. sjukhusvård	Procent	Årsplatser
1987/88	5 911	3 873	65	10,5
1988/89	5 705	3 381	59	9,25
1989/90	5 151	3 267	63	9
1990/91	5 641	3 042	54	8,25
1991/92	7 033	4 775	68	13
1992/93	9 382	6 774	72	18,5

Kriminalvårdsstyrelsen genomförde under tiden juli 1992-juni 1993 en särskild inventering beträffande omfattningen av psykiatrisk sjukhusvård som den allmänna sjukvården meddelat anhållna, häktade och intagna. Under den aktuella perioden rapporterades totalt 203 vårdtillfällen omfattande sammanlagt 6 228 vårddagar. Härav avsåg 116 tillfällen intagna i kriminalvårdsanstalt. Medianvårdtiden uppgick för intagna till 9 dagar och för häktade till 13. Vidare uppgick medelvårdtiden för de intagna till 37 dagar och för de häktade till 21 dagar. Beträffande de intagna erhölls frivillig psykiatrisk vård enligt HSL vid 70 tillfällen och rättspsykiatrisk vård vid 46 tillfällen. Vad gäller de intagna förekom utomlänsvård i 48 av fallen. Vård gavs intagna i 74 fall på vårdinrättningar som godkänts för rättspsykiatrisk vård av kriminalvårdens intagna och i 42 fall på vanliga psykiatriska vårdenheter.

Som redovisas nedan i avsnitt 2.7.1 gjorde Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut år 1991 i samband med en utredning om samverkan mellan psykiatrin och dess vårdgrannar en enkät som vände sig till 30 lokalanstalter. Enligt de inkomna svaren från anstalterna hade i genomsnitt 41 procent av de intagna psykiska besvär i någon omfattning, varav 61 procent uppgavs lida av besvären eller ha sådana psykiska besvär som försvårade vårdarbetet.

På uppdrag av Kriminalvårdsstyrelsen och i samarbete med Socialstyrelsen har, som tidigare nämnts i avsnitt 2.5.2, jur. kand. Håkan Westin gjort en inventering av behovet av psykiatriska

vårdinsatser för kriminalvårdens klienter. I samband därmed gjordes en enkät som vände sig till samtliga kriminalvårdens enheter, dvs. kriminalvårdsanstalter, häkten och frivårdsmyndigheter. De kriminalvårdsanstalter som besvarade enkäten hade vid undersökningstillfället 3 538 intagna. Härav bedömde anstalterna att 74 (2,1 procent) var psykiskt sjuka och 588 (16,6 procent) psykiskt störda. Motsvarande uppgifter för häktena var 1 163 intagna, varav 31 (2,7 procent) psykiskt sjuka och 105 (9,0 procent) psykiskt störda. Westin anförde att av de intagna har således nära 20 procent bedömts som psykiskt sjuka eller störda, vilket innebär att det föreligger behov av olika psykiatriska stöd- och vårdinsatser beträffande cirka 800 intagna. Dessa antal måste enligt Westin betraktas som minimital.

Med psykiskt sjuka avsågs vid inventeringen personer som av bedömaren uppfattats som psykiskt sjuka (psykotiska) och med psykiskt störda de därutöver som bedömts vara i behov av psykiatriska insatser. Vid anstalter och häkten hade i regel sjuksköterska medverkat vid bedömningarna. I några fall hade läkare (psykiater) medverkat vid myndigheter som hade tillgång till sådan expertis. För de enheter där bedömningarna hade gjorts av psykiater var den redovisade andelen sjuka och störda större än för de enheter där annan personal svarat för bedömningarna. Detta tydde enligt Westin på att en större andel psykiskt sjuka och störda skulle redovisas, om det vore möjligt att göra en vederhäftig och omfattande bedömning av alla kriminalvårdens klienter.

Beträffande förekomsten av psykiska störningar bland de intagna anförde Psykiatriutredningen i sitt slutbetänkande (SOU 1992:73) Välfärd och valfrihet bl.a. följande. Kriminalvårdsstyrelsen hade beräknat det totala vårdbehovet för de intagna i kriminalvårdsanstalterna till 20 459 vårddagar, vilket motsvarar minst 56 årsplatser. En systematisk kartläggning av omfattningen av psykisk störning bland fängelsedömda hade presenterats i KVS Rapport 1991:2 "Psykiskt störda fångar i lokalanstalt". Resultaten enligt nämnda rapport pekade på att andelen psykiskt störda bland de intagna uppgick till minst 12 procent. De psykiskt sjuka utgjorde 3 procent och ingick i andelen psykiskt störda.

Enligt Psykiatriutredningen föreföll Kriminalvårdsstyrelsen i sina beräkningar ha utgått från att en intagen som bedöms som psykiskt sjuk därmed också är i behov av sjukhusvård. Utredningen anförde att dagens psykiatriska verksamhet präglas av öppen vård och har endast begränsade resurser i sluten vård. Detsamma måste gälla för de intagna inom kriminalvården. De faktiskt utnyttjade vårddagarna under senare år motsvarar mellan 8 och 10 årsplatser, medan det av Kriminalvårdsstyrelsen uppskattade behovet är mer än fem gånger så stort. Den ändrade lagstiftningen på psykiatrins område kan enligt Psykiatriutredningen leda till att fler personer med psykiska störningar blir aktuella för fängelsepåföljder.

Sammantaget bedömde Psykiatriutredningen att behovet av vårdplatser för kriminalvårdens intagna är betydligt större än som kan tillgodoses idag. Behovet av vårdplatser för anhållna, häktade och i kriminalvårdsanstalterna intagna uppskattade utredningen till 25-30 vårdplatser, vilket motsvarar 9 000-11 000 vårddagar, medan kriminalvårdsstyrelsen bedömt behovet som så stort som drygt 20 000 vårddagar. Behovet av konsultinsatser från psykiatrins sida beräknade utredningen till 10-20 årsarbeten.

2.5.4 Statistiska uppgifter beträffande intagna som frigavs under oktober månad 1992

Kriminalvårdsstyrelsen har för vår räkning utfört en klientelundersökning avseende samtliga intagna som frigavs under oktober månad 1992. En omfattande redovisning av undersökningsresultatet finns i bilaga 3 till vårt huvudbetänkande (SOU 1993:76) Verkställighet av fängelsestraff. Undersökningen omfattar 1199 personer. Materialet till undersökningen har hämtats dels från det centrala kriminalvårdsregistret, dels genom en enkät som vände sig till anstalterna. Enligt undersökningen har, som tidigare nämnts, nio procent (103 personer) av undersökningspopulationen haft psykiska problem under straffverkställigheten. Såvitt är av intresse i förevarande sammanhang har det genom undersökningen framkommit bl.a. följande uppgifter om bakgrundssituation, förhållandena under straffverkställigheten och frigivningssituationen.

2.5.4.1 Bakgrundsuppgifter

Under de senaste fem åren före frihetsberövandet hade sex procent av undersökningspopulationen varit föremål för psykiatrisk slutenvård genom tvång eller på frivillig grund. Dessutom hade fem procent erhållit psykiatrisk öppenvård. En procent hade tidigare av domstol varit överlämnade till sluten psykiatrisk vård. I samband med aktuellt eller tidigare brott hade tre procent genomgått rättspsykiatrisk undersökningen, medan åtta procent hade genomgått enbart s.k. § 7-undersökning. - Av de intagna som hade haft psykiska problem var 20 procent dömda till högst två månaders fängelse (korttid), 63 procent till mer än två månader men kortare tid än två år (normaltid) och 17 procent till två år eller mer. Hela undersökningspopulationen fördelade sig däremot med 47 procent på korttid, 47 procent på normaltid och 6 procent på långtid. Andelen intagna med psykiska problem utgjorde vidare 4 procent av korttidsgruppen, 12 procent av normaltidsgruppen och 26 procent av långtidsgruppen. Psykiska problem har således bedömts föreligga främst hos intagna med strafftider överstigande två

månader. - Av de intagna som bedömts ha haft psykiska problem under straffverkställigheten hade 29 procent under de senaste fem åren fått sluten psykiatrisk vård med tvång eller på frivillig grund. Dessutom hade 15 procent haft kontakt med den öppna psykiatrisk vården. - Av hela undersökningspopulationen bedömdes 31 procent ha haft ett aktuellt narkotikamissbruk vid tiden för intagningen. Motsvarande andel bland intagna med psykiska problem uppgick till 47 procent. - Av de intagna som haft psykiska problem hade med anledning av aktuell eller tidigare dom 14 procent genomgått rättspsykiatrisk undersökning och 31 procent enbart s.k. § 7-undersökning. När det gäller samtliga hade 3 procent genomgått rättspsykiatrisk undersökning och 8 procent enbart s.k. § 7-undersökning.

2.5.4.2 Förhållandena under straffverkställigheten

Av de intagna med psykiska problem hade 39 procent varit föremål för disciplinära åtgärder i form av varning, tidstillägg eller "disciplinär förflyttning", medan motsvarande andel för hela den undersökta gruppen uppgick till 24 procent. - Under verkställigheten hade 36 procent fått någon form av behandling. Härav hade 8 procent varit föremål för sluten psykiatrisk vård och 23 procent för öppen psykiatrisk vård, allt utom anstalt. Dessutom hade 14 procent vistats på s.k. psykiatrisk avdelning inom kriminalvården. - Av samtliga intagna i undersökningsmaterialet hade 5 procent någon gång varit placerad i enrum, medan 17 procent av dem med psykiska problem hade haft sådan placering. - Under verkställigheten hade 14 procent av hela undersökningspopulationen och 21 procent av de som hade psykiska problem tagit befattning med narkotika för eget bruk. - Av de intagna med psykiska problem hade 8 procent någon gång avvikit direkt från anstalten, vilket var en dubbelt så stor andel som för hela undersökningspopulationen.

2.5.5 Kriminalvårdens synpunkter

Vi har företagit studiebesök vid ett flertal kriminalvårdsanstalter, varvid det från anstalternas sida framförts bl.a. följande synpunkter på behandlingen av intagna som är psykiskt störda. Från flera håll har anförts att andelen intagna med psykiska störningar har ökat sedan några år tillbaka. Det är inte ovanligt att en intagen tidigare har varit föremål för psykiatrisk vård. En del av de intagna borde inte ha dömts till fängelse med hänsyn till sitt psykiska hälsotillstånd. Enligt flera anstalter har de intagna svårt att få behövlig psykiatrisk vård inom den allmänna sjukvården. Det händer ofta att de intagna kommer tillbaka från den allmänna sjukvården alldeles för snabbt, ibland samma dag.

Framför allt den sektoriserade vården har svårt att klara av kriminalvårdens klientel. Det är dyrt och tar mycket personal i anspråk, när kriminalvården skall svara för bevakning av en intagen, som är inlagd på sjukhus. Vidare råder det platsbrist på kriminalvårdens psykiatriska avdelningar. Anstaltspersonalen saknar i stor utsträckning psykiatrisk utbildning. Inom den allmänna sjukvården uppfattas ofta kriminalvårdens intagna som redan omhändertagna, vilket försvårar en tillämpning av normaliseringsprincipen. Några anstalter har etablerat ett fungerande samarbete med någon psykiatrisk vårdenhet. Det har ifrågasatts om det inte borde inrättas en specialanstalt eller fler specialavdelningar för psykiskt störda. I något fall har också ifrågasatts om inte kriminalvården skall äga rätt att tvångsmedicinera.

2.5.5.1 Enkät till kriminalvårdsanstalterna

För att undersöka utbredningen av problemen med att tillgodose de intagnas behov av psykiatrisk vård har vi gjort en enkät som vänt sig till samtliga 74 kriminalvårdsanstalter. Två av anstalterna är rena frigångsanstalter, som inte har några intagna med psykiska störningar, och dessa har därför avstått från att besvara enkäten.

En klart övervägande del av anstalterna (55 stycken) anser att det skett en ökning av antalet psykiskt störda bland de intagna. Från många anstalter betonas att det är fråga om en påtaglig ökning. Av anstalterna har 37 gjort en bedömning av om det, efter att den nya lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård trätt i kraft, skett någon ökning av antalet intagna som är psykiskt störda. En ökning efter den nya lagstiftningens tillkomst konstateras av 21 anstalter, medan 16 anser att lagstiftningen inte medfört några förändringar i detta hänseende.

På frågan om det förekommit att en intagen inte fått erforderlig psykiatrisk vård uppger hälften av de 58 anstalter som gett ett entydigt svar att så har varit fallet, medan hälften anser motsatsen. Bland de anstalter som besvarat frågan anser något mer än hälften av de slutna anstalterna men något mindre än hälften av de öppna att det förekommit att en intagen inte fått erforderlig vård. Av anstalterna har 49 stycken avstått från uppskatta i hur många fall sådan vård inte har kommit till stånd. De flesta anstalter som har gjort en sådan uppskattning har angett endast ett fåtal fall där erforderlig vård inte meddelats den intagne. Kriminalvårdsanstalterna Hall, Hageby, Håga och Skänninge utgör undantag härifrån och anger att vård inte kommit till stånd i 20-30 fall årligen. Över fem fall har angetss av kriminalvårdsanstalterna Kalmar, Skogome och Västervik.

Av anstalterna har 35 angett av vilka skäl en vårdinrättning inte velat vårda en intagen. I huvudsak har följande slag av förklaringar lämnats. Vårdinrättningen har bedömt patienten för frisk eller i vart

fall inte "vårdintygsmässig". Det har förekommit platsbrist vid vårdinrättningen. Patienten har ansetts för störande, utagerande eller aggressiv. Det har förekommit problem beträffande bevakning vid vård av intagna från kriminalvården. Patienter har inte tillhör vårdinrättningens upptagningsområde, varvid problem kunnat uppstå med betalningsansvaret. Vårdinrättningen har ansett att vårdansvaret skall ligga på kriminalvården och inte den allmänna sjukvården. Det har inom den allmänna sjukvården ibland förekommit osäkerhet om det regelsystem och de speciella förutsättningar som gäller vid vård av patienter från kriminalvården.

Relativt få anstalter har angett direkta samarbetsproblem med någon särskild vårdinrättning. Det kan dock noteras att kriminalvårdsanstalterna Hall, Kumla och Kalmar redovisar problem med Stockholms läns landsting.

Enligt flertalet anstalter beror det senaste budgetårens ökning av antalet vårddagar, som kriminalvårdens intagna fått inom den allmänna psykiatriska vården, på att psykiskt störda lagöverträdare som av domstol tidigare överlämnades till vård numera i stället döms till fängelse. Många anstalter är av den uppfattningen att det ökade vårdbehovet har samband med en förvärrad missbruksproblematik hos de intagna.

Av de 33 anstalter som kommenterat de intagnas med psykiska störningar situation under de senaste budgetåren anser en klart övervägande andel att det skett försämringar. Erforderlig vård har inte kunnat erbjudas en ökande andel psykiskt störda, vilket bidrar till att det uppkommer relationsstörningar i anstalterna samt tar i anspråk en väsentlig del av personalresurserna. Det förekommer enligt anstalterna även svårigheter att anlita de specialplatser som finns vid kriminalvårdens egna psykiatriska avdelningar.

Av anstalterna har 35 angivit sina synpunkter på hur förekommande problem bör lösas. Härav förordar 22 anstalter resursförstärkning inom kriminalvården, främst på så sätt att särskilda avdelningar eller anstalter inrättas för denna kategori intagna samt att expertis tillförs kriminalvården. Vidare anförs att kriminalvårdens personal bör få bättre utbildning. En ökad samverkan föreslås komma till stånd gentemot landstingen. Reglerna för ersättning vid sjukhusvård föreslås ändrade. Några anstalter förordar att lagstiftningen ändras så att psykiskt störda i större utsträckning skall kunna överlämnas till psykiatrisk vård.

2.6 Sjukvårdens nuvarande förhållanden

2.6.1 Gällande bestämmelser

De bestämmelser som reglerar verksamheten inom sjukvården är fördelade på ett stort antal författningar. Huvudbestämmelserna finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), nedan kallad HSL, som är tillämplig på all sjukvård, dvs. såväl somatisk som psykiatrisk vård.

2.6.1.1 Hälso- och sjukvårdslagen

HSL är en målinriktad ramlag, som ger stort utrymme för sjukvårdshuvudmännen - landstingen - att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Vad som i HSL sägs om landsting gäller även kommuner som inte ingår i landsting. En avsikt med HSL har varit att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Vid sidan om HSL finns bl.a. de psykiatriska tvångslagarna. Mera övergripande bestämmelser finns bl.a. i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukpersonalen m.fl.

Enligt 1 § HSL avses med hälso- och sjukvård i HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör enligt nämnda paragraf även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna. Målet för hälso- och sjukvården är enligt 2 § en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. I 2 a § anges att detta innebär att den skall 1) vara av god kvalite och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, 2) vara lätt tillgänglig, 3) bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt 4) främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Enligt den grundläggande bestämmelsen i 3 § skall varje landsting erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Från och med år 1992 gäller dock särskilda bestämmelser, 18 §, som lägger ansvaret för vården av äldre och handikappade på kommunen i stället för landstinget.

Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- eller sjukvård, skall enligt 4 § landstinget erbjuda sådan vård. Ett landsting får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om det. I 5 § föreskrivs att det för hälso- och sjukvård, som kräver intagning i vårdinrättning, skall finnas sjukhus. Vård som ges under sådan intagning benämns sluten vård, medan annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Enligt en ny be-

stämmelse i 5 § andra stycket (1993:587), som trädde i kraft den 1 januari 1994, skall landstinget organisera den öppna vården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en husläkare. Landstinget skall enligt 7 § planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstinget och kommunerna inom landstinget. I 8 § anges att landstinget i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.

Enligt 13 § skall det i hälso- och sjukvården finnas sådan personal som behövs för att meddela god vård. I 26 § föreskrivs att det av patienterna får tas ut vårdavgifter enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, om inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen skall därvid behandlas lika. Vidare föreskrivs i nämnda paragraf från och med den 1 mars 1993 (1993:48) att endast kommunen får ta ut vårdavgifter för psykiatrisk långtidsvård med huvudsaklig omvårdnadsinriktning för vilken kommunen enligt 9 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård har åtagit sig betalningsansvar.

Socialstyrelsen har enligt 27 § tillsyn över landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård. Styrelsen skall följa och stödja verksamheten samt har rätt att företa inspektioner.

2.6.1.2 Tillsynen över hälso- och sjukvårdspersonal

I lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (nedan kallad tillsynslagen) finns kompletterande bestämmelser till HSL. I 1 § anges att med hälso- och sjukvårdspersonal avses 1) personal vid sjukhus och andra inrättningar för vård av patienter som drivs av det allmänna eller av enskilda med bidrag från det allmänna eller efter särskilt tillstånd, 2) den som i annat fall i egenskap av legitimerad yrkesutövare meddelar vård åt patienter eller tillhör personal som biträder en sådan yrkesutövare i vården, 3) personal inom sådan detaljhandel med läkemedel för vilken särskilda föreskrifter och personal inom den särskilda giftinformationsverksamhet som bedrivs av Apoteksbolaget Aktiebolag samt 4) andra grupper av yrkesutövare inom hälso- och sjukvården som skall omfattas av lagen enligt föreskrift av regeringen, eller efter regeringens bemyndigande, av Socialstyrelsen. (Enligt avgörande i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN 306/84, har anstaltschef vid kriminalvårdsanstalt inte ansetts vara hälso- och sjukvårdspersonal i tillsynslagens mening.)

Enligt 2 § står hälso- och sjukvårdspersonalen i yrkesutövningen under tillsyn av Socialstyrelsen. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall, enligt 5 §, vinnlägga sig om att ge patienten

sakkunnig och omsorgsfull vård. Han skall så långt det är möjligt utforma och genomföra vården i samråd med patienten samt visa patienten omtanke och respekt. Om den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen uppsåtligen eller av oaktsamhet åsidosätter vad som åligger honom i hans yrkesutövning och felet inte är ringa, får disciplinansvar åläggas honom med stöd av 12 §. Disciplinpåföljden kan bestå i erinran eller varning. Har åtgärd vidtagits för att åtala den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får något disciplinärt förfarande inte ske enligt tillsynslagen. Enligt 15 § skall legitimation att utöva yrke inom hälso- och sjukvården återkallas bl.a. om den legitimerade varit grovt oskicklig vid utövning av sitt yrke eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket.

I 19 § föreskrivs att frågor om disciplinansvar enligt tillsynslagen prövas av en särskild nämnd, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, som även prövar frågor om återkallelse av legitimation. Frågor om disciplinansvar skall enligt 24 § tas upp på anmälan av Socialstyrelsen eller av den patient som saken gäller eller, om patienten inte själv kan anmäla saken, en nära anhörig till honom. Fråga om återkallelse av legitimation tas upp på anmälan av Socialstyrelsen eller på ansökan av den som saken gäller. Särskilda bestämmelser finns om JO:s och JK:s rätt att göra anmälan.

2.6.1.3 Psykiatrisk vård som är förenad med tvång

Intill utgången av år 1991 kunde psykiatrisk tvångsvård beredas såväl intagna i kriminalvårdsanstalt som andra personer med stöd av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). Från och med år 1992 regleras den psykiatriska tvångsvården av två nya lagar; lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV), vilka således ersätter LSPV. Ytterligare bestämmelser om psykiatrisk vård finns i förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (FPRV). I samband med införandet av den nya lagstiftningen om tvångsvård ändrades även den straffrättsliga särregleringen för psykiskt störda lagöverträdare. Vidare infördes nya regler för det medicinska förfarandet vid lagföringen av psykiskt störda lagöverträdare.

Grundtankarna bakom LPT och LRV bygger till stor del på Socialberedningens betänkande (SOU 1984:64) Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten samt kan i huvuddrag sägas innebära följande. Om en människa på grund av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att se till sitt eget bästa eller utsätter andra för risker till liv eller hälsa, kräver den grundläggande solidariteten människor emellan att hjälp kan ges även om vederbörande motsätter sig det. Den psykiatriska tvångsvården skall inriktas på att avhjälpa ett oundgängligt vårdbehov.

Vidare skall den syfta till att motivera patienten till frivillig medverkan till fortsatt stöd och behandling. Tvångsvården skall begränsas och, så långt är möjligt, utformas så att riskerna för den personliga integriteten minimeras. Patienten bör inte i vården påtvingas undersökningar eller behandlingar, som inte är motiverade av tillräckligt starka skäl. Tvångstiderna skall vara så korta som möjligt och aktivt användas för att ge den behandling och det stöd som behövs för att vården skall kunna övergå i frivilliga former.

I 1 § LPT anges att föreskrifterna i HSL gäller all psykiatrisk vård. Kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) ges i LPT. Syftet med tvångsvård enligt LPT är enligt dess 2 § att den som är i oundgängligt behov av sådan psykiatrisk vård som ges efter intagning på en sjukvårdsinrättning skall bli i stånd att frivilligt medverka till erforderlig vård och ta emot det stöd han är i behov av. I 3 § anges förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT. Sådan vård för sålunda ges endast om 1) patienten lider av 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 han är intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård, och 3) patienten motsätter sig sådan vård eller till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan. Tvångsvård enligt LPT får inte ges, om patientens psykiska störning utgör enbart en psykisk utvecklingsstörning som kan ge rätt till särskilda omsorger enligt lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl. Vid bedömning av vårdbehovet enligt 2) skall även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Rättspsykiatrisk vård

Frågan om intagen i kriminalvårdsanstalt skall ges psykiatrisk vård med tvång skall emellertid inte prövas enligt föreskrifterna i LPT utan tillämpliga bestämmelser finns i LRV. I sistnämnda lag finns nämligen föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande eller annat tvång i andra fall än som avses i LPT (rättspsykiatrisk vård). Bestämmelserna i LRV gäller enligt 1 § den som 1) efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård, 2) är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning eller 3) är intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt.

Bestämmelser om psykiskt störda lagöverträdare finns även i BrB. Den som har begått ett brott under påverkan av allvarlig psykisk störning får enligt 30 kap. 6 § BrB inte dömas till fängelse. Om domstolen i ett sådant fall finner att inte heller någon annan påföljd bör

ådömas, skall den tilltalade vara fri från påföljd. - Enligt 31 kap. 3 § BrB får domstolen till rättspsykiatrisk vård överlämna den som har begått ett brott, för vilket påföljden inte anses kunna stanna vid böter, om han lider av allvarlig psykisk störning och det med hänsyn till hans psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. Har brottet begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning, får rätten besluta att särskild utskrivningsprövning enligt LRV skall ske vid vården, om det till följd av den psykiska störningen finns risk för att han återfaller i brottslighet av allvarligt slag.

Bestämmelserna i HSL om skyldighet för ett landsting att erbjuda hälso- och sjukvård gäller enligt 2 § LRV även rättspsykiatrisk vård. Vad som sägs om landsting gäller också kommun, som inte ingår i landsting. I det följande begränsas framställningen om bestämmelserna i LRV till dem som gäller när intagen i kriminalvårdsanstalt skall ges rättspsykiatrisk vård.

Beträffande intagen anges i 4 § några förutsättningar för att ge rättspsykiatrisk vård. Rättspsykiatrisk vård får sålunda ges den intagne om 1) han lider av allvarlig psykisk störning, 2) han med hänsyn till sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har behov av psykiatrisk vård, som kan tillgodoses genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning, och 3) han motsätter sig sådan vård eller till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan. Om någon som vårdas enligt LPT anhålls, häktas, tas in på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning eller tas in i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt, skall beslutet om sådan vård anses som ett beslut om rättspsykiatrisk vård.

I förarbetena till LPT och LRV anförde departementschefen (prop. 90/91:58, bil. 1, s. 85f) beträffande begreppet allvarlig psykisk störning att det inte är möjligt att i lagtext ange den aktuella grundförutsättningen för tvångsvård annat än i allmänna termer. Inom psykiatrin används redan begreppet psykisk störning som en samlingsbeteckning. Departementschefen ansåg att begreppet "allvarlig psykisk störning" kan ersätta "psykisk sjukdom" och därmed "jämställd psykisk abnormitet", som förekom i LSPV. Hon lämnade också en redogörelse för olika psykiska tillstånd som kan utgöra grund för tvångsvård. Redogörelsen var inte avsedd att vara uttömmande. Till allvarlig psykisk störning bör enligt redogörelsen i första hand räknas tillstånd av psykotisk karaktär, dvs. tillstånd med störd realitetsvärdering och med symtom av typen vanföreställningar, hallucinationer och förvirring. Vidare kan till följd av en hjärnskada en psykisk funktionsnedsättning av allvarlig art (demens) med störd realitetsvärdering och bristande förmåga till orientering i tillvaron uppkomma. Även en psykisk funktionsnedsättning p.g.a. av åldrande och som tar sig uttryck

i s.k. åldersdement beteende kan vara så kraftig att begreppet allvarlig psykisk störning är tillämpligt.

Enligt departementschefen bör till allvarlig psykisk störning också hänföras allvarlig depression med självmordstankar. Detsamma gäller svårartade personlighetsstörningar (karaktärsstörningar), exempelvis vissa invalidiserande neuroser och personlighetsstörningar med impulsgenombrott av psykoskaraktär. Tvångsvård kan också aktualiseras när en krisreaktion har sådan påverkan på den psykiska funktionen att den är av psykotisk art. Enligt departementschefen bör till allvarlig psykisk störning också hänföras alkoholpsykoser, såsom delirium tremens, alkoholhallucinos och klara demenstillstånd. Detsamma gäller de psykoser som kan drabba narkotikamissbrukare. Tvångsvård skall kunna tillämpas även i andra situationer som när en missbrukare har kommit in i ett allvarligt förvirringstillstånd och det är uppenbar fara för hans fysiska hälsa eller liv. I vissa fall kan ett abstinenstillstånd vara så svårartat att det under kortare tid måste betecknas som en allvarlig psykisk störning. Det är enligt departementschefen självklart att ett allvarligt missbruk som leder enbart till allvarliga kroppsliga komplikationer inte skall kunna medföra psykiatrisk tvångsvård. Vidare gäller för psykiskt utvecklingsstörda att enbart hämning i förståndsutvecklingen inte skall kunna utgöra grund för psykiatrisk tvångsvård.

I Socialstyrelsens allmänna råd (1991:10) LRV Tillämpning av lagen om rättspsykiatrisk vård, s. 15 f, lämnas följande redovisning för begreppet allvarlig psykisk störning.

> Tidigare sjukdoms- och jämställdhetsbegrepp ersätts av samlingsbeteckningen "allvarlig psykisk störning".
>
> Man har med detta velat markera att psykiska hälsoproblem inte kan förklaras med enbart biologiska grunder, utan också att sociala och psykologiska faktorer har stor betydelse och ofta samverkar vid utvecklingen av psykisk ohälsa.
>
> Den psykiatriska sjukdomsuppfattningen har påverkats i riktning mot en *helhetssyn*. Under en människas olika utvecklingsfaser - både under uppväxten och i vuxen ålder - samverkar biologiska, sociala och psykologiska moment i utformningen av personligheten. Beroende på de olika faktorerna och deras inbördes relation grundläggs en disposition och en sårbarhet för mentala störningar, som i sin tur kan utlösas av biologiska skeenden, stress, kriser, och omvälvande livsupplevelser.
>
> Som allvarlig psykisk störning skall räknas tillstånd av psykotisk svårighetsgrad, oavsett etiologi, dvs. tillstånd med störd verklighetsuppfattning och med något av symtomen
>
> * förvirring
>
> * tankestörningar
>
> * hallucinationer
>
> * vanföreställningar

Exempel på psykotiska tillstånd är

* reaktiva psykoser:
vid extrem psykosocial belastning, och till följd av ännu inte klarlagda orsakssamband, i vilka sannolikt både psykosociala och biologiska faktorer spelar roll, kan den psykiska funktionsnivån bli så påverkad att ett psykotiskt tillstånd uppstår.
* svårare tillstånd vid alkoholism såsom delirium tremens och alkoholpsykos

* narkotikapsykoser

* abstinens med psykotiska symtom

* missbruk i kombination med psykos

* organiska psykoser. Sådana psykotiska tillstånd kan t.ex. uppstå till följd av hjärnskador (demens, tumör, trauma etc.)

Som allvarlig psykisk störning skall också räknas

* depressioner utan psykotiska symtom men med självmordsrisk

* svårare personlighetsstörningar med impulsgenombrott av psykotisk karaktär eller andra psykotiska episoder eller med starkt tvångsmässigt beteende, exempelvis kleptomani, pyromani och vissa sexuella perversioner.

Demens är inte heller skäl till tvångsvård om tillståndet inte uppvisar något av ovanstående psykotiska symtom. Desorientering kan förklaras av minnesstörning och behöver inte bero på förvirring.

Den allvarliga psykiska störningen måste föreligga vid undersökningstillfället, och det räcker inte att man befarar att patienten senare kan komma att utveckla en sådan störning om han inte tvångsintas.

Om en psykisk störning är allvarlig eller inte bedöms utifrån både störningens *art* och *grad*. Med art avses sjukdomstypen och grad syftar på den psykosociala funktionsnivån och på hur svåra symtomen är. Vissa psykiska störningar, t.ex. schizofreni, får alltid anses som allvarliga till sin art men behöver inte vara allvarliga till sin grad. Schizofreni med enbart negativa symtom kan dock ha en så allvarlig funktionsnedsättning att den får anses utgöra en allvarlig psykisk störning

Depressioner å andra sidan är ofta lindriga till sin art, men kan vara av sådan svårighetsgrad, t.ex. på grund av självmordsrisk, att den kan hänföras till allvarlig psykisk störning. Självmordsrisken som sådan är inte tillräcklig grund för tvångsvård.

Det är inte möjligt att räkna upp alla tillstånd som kan falla in under begreppet allvarlig psykisk störning. Domstolarnas praxis är avgörande. När det gäller den medicinska bedömningen är Socialstyrelsens anvisningar och särskilt styrelsens yttranden till domstolarna genom styrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor (rättsliga rådet) betydelsefulla.

Denna redovisning återfinns också i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om utfärdande av vårdintyg enligt LPT och LRV (SOFS

1991:27). I nämnda föreskrifter anges beträffande allvarlig psykisk störning dessutom att psykiatrisk tvångsvård aldrig får ges av enbart sociala skäl samt att inte heller somatiska sjukdomar kan utgöra grund för tvångsvård. I båda fallen måste det samtidigt föreligga en allvarlig psykisk störning, om psykiatrisk tvångsvård skall komma i fråga.

Som tidigare nämnts skall det enligt 4 § första stycket 2 LRV beträffande bl.a. intagen i kriminalvårdsanstalt föreligga ett visst vårdbehov för att rättspsykiatrisk vård skall kunna komma till stånd. Den intagne skall sålunda med hänsyn till sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt ha behov av psykiatrisk vård, som kan tillgodoses genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning. När det gäller vård enligt LPT krävs som jämförelse ett *oundgängligt* vårdbehov, som *inte* kan tillgodoses *på annat sätt än* genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning *för heldygnsvård*. Departementschefen uttalade i prop. 90/91:58 att hon ansåg att kravet på vårdbehov och hur detta kan tillgodoses vid rättspsykiatrisk kan sättas lägre än enligt den allmänna regleringen av psykiatrisk tvångsvård, eftersom patienten är frihetsberövad i annan ordning. Bedömningen av de omständigheter som skall vägas in vid prövningen av förutsättningen enligt punkt 2, t.ex. risk för att den intagne skadar sig själv eller andra blir något annorlunda än bedömningen vid motsvarande förutsättning då vården kommer till stånd som en brottspåföljd.

I Socialstyrelsens ovannämnda allmänna råd om vårdintyg (SOFS 1991:27) anges beträffande kravet på behov av vård att man inte får tvångsinta den som avvisar behandling som sannolikt skulle förbättra hans tillstånd så länge han har förmåga att klara sig själv, eventuellt med stöd av anhörig eller kommunens hemtjänst. Enligt de allmänna råden innebär detta att det krävs en utredning av tänkbara alternativa vårdformer i varje enskilt fall. Även allvarliga psykiska störningar skall kunna behandlas i öppen vård och med stöd från socialtjänsten. Beträffande rättspsykiatrisk vård gäller, som tidigare nämnts, emellertid andra förutsättningar, eftersom patienten är frihetsberövad i annan ordning inom rättsväsendet eller kriminalvården. Alternativa möjligheter till vård - förutom psykiatrisk frivillig vård - behöver enligt Socialstyrelsen därför inte utredas och patienten behöver inte ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård.

Enligt 6 § LRV ges rättspsykiatrisk vård på sjukvårdsinrättning som drivs av ett landsting. Regeringen beslutar dock vid vilka sådana vårdinrättningar rättspsykiatrisk vård får ges åt den som är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning eller den som är intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt. På en enhet för rättspsykiatrisk undersökning får rättspsykiatrisk vård ges åt den som genomgår undersökning. I bilaga till förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (FPRV) (senaste lydelse 1992:569) anges vilka vårdinrättningar som av regeringen godkänts för vård av bl.a. intagen i kriminalvårdsanstalt.

Beslut om intagning för rättspsykiatrisk vård av den som är intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt fattas enligt 5 § av en chefsöverläkare vid vårdinrättning som får meddela sådan vård. För sådant beslut krävs att vårdintyg har utfärdats av någon annan läkare.

Beträffande vårdintyg och undersökning för vårdintyg gäller vissa bestämmelser i 4-6 §§ i LPT även vid vård enligt LRV. Ett beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för tvångsvård får inte fattas utan att 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. Sådan undersökning, som skall utföras av legitimerad läkare, får företas endast om det finns skälig anledning till det. Kan undersökningen inte utföras med patientens samtycke, får patienten tas om hand för undersökning. Beslut om sådant omhändertagande får fattas endast av läkare i allmän tjänst. Vårdintyg får utföras endast i omedelbar anslutning till undersökningen. Utöver förutsättningarna för vård skall intyget innehålla en redogörelse för den psykiska störningen och de omständigheter i övrigt som ger upphov till vårdbehovet. - Enligt 5 § andra stycket LPT gäller vid utfärdande av vårdintyg bestämmelserna om jäv i 11 och 12 §§ förvaltningslagen (1986:223) även för läkare som utövar yrket enskilt. Jävbestämmelserna i förvaltningslagen skall vid utfärdande av vårdintyg tillämpas av läkare i allmän tjänst utan att detta anges särskilt i LPT eller LRV. När en läkare tar befattning med frågan om att utfärda vårdintyg föreligger nämligen ett ärende enligt förvaltningslagen. Syftet med jävsbestämmelserna är att garantera en objektiv och opartisk handläggning. De avser fall när särskilda omständigheter kan rubba förtroendet för en läkares opartiskhet vid handläggningen av vårdintygsärendet. Detta kan t.ex. vara fallet om saken angår honom själv eller närstående. Samma gäller om han eller hans närstående är ställföreträdare för den intyget avser eller kan vänta synnerliga nytta eller skada av ärendets handläggning. Den som är jävig får inte handlägga ärendet men får vidta åtgärder som någon annan inte kan vidta utan olägligt uppskov. - Vårdintyg skall enligt 18 § FPRV vara avfattade enligt formulär som Socialstyrelsens fastställer samt med iakttagande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdintyg (SOFS 1991:27). Den läkare som har utfärdat vårdintyget skall tillse att det snarast kommer till den sjukvårdsinrättning där frågan om intagning för tvångsvård skall prövas. Ett beslut om intagning får inte grundas på ett vårdintyg som är äldre än fyra dagar.

En fråga om intagning för rättspsykiatrisk vård skall, enligt 5 § LRV, avgöras skyndsamt efter undersökning av patienten. Om rätten har fattat beslut om rättspsykiatrisk undersökning och den misstänkte har tagits in på undersökningsenheten krävs inte något vårdintyg. Detta gäller även den som är anhållen, häktad eller intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt och som för frivillig vård förts till

en sådan sjukvårdsinrättning som av regeringen godkänts för rättspsykiatrisk vård av bl.a. intagen i kriminalvårdsanstalt.

Enligt 8 § gäller vid rättspsykiatrisk vård i tillämpliga delar bestämmelserna i 16-24 §§ LPT. Behandlingsplan skall om möjligt upprättas i samråd med patienten. Vad gäller behandlingen skall under vårdtiden samråd äga rum med patienten, när så kan ske. Enligt 18 § LPT får en patient hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han skall vistas. Om det behövs från behandlingssynpunkt, får chefsöverläkaren besluta om inskränkningar beträffande besök hos patienten. Vid omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får han enligt 19 § LPT kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. En patient får hållas avskild från andra patienter, om det är nödvändigt för att han inte skall försvåra vården av de andra patienterna. En patient får inte inneha droger, föremål som är ägnade att användas för att ta befattning med narkotika eller annan egendom som kan vara till skada. Egendom som patienten inte får inneha får omhändertas. Försändelser till patienten får undersökas för kontroll av att de inte innehåller något otillåtet föremål. Enligt de i 23 § LPT angivna förutsättningarna får en patient underkastas kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning.

Vidare föreskrivs i 8 § LRV att beträffande intagen i kriminalvårdsanstalt får Kriminalvårdsstyrelsen i särskilda fall, om det är påkallat från ordnings- eller säkerhetssynpunkt, besluta om särskilda inskränkningar i rätten att ta emot eller skicka försändelser, att ta emot besök eller att samtala i telefon med utomstående. Brev som avses i bl.a. 25 § första stycket första meningen KvaL från intagen i kriminalvårdsanstalt skall dock alltid vidarebefordras utan granskning. Regeringen får med hänsyn till rikets säkerhet eller vid risk för s.k. terroristbrott i särskilda fall besluta om särskilda inskränkningar för intagen i rätten att ta emot eller skicka försändelser, ta emot besök eller samtal i telefon med utomstående.

Enligt 11 § får intagen som genomgår rättspsykiatrisk vård ges tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Frågan om sådant tillstånd avgörs av Kriminalvårdsstyrelsen efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten. Sådant tillstånd får förenas med särskilda villkor. I 6 § FPRV anges vad särskilda villkor för tillstånd att vistas utanför vårdinrättningen får avse. Kriminalvårdsstyrelsen får, enligt 11 § LRV jämfört med 10 § FPRV, delegera sin beslutanderätt till annan kriminalvårdsmyndighet eller till tjänsteman inom kriminalvården.

Av 12 § LRV framgår att rättspsykiatrisk vård av bl.a. intagen i kriminalvårdsanstalt skall upphöra, när det inte längre föreligger förutsättningar för sådan vård. Chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas skall då genast besluta att vården skall upphöra. Frågan om den rättspsykiatriska vårdens upphörande skall övervägas fortlöpande.

Som tidigare nämnts gäller som förutsättning för rättspsykiatrisk vård att patienten lider av allvarlig psykisk störning. För intagen i kriminalvårdsanstalt krävs dessutom att han med hänsyn till sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har behov av psykiatrisk vård, som kan tillgodoses genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning. Det krävs också att han motsätter sig vården eller uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan. Om en av dessa förutsättningar brister skall chefsöverläkaren genast besluta att vården skall upphöra. Att den rättspsykiatriska vården skall upphöra behöver i och för sig inte medföra att patienten inte längre skall ges psykiatrisk vård vid vårdinrättningen. Om övriga förutsättningar är uppfyllda kan vården nämligen fortsätta under frivilliga former. Vid prövning av om patienten har behov av psykiatrisk vård med hänsyn till sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt beaktas att alternativet till vården är att denne återförs till kriminalvårdsanstalt. I förarbetena till LRV uttalade departementschefen att det är angeläget att det i det enskilda fallet sker en prövning av att patienten är i sådan psykisk kondition att han kan antas klara en vistelse i kriminalvårdsanstalt utan att det inom kort på nytt blir aktuellt att överföra honom till en vårdinrättning för psykiatrisk vård.

I 13 § finns bestämmelser om vissa tidsbegränsningar för rättspsykiatrisk vård, som dock inte gäller vid vård av intagen i kriminalvårdsanstalt. Beträffande intagen i kriminalvårdsanstalt föreskrivs i 15 § att den rättspsykiatriska vården skall upphöra senast när frigivning sker. Om vårdbehovet kvarstår när den rättspsykiatriska vården skall upphöra p.g.a. frigivning och patienten inte har tillfrisknat i sådan mån att vården kan ges på frivillig grund får chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdats enligt 14 § LPT besluta om tvångsvård enligt LPT.

Enligt 18 § LRV får patienten till länsrätten överklaga beslut av chefsöverläkaren som innebär intagning enligt 5 § för rättspsykiatrisk vård eller förordnande enligt 8 § jämförd med 24 § LPT om förstöring eller försäljning av egendom. I 19 § föreskrivs att vissa beslut som fattats av Kriminalvårdsstyrelsen får överklagas till kammarrätten. Detta gäller när Kriminalvårdsstyrelsen enligt 8 § andra stycket första meningen LRV beslutat om särskilda inskränkningar i rätten att ta emot eller skicka försändelser, att ta emot besök eller att samtala i telefon med utomstående. Samma gäller Kriminalvårdens beslut enligt 11 § andra stycket angående tillstånd för intagen i kriminalvårdsanstalt som genomgår rättspsykiatrisk vård att under viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område.

Chefsöverläkaren får enligt 23 § uppdra åt en erfaren läkare med specialistkompetens inom någon gren av psykiatrin vid sjukvårdsinrättningen där patienten vårdas att fullgöra uppgifter som chefsöverläkaren har enligt LRV. Om det finns särskilda skäl, får chefs-

överläkaren med undantag för vissa särskilt angivna beslut lämna sådant uppdrag även åt en annan läkare vid inrättningen.

I 24 § föreskrivs att bestämmelserna i 40 § första stycket, 42 och 43 §§, 44 § första stycket samt 46 och 49 §§ LPT tillämpas även beträffande rättspsykiatrisk vård. De i LPT angivna bestämmelserna innebär bl.a. att regeringen, eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen, får medge undantag dels från kravet på att läkare som utför undersökning för vårdintyg skall vara legitimerad, dels från kravet i 39 § LPT på specialistkompetens. Enligt 14 § FPRV får Socialstyrelsen medge undantag från krav på läkares legitimation eller specialistkompetens. Socialstyrelsen har i föreskrifterna om vårdintyg (SOFS 1991:27) medgett sådant undantag för vissa särskilt angivna kategorier läkare. Vidare skall Socialstyrelsen enligt 19 § FPRV meddela de föreskrifter och anvisningar som behövs för verkställighet av LRV, LPT och FPRV.

I 27 § LRV föreskrivs att beträffande polismyndighets skyldighet att lämna biträde gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 47 § andra stycket LPT. Enligt dessa skall polismyndigheten på begäran i vissa fall lämna biträde för att läkare skall kunna genomföra en undersökning för vårdintyg, för att föra patienten till en sjukvårdsinrättning sedan vårdintyg har utfärdats och för att återföra en patient som obehörigen vistas utanför vårdinrättningens område.

Chefsöverläkaren är enligt 29 § LRV skyldig att utöver vad som annars följer av lag eller förordning till kriminalvården lämna ut uppgift om en patient som efter den rättspsykiatriska vårdens upphörande skall förpassas till häkte eller kriminalvårdsanstalt, om uppgiften behövs inom kriminalvården.

2.6.1.4 Frivillig psykiatrisk vård

Som tidigare redovisats är bestämmelserna i HSL tillämpliga även för intagen i kriminalvårdsanstalt. I 37 § KvaL, som fick sin nuvarande lydelse i samband med tillkomsten av den nya lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård, finns bestämmelser om hur intagens i kriminalvårdsanstalt behov av hälso- och sjukvård skall tillgodoses. Dessa innebär att den som behöver hälso- och sjukvård skall vårdas enligt läkares anvisningar. Kan erforderlig behandling och undersökningen inte lämpligen ske i anstalten bör den allmänna sjukvården anlitas. När så behövs får intagen överföras till allmänt sjukhus. Om det finns anledning därtill skall den som som överförts till sjukhus stå under bevakning eller vara underkastad särskilda föreskrifter. I fjärde stycket nämnda paragraf föreskrivs att beträffande intagen som förts över till sådan sjukvårdsinrättning som avses i 6 § första stycket andra meningen LRV för frivillig vård tillämpas föreskrifterna i 18-24 §§ LPT samt bestämmelserna i 8 § andra och tredje styckena LRV om

befogenhet för Kriminalvårdsstyrelsen och regeringen att beslut om särskilda restriktioner beträffande en viss intagen.

I förarbetena till LRV och bestämmelsen i 37 § fjärde stycket KvaL anförde departementschefen (prop. 90/91:58, bil. 1,) bl.a. följande. Intagen i kriminalvårdsanstalt skall även framdeles kunna ges psykiatrisk vård i frivillig form genom att tas in på sjukvårdsinrättningar som drivs av sjukvårdshuvudmännen. För att tillgodose behovet av kontroll av intagen som ges sådan vård skall samma möjligheter till tvångsåtgärder, som inte avser själva den medicinska behandlingen, finnas som vid rättspsykiatrisk vård. En förutsättning för att dessa tvångsåtgärder skall få tillämpas är att patienten har förts till en sjukvårdsinrättning som får ge rättspsykiatrisk vård åt intagna i kriminalvårdsanstalt. När intagna från kriminalvården ges psykiatrisk vård i frivillig form vid andra sjukvårdsenheter får bevakningsbehovet tillgodoses på hittillsvarande sätt.

Departementschefen anförde vidare att det är angeläget att lagstiftningens utformning inte skapar praktiska eller resursmässiga hinder mot att kriminalvårdens intagna kan få frivillig psykiatrisk vård inom hälso- och sjukvården. Hon avsåg därvid närmast de problem från säkerhets- och ordningssynpunkt som uppstår då sluten psykiatrisk vård i frivillig form aktualiseras för intagna i kriminalvårdsanstalt. För att de intagna skall kunna ges psykiatrisk vård inom den allmänna hälso- och sjukvården är det enligt departementschefen av avgörande betydelse att personalen där har rättsliga befogenheter och praktiska möjligheter att själv vidta de åtgärder som kan krävas från kontrollsynpunkt när frihetsberövade personer vistas utom anstalt. Departementschefen anförde att det är nödvändigt att personal vid sådana inrättningar får befogenhet att bl.a. använda tvång mot patienter.

Vidare anförde departementschefen att det är angeläget att befogenheterna att vidta tvångsåtgärder mot patienter som är intagna i kriminalvårdsanstalt inte sträcker sig längre än vad som är nödvändigt med hänsyn till verksamheten vid sjukvårdsinrättningen och verkställigheten av frihetsberövandet av patienten. I första hand krävs att den intagne liksom vid tvångsvård får kvarhållas på vårdinrättningen. Även om den psykiatriska vården sker i frivilliga former med stöd av HSL krävs det, så länge patienten samtycker till vården, att personalen liksom vid rättspsykiatrisk vård har befogenheter att vidta vissa ytterligare tvångsåtgärder mot patienten under hans vistelse vid vårdinrättningen. Tvångsåtgärder som är hänförliga till själva den medicinska behandlingen bör dock inte få vidtas när fråga är om vård på frivillig grund. Samtycker patienten inte längre till vård, skall han snarast återföras till kriminalvårdsanstalten.

Enligt departementschefen innebär förslaget att personalen inom hälso- och sjukvården får befogenheter att mot intagen, som ges psykiatrisk vård i frivillig form, använda tvångsåtgärder i samma utsträckning, med undantag för själva den medicinska behandlingen,

som mot intagna vilka ges psykiatrisk tvångsvård. Departementschefen ansåg det emellertid inte lämpligt att ge befogenheter av det aktuella slaget till personal vid sjukvårdsenheter i allmänhet där psykiatrisk vård förekom. Möjligheterna att vid frivillig vård använda tvångsåtgärder borde därför begränsas till enheter där rättspsykiatrisk vård fick ges kriminalvårdens intagna och där personalen redan hade befogenhet att detta slag vid psykiatrisk tvångsvård.

Till dess att den intagne återförts till anstalten har personalen befogenhet att med stöd av 37 § fjärde stycket KvaL vidta tvångsåtgärder mot den intagne. Det kan i ett sådant fall också komma i fråga att ge rättspsykiatrisk vård, om övriga förutsättningar härför är uppfyllda. Såsom framgår av 5 § tredje stycket andra meningen LRV behövs i sådant fall inte något vårdintyg. I den mån andra enheter inom hälso- och sjukvården tas i anspråk för psykiatrisk vård i frivilliga former gäller samma ordning som vid somatisk vård, vilket bl.a. kan innebära krav på medverkan från kriminalvårdens personal för bevakning m.m.

Socialstyrelsen anför i de ovannämnda allmänna råden (1991:10), s. 34 bl.a. följande.

> Ett viktigt syfte med den reformerade psykiatriska tvångslagstiftningen är att öka möjligheterna för anhållna, häktade och intagna i kriminalvårdsanstalter att få psykiatrisk vård i frivilliga former. Vissa patienter från kriminalvården och häktena kan vårdas på vanliga psykiatriska vårdinrättningar i frivilliga former i samråd med Kriminalvårdstyrelsen och i förekommande fall åklagare.
>
> Det finns emellertid svårigheter av bevaknings- och säkerhetskaraktär, när häktade och intagna från kriminalvården skall beredas frivillig psykiatrisk vård. På sjukvårdsinrättningar för psykiatrisk tvångsvård med tillräcklig personalbemanning och tillräckligt skalskydd kan psykiatrisk vård i frivilliga former ges när bevaknings- och säkerhetsskäl kräver detta. Det är chefsöverläkaren som i det enskilda fallet avgör om det med hänsyn till omgivningsskydd och rymningsrisk är möjligt att ta in och vårda en viss patient på den sjukvårdsinrättning han har det medicinska ledningsansvaret för.
>
> Personal inom hälso- och sjukvården kan i vissa fall få hjälp med bevakning av patienter från kriminalvården respektive häktet för att hindra att en patient rymmer. Att ha bevakningspersonal i vårdmiljö kräver vilja och förmåga till gott samarbete mellan chefsöverläkare, vårdpersonal och bevakningspersonal. Chefsöverläkaren, som har ansvaret för den medicinska vården, kan få svårigheter att bereda andra patienter en god vårdmiljö om det finns bevakningspersonal inom sjukvårdsinrättningens väggar. Bevakning från kriminalvården på sjukvårdsinrättningar bör alltså inte komma i fråga annat än under kortare tid.
>
> Sådana enheter som enligt beslut av regeringen (se kapitlet Begreppet rättspsykiatrisk vård) skall ge rättspsykiatrisk vård åt anhållna, häktade och intagen på kriminalvårdsanstalt m.fl. kan anlitas för vård av patienter som vill ha frivillig psykiatrisk vård men som av säkerhetsskäl inte kan beredas vård inom allmänpsykiatrin.

2.6.2 Psykiatrin inom den allmänna sjukvården

De statliga mentalsjukhusen överfördes år 1967 till landstingen i avsikt att skapa en sammanhållen psykiatrisk vårdorganisation som skulle vara integrerad med övrig hälso- och sjukvård. Sedan dess har det skett en omfattande förändring av den svenska psykiatrin.

Enligt HSL skall landstingen bedriva en hälso- och sjukvård av "god kvalitet och på lika villkor". Varje landsting har stor frihet att organisera och bedriva vården efter sina förutsättningar. Socialstyrelsen har till uppgift att följa utvecklingen genom uppföljning och utvärdering samt att utöva tillsyn. Planeringsansvaret ligger hos sjukvårdshuvudmännen, landstingen.

Psykiatrin är en s.k. länssjukvårdsspecialitet, som enligt strävanden under flera decennier i princip skall ha samma ställning som andra länssjukvårdsspecialiteter. Ett uttryck för detta är en bestämd satsning på psykiatriska kliniker på länssjukhusen och en principiell inställning att de psykiatriska sjukhusen (mentalsjukhusen) skall avvecklas.

Landstingen svarar genom egen beskattningsrätt för cirka 50 procent av kostnaden för vården. Resterande 50 procent täcks genom statsbidrag, återbäring från socialförsäkringssystemet och till en mindre del av avgifter. Den betydelsefulla andelen av kostnaderna som går över socialförsäkringssystemet utgår sedan några år med en fast summa, beräknad på invånarantal och befolkningssammansättning enligt det s.k. Dagmarsystemet.

Det finns långvariga och fortfarande olösta svårigheter att rekrytera kvalificerad personal (särskilt psykiater och psykiatriska sjuksköterskor). Rekryteringen av psykiatrer har i decennier varit ett problem. Andelen läkare som gått till psykiatri minskade under perioden 1960-65 och framöver från 8 procent till 3 procent. Bristen på psykiatrer är inte generell men utgör på många håll, främst utanför utbildningsorterna, ett svårt problem. Tidigare var det gott om sjukhusplatser men i samband med neddragningen av akutpsykiatrins platser har det på senare tid funnits tecken på platsbrist och överbeläggningar.

Den psykiatriska vården omfattar specialiteterna allmänpsykiatri (vuxenpsykiatri) och barn- och ungdomspsykiatri samt rättspsykiatri. För den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten svarar en statlig organisation Rättsmedicinalverket (RMV). Rättspsykiatriska undersökningar utförs dels vid RMV:s rättspsykiatriska avdelningar i Huddinge, Uppsala och Göteborg, dels vid tre enheter inom den allmänna psykiatriska vården på entreprenad åt staten enligt avtal med Östergötlands läns landsting och Västerbottens läns landsting samt Malmö kommun. Enligt avtal med berörda landsting ges sluten psykiatrisk vård även vid RMV:s rättspsykiatriska avdelningar i Göteborg och Huddinge. Beträffande psykiskt utvecklingsstörda finns en särskild organisation, som svarar för sociala omsorger, medan hälso- och sjukvård för denna grupp i princip är integrerad med hälso-

och sjukvård i övrigt. På många håll har ansvaret för omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda överförts till primärkommunerna.

Basen i hälso- och sjukvården utgörs av primärvården, vars uppgift är att sörja för befolkningens behov av hälso- och sjukvård i geografiskt avgränsade områden. Denna uppgift inkluderar ett ansvar för den psykiska hälsan. Först när resurser eller kompetens på primärvårdsnivån saknas remitteras patienterna till länssjukvårdsnivå till vilken även psykiatrin räknas. Huvuddelen av psykiatrin skiljer sig dock från övrig länssjukvård genom att vara geografiskt indelad, sektoriserad, på nivå ovanför primärvården.

Målsättningen för den psykiatriska vårdens struktur har sedan början av 1970-talet varit den s.k. sektoriseringen, som även genomförts i större delen av landet. Med sektorisering förstås att den psykiatriska verksamheten organiseras på sådant sätt att den skall finnas nära patienten och hans verklighet. Indelning sker i geografiskt och befolkningsmässigt avgränsade områden. En psykiatrisk enhet inom varje sådant område har ansvar för allt utbud av behandling och rehabilitering inom psykiatrin, dvs. både vård dygnet runt och olika former av öppenvård. Begreppet "sektor" kan sägas ha samma innebörd som "distrikt", medan "sektorisering" innebär detsamma som "distriktsindelning". I praktiken innebär sektoriseringen en decentralisering av den psykiatriska verksamheten såsom allmänpsykiatriska mottagningar, dagsjukvård, behandlingshem m.m. Samtidigt med sektoriseringen har en avveckling skett av slutenvårdsplatser på mentalsjukhusen. En grundtanke med sektoriseringen är att den tidigare uppdelningen på mentalsjukhuspsykiatri och klinikpsykiatri skall ersättas av ett enhetlig samlat ansvar för ett visst geografiskt upptagningsområde. På länsnivå finns ett övergripande ansvar. Länen är uppdelade i sektorer om 30 000-120 000 invånare. Sektorerna kan i sin tur indelas i subsektorer. Varje sektor eller subsektor har ett samlat ansvar för den psykiatriska vården inom sitt upptagningsområde. Dessa får i viss utsträckning ta emot primärkontakter då åtskilliga patienter fortfarande söker vård direkt på specialistnivå, främst som akutfall. Sektorsövergripande resurser kan vara specialiserade eller differentierade såsom alkoholkliniker, särskilda avdelningar för geropsykiatri och särskilda resurser för psykiatrisk rehabilitering med team för långvarigt psykotiskt sjuka.

En målsättning, som är sammanvävd med sektoriseringen, har varit att minska den slutna vården och att lägga ned mentalsjukhusen. Varje sektor skall disponera resurser för såväl akutvård och rehabilitering som långvård. Rehabiliteringen inom långvården förväntas ske i smärre behandlingsenheter placerade ute i samhället.

Inom den allmänna psykiatrin finns även specialenheter för särskilt vårdkrävande patienter. Bortsett från specialenheterna i Malmö och Göteborgs kommuner utgör specialenheterna tillika regionsjukvårdsenheter, vars verksamhet sålunda inte är begränsad till ett landsting. På

dessa specialenheter har man särskild kompetens och erfarenhet av psykiskt störda lagöverträdare. På dessa enheter finns också en större vana att handskas med juridiska frågeställningar. De psykiatriska specialenheterna är mer inriktade på att svara för samhällsskyddsaspekter än de vanliga psykiatriska klinikerna. På specialenheterna vårdas många av domstol överlämnade patienter, som är i behov av särskilda vårdresurser. För en stor del av patienterna på specialenheterna har rätten beslutat att särskild utskrivningsprövning skall äga rum i samband med vården. Regeringen har godkänt specialenheterna för rättspsykiatrisk vård av redan frihetsberövade personer (anhållna, häktade och i kriminalvårdsanstalt intagna). Specialenheterna utgörs av följande vårdinrättningar.

* Regionvårdsenheten, Regionsjukhuset, Umeå
* Rättspsykiatriska regionvårdsenheten, Sundsvalls sjukhus
* Rättspsykiatriska regionsjukvårdsenheten, Säters sjukhus
* Karsuddens sjukhus, Katrineholm
* Rättspsykiatriska regionvårdsenheten, Birgittas sjukhus, Vadstena
* Klinik 6, Regionkliniken för vårdkrävande patienter, Södra sjukvårdsregionen, Växjö
* Norra paviljongen och specialavdelningen vid Norra klinikerna, Västerviks sjukhus.
* Enheten för särskilt vårdkrävande, Malmö Östra sjukhus
* Avdelning 19, Rättspsykiatriska avdelningen, Göteborg

2.6.2.1 Vårdenheter för rättspsykiatrisk vård

Rättspsykiatrisk vård åt den som är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning eller den om är intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt får ges endast på vårdenheter som regeringen godkänt från säkerhetssynpunkt. Med undantag för Jönköpings läns landsting, Göteborgs- och Bohus läns landsting och Gotlands kommun förfogar samtliga sjukvårdshuvudmän över godkända enheter. I bilaga till FPRV (i lydelse enligt SFS 1992:569) anges vilka vårdenheter som får ge rättspsykiatrisk vård åt nämnda patientgrupp. Följande vårdenheter får lämna rättspsykiatrisk vård åt den angivna patientgruppen.

Stockholms läns landsting:
Avdelningarna 3, 5, 11 och 66 Beckomberga sjukhus, Stockholm
Avdelning M 77, Huddinge sjukhus
Klinik Huddinge-Brännkyrka, avdelning 113, för särskilt vårdkrävande, Huddinge sjukhus
Uppsala läns landsting:
Avdelningarna 100, 102, 103, 105, 139 och 99 D, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Södermanlands läns landsting:
Karsuddens sjukhus, Katrineholm
Östergötlands läns landsting:
Rättspsykiatriska regionvårdskliniken, Birgittas sjukhus, Vadstena
Kronobergs läns landsting:
Klinik 6, Regionkliniken för vårdkrävande patienter, Södra sjukvårdsregionen, Växjö
Kalmar läns landsting:
Fasta paviljongen samt specialavdelningen, Västerviks sjukhus
Blekinge läns landsting:
Den länsövergripande akutenheten, Centrallasarettet i Karlskrona
Sektorsavdelning Karlskrona Öst, Sektorsavdelning Karlskrona Väst och Sektorsavdelning Karlshamn, Vuxenpsykiatriska kliniken, Gullberna
Kristianstads läns landsting:
Psykiatriska intensivvårdsavdelningen, Centralsjukhuset i Kristianstad
Avdelning 209, Enheten för patienter med särskilt tillsynsbehov, Centralsjukhuset i Kristianstad
Malmöhus läns landsting:
Avdelning 1 A och 83 B, S:t Lars sjukhus, Lund
Avdelning 26, S:ta Marias sjukhus, Helsingborg
Avdelning 70, Lasarettet, Helsingborg
Hallands läns landsting:
Intagningsavdelningen, psykiatriska kliniken, Länssjukhuset i Halmstad
Älvsborgs läns landsting:
Avdelning 9 A samt avdelning 1 B, Östra klinikerna, Vänersborg
Skaraborgs läns landsting:
Avdelning 6, Rehab.kliniken, Falköpingsklinikerna, Falköping
Värmlands läns landsting:
Avdelningarna 21 och 31, Mariebergsklinikerna, Kristinehamn
Avdelning 57/58 vid psykiatriska kliniken Karlstad
Örebro läns landsting:
Enheten för särskilt vårdkrävande, Psykiatriska länsskliniken, Örebro
Avdelning 53 och 107, Psykiatriska kliniken, Nordvästra, Örebro
Avdelning 52, Psykiatriska kliniken, Sydöstra, Örebro
Västmanlands läns landsting:
Avd. 92, Basenhet Psykiatri Service, Västerås
Kopparbergs läns landsting:
Regionvårdsenheten, Säters sjukhus
Avdelning 64, Psykiatriska kliniken, Mora
Gävleborgs läns landsting:
Avd. 6, Neuropsykiatriska kliniken, Bollnäs sjukhus
Avdelningarna 23 och 28, Psykiatriska kliniken, Länssjukhuset, Gävle
Västernorrlands läns landsting:
Rättspsykiatriska regionvårdsenheten, Sundsvalls sjukhus

Jämtlands läns landsting:
Avdelning 5, Psykiatriska kliniken, Östersunds sjukhus
Avdelning 624, Frösöklinikerna, Östersund
Västerbottens läns landsting:
Regionvårdenheten, Regionsjukhuset, Umeå
Norrbottens läns landsting:
Avdelning 25, Piteå lasarett
Malmö kommun:
Enheten för särskilt vårdkrävande, Malmö Östra sjukhus
Särskilda enheten inom vårdavdelning 2, Enheten för särskilt vårdkrävanden, Malmö Östra sjukhus
Avdelningarna 5 och 7, Malmö Östra sjukhus
Intagningsavdelningen, Psykiatriska akutmottagningen, Malmö Allmänna sjukhus
Göteborgs kommun:
Avdelning 19, Rättspsykiatriska avdelningen, Göteborg

2.7 Samverkan mellan kriminalvården och den allmänna hälso- och sjukvården

Enligt gällande ordning har den allmänna sjukvården ett ansvar även för sjukvården åt kriminalvårdens intagna. Till detta kommer att kriminalvården har vissa begränsade vårdresurser. När en intagen är i behov av sjukvård ankommer det på kriminalvården att tillse att den intagne kommer under vård. Kan vården lämpligen inte ges i anstalten, skall den allmänna sjukvården anlitas. Vid behov av sluten psykiatrisk vård måste den allmänna sjukvården anlitas, eftersom kriminalvården saknar resurser för sådan vård. För övrigt saknar kriminalvården laglig möjlighet att ge tvångsvård.

Det anförda ställer särskilda krav på samverkan mellan kriminalvården och den allmänna sjukvården. Denna samverkan måste fortsätta efter det att den intagne överförts för vård inom den allmänna sjukvården, eftersom han alltjämt är frihetsberövad. I det följande redogörs för vad som i några sammanhang anförts om samverkan melllan kriminalvården och den allmänna sjukvården.

2.7.1 Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut

I syfte att finna förklaringar till det bristande samarbetet mellan bl.a. den specialiserade psykiatrin och kriminalvården gjorde Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) år 1991 en utredning om hur psykiatrin fyller sin expertfunktion. Utrednings-

resultatet redovisades i rapporterna (Spri rapport 321) Samverkan mellan psykiatrin och dess vårdgrannar och (Spri rapport 322) Sex delutredningar till samverkan mellan psykiatrin och dess vårdgrannar. I rapporterna anfördes bl.a. följande. Beskrivningen av kriminalvårdens förhållanden grundades bl.a. på en enkät till 30 lokalanstalter. Det finns enligt Spri indikationer på att personalen vid kriminalvårdsanstalterna anser att en stor del av de intagna har psykiska besvär. Enligt de anstalter som besvarat enkäten hade i genomsnitt 41 procent av de intagna psykiska besvär i någon omfattning, varav 61 procent uppgavs lida av besvären eller ha psykiska besvär som försvårade vårdarbetet. Det finns enligt Spri dock indikationer på stora skillnader i hur de olika anstalterna upplever problemens omfattning. Av samtliga intagna hade 20 procent psykiatrisk vårderfarenhet. En majoritet (71 procent) av dem med psykiska besvär kunde enligt anstalterna för det mesta vårdas inom ramen för kriminalvårdens befintliga resurser, medan man för övriga med psykiska besvär (29 procent) upplevde sig behöva bistånd inom personalgruppen från psykiatrisk expertis. För cirka en tredjedel av de intagna med psykiska besvär förelåg ibland behov av remiss för psykiatrisk bedömning eller behandling.

Spri anförde vidare att antalet intagna med psykiska besvär växlar från anstalt till anstalt. Vid vissa anstalter ansåg personalen att de flesta intagna hade psykiska besvär i någon omfattning, medan man vid andra anstalter ansåg att problemet med psykiska besvär bland de intagna var marginellt. Enligt Spri är dessa variationer beroende bl.a. av anstalternas storlek. Små anstalter tenderar att identifiera fler intagna med psykiska besvär. Förutom eventuella skillnader i behandlingsideologi och människosyn mellan olika typer av anstalter kan enligt Spri denna skillnad bero på ökad kontakt mellan intagna och personal vid små anstalter, vilket medför att intagna med psykiska besvär lättare identifieras. Vid stora anstalter förefaller besvären vara svårare, eftersom man där oftare anger att den intagne lider av besvären eller att man behöver remittera till psykiatrisk expertis. Omfattningen av psykiska besvär ansåg Spri stå i samklang med att anstaltspersonalen relativt ofta kände behov av psykiatrisk service. Vid flertalet av de undersökta anstalterna förelåg behov av psykiatrisk bedömning av klienter minst en gång i månaden. Behov av intagning i sluten vård av klienter bedömdes av flertalet anstalter finnas minst en gång i halvåret.

Enligt Spri:s utredning försöker flertalet av de undersökta anstalterna att täcka behovet av psykiatrisk service genom att kombinera insatser från den offentliga psykiatrin med insatser från arvoderade konsulter eller från primärvården. I många fall fungerar konsultläkaren även som "anstaltsläkare". Erhållen psykiatrisk service är oftast klientcentrerad och utgörs vanligen av behandling med psykofarmaka och intagning på sluten vård. Det är relativt vanligt att främst konsulter men även den offentliga psykiatrin bistår med samtalskontakt för de

intagnas behov. Enligt undersökningen är anstalterna "klart nöjda" med de insatser de arvoderade konsulterna gjorde, medan de är något mindre nöjda med den offentliga psykiatrins insatser. Det finns anstalter som är övervägande missnöjda med psykiatrins insatser. Från anstalterna framfördes att förbättringar borde ske bl.a. i form av personalinriktade insatser såsom utbildning och handledning. Man ville också ha förbättrad tillgång till psykiatrisk bedömning och samtalskontakter för de intagnas behov. Enligt anstalterna fungerar psykiatrin bäst när det gällde akuta insatser, medan det finns svårigheter att bygga upp långsiktiga kontakter.

Spri inhämtade synpunkter även från två av de psykiatriska klinikerna med erfarenhet från samverkan med kriminalvårdsanstalter. Den ena kliniken hade goda erfarenheter, medan den andra uttryckte viss kritik. Den senare hade haft kontakt med en öppen kriminalvårdsanstalt inom det undersökta distriktet. Det hade därvid främst gällt intagna med abstinensproblem. Med hänsyn till att de intagna inte hade hört till klinikens upptagningsområde, hade det funnits en låg ambitionsnivå att inleda behandling, som ofta bör vara långvarig.

Klinikerna hade påtalat att det är svårt att ta hand om rymningsbenägna interner, som har behov av sluten psykiatrisk vård. En vanlig psykiatrisk enhet kan inte med egen personal ombesörja vård med krav på rymningssäkerhet. Klinikerna ansåg det vårdideologiskt mycket otillfredsställande och stötande att på klinik vårda en intagen som vaktades av kriminalvårdspersonal. Företrädare för klinikerna uppgav att kriminalvårdens klienter kan vårdas på vanlig psykiatrisk enhet endast under förutsättning att de varken är rymningsbenägna eller i behov av bevakning av kriminalvårdspersonal. Är dessa förutsättningar uppfyllda, kan kriminalvårdens klientel ges behandling på samma villkor som gäller för andra patienter och i förekommande fall även inom ramen för landstingens utomlänsavtal. Om en rymningsbenägen intagen har behov av bevakning från kriminalvården, bör vården ges på regionsjukvårds- eller specialenhet.

På grundval av vad som framkommit gjorde Spri i huvudsak följande bedömning. Det finns problem i samarbetet med psykiatrin. Enligt kriminalvårdsanstalterna består problemen främst i att psykiatrin inte tar sitt ansvar för att bedöma och ge sluten vård åt psykiskt störda interner. Kontrollbehovet anses kräva att tvångsåtgärder används, utom i den rent medicinska behandlingen, på samma sätt som vid rättspsykiatrisk tvångsvård. Frivillig vård bör därför ges på sjukvårdsenheter som godkänts för rättspsykiatrisk vård av frihetsberövade. Om frivillig vård ges vid andra enheter, får bevakningsbehovet tillgodoses på samma sätt som hittills. Enligt såväl psykiatrins som kriminalvårdens företrädare bör frivillig sluten vård av kriminalvårdens intagna som kräver särskild bevakning ges vid regionenheter. Det är enligt Spri därför angeläget att det utvecklas ett samarbete mellan kriminalvårds-

organisationen och regionsjukvården, vilket också i något fall redan har påbörjats.

2.7.2 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen uttalade (Socialstyrelsens meddelandeblad nr 2/90) bl.a. följande angående kriminalvårdens behov av psykiatriskt stöd. Olika undersökningar visar att ett antal personer med allvarliga psykiska störningar, som är intagna i kriminalvårdsanstalt, inte kan ges behövlig psykiatrisk vård. Vid ett seminarium justitiedepartementet anordnat i september 1989 hade psykiatrer påpekat att det är olämpligt att låta psykotiska patienter vistas i kriminalvårdsanstalt samt att psykiatrin bör ställa upp med konsultinsatser och sluten sjukvård när det finns ett klart vårdbehov. Vidare hade psykiatrer framhållit att det är viktigt att kriminalvården får ökad kunskap om vad psykiatrin kan behandla och att man genom samarbete utvecklar en mer realistisk inställning till psykiatrins möjligheter. Vid seminariet hade också konstaterats att psykiatrin ofta saknar metoder för att behandla personer med tidiga personlighetsstörningar. Många av de personlighetsstörda inom kriminalvården bör kanske tas om hand inom särskilda enheter med stöd av psykologisk sakkunskap. Ofta är dessa personer inte i behov av psykiatrisk sluten vård utan kanske av tillfälliga konsultinsatser.

Socialstyrelsen anförde vidare att om samarbetet skall kunna förbättras är det viktigt att definiera vem som skall samarbeta. Styrelsen föreslog mot bakgrund av det anförda att man inom landstingens allmänpsykiatriska organisation eller inom de olika sektorerna inom ett landstingsområde skall utse en eller flera kontaktpersoner för samarbete med kriminalvården. På många håll råder enligt Socialstyrelsen brist på psykiatrer. Där det finns tillgång till psykiatrer skulle det underlätta samarbetet, om någon kan ta på sig uppgiften som psykiatrisk konsult för kriminalvårdens anstalter. Enligt Socialstyrelsen måste lättare psykiska störningar kunna behandlas av psykiater, medan patienten är intagen i kriminalvårdsanstalt. - Akutvård bör enligt styrelsen ges vid det sjukhus som ligger närmast kriminalvårdsanstalten. - Vidare ansåg styrelsen att vid mer långvarig sluten psykiatrisk vård bör överenskommelse först träffas med patientens hemlandsting. Om det inom en kliniks område finns en riksanstalt, kan det enligt styrelsen vara lämpligt att föra diskussioner om hur problemet med utomlänsvård mer principiellt skall lösas med de sjukvårdshuvudmän från vars område flertalet av de i anstalten intagna kommer. Enligt styrelsen krävs det ett öppet samarbete och en positiv attityd från allmänpsykiatrins företrädare, om man skall kunna lösa problemen. Det är viktigt att den aktuella kliniken planerar för lämpliga vårdmöjligheter i form av en särskild mindre enhet för denna typ av patienter. - I många fall talar säkerhetsskäl för att den i

kriminalvården intagne måste vårdas på regionsjukvårdsenhet eller specialenhet.

2.7.3 Psykiatriutredningen

Psykiatriutredningen berörde i slutbetänkandet (SOU 1992:73) Välfärd och valfrihet bl.a. frågan om psykiatrisk vård för kriminalvårdens intagna. Utredningen anförde därvid bl.a. följande. Nästan hälften av psykiatrins klinikchefer hade i en enkätundersökning, utförd av Socialstyrelsen, uppgett att de inom landstingets psykiatriska vårdorganisation inte har tillräckliga möjligheter att ge sluten psykiatrisk vård för de domstolsöverlämnade patienterna. De ansåg att vården i stället skall ges vid regionvårdsenheter som är speciellt inriktade på denna patientgrupp. Det finns inom denna organisation inte tillräckligt med vårdplatser för ifrågavarande patientgrupp. Genom enkäten till klinikcheferna framkom vidare att omkring en tredjedel av sektorerna saknar tillräckliga möjligheter att vårda patienter som är anhållna, häktade eller intagna i kriminalvårdsanstalt.

Vidare anförde Psykiatriutredningen att Kriminalvårdsstyrelsen i skilda sammanhang hade pekat på de stora svårigheter som finns när kriminalvården vill ha hjälp med sluten psykiatrisk vård för en häktad eller intagen. Enligt LRV får tvångsvård av anhållna, häktade eller intagna ske endast på vårdinrättningar som godkänts av regeringen. Den lagstiftning som gällde före år 1992 hade inte några särskilda regler om på vilket sjukhus vården fick bedrivas för denna patientgrupp. Tidigare hade i flertalet fall vården getts på en sedvanlig psykiatrisk vårdavdelning, medan vissa farliga och svårskötta patienter hade vårdats på de särskilda regionala enheterna, som numera benämns rättspsykiatriska regionsjukvårdsenheter. Enligt Kriminalvårdsstyrelsen har under senare år endast tre årsplatser utnyttjats på dessa enheter, medan Socialstyrelsens klinikchefsenkät visar att fyra häktade och fyra i kriminalvårdsanstalt intagna per viss dag i december 1991 hade vårdats på de rättspsykiatriska regionsvårdsenheterna. Under budgetåret 1990/91 hade kriminalvården utnyttjat i genomsnitt något mer än åtta vårdplatser i hela den psykiatriska vårdorganisationen. Vidare anfördes anfördes att de nya reglerna om tvångsvård har begränsat antalet vårdplatser för de vårdbehov Kriminalvårdsstyrelsen angivit.

Psykiatriutredningen konstaterade att vistelselandstinget är skyldigt att tillgodose omedelbart behövlig vård. Vidare anförde utredningen att en straffverkställighet i kriminalvårdsanstalt enligt Landstingsförbundet kan utgöra sådant socialt skäl som utgör grund för att hemortslandstinget skall ersätta kostnaden för utomlänsvård även vid icke-akut vård. Detta förutsätter dock ett godkännande från hemortslandstingets psykiatriska klinik, vilket kan vara en tidsödande procedur.

Kriminalvårdens kritik av psykiatrin för dåligt samarbete och bristande intresse för att medverka med psykiatriska vårdinsatser till kriminalvårdens klientel verifierades enligt utredningen i Spri:s ovannämnda undersökning om relationerna mellan psykiatrin och dess vårdgrannar. Förhållandena var enligt Spri:s undersökning klart bättre i de fall då kriminalvården själv svarat för valet av samarbetspartner.

2.8 Kriminologiska effekter av lagen om rättspsykiatrisk vård

Kriminalvården har gjort gällande att det under senare år skett en ökning av andelen intagna som är psykiskt störda. En fråga som inställer sig är om den nya lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård har medfört att fler psykiskt störda vistas i kriminalvårdsanstalterna. Vad gäller de kriminologiska effekterna av LRV har docenten Henrik Belfrage gjort en utvärdering, som redovisats i rapporten Samhällsskyddet och de psykiskt störda brottslingarna (Rapport 1993:1 från institutionen för social- och rättspsykiatri, Karolinska institutet). Belfrage anförde att utvärderingen givit vid handen att antalet rättspsykiatriska undersökningar och § 7-undersökningar inte minskat som en omedelbar följd av den nya lagen om rättspsykiatrisk vård. Däremot föreligger det en mycket tydlig långsiktig trend, som innebär att såväl rättspsykiatriska undersökningar som överlämnanden till rättspsykiatrisk vård successivt minskat över tiden. Det årliga antalet rättspsykiatriska undersökningar har emellertid förhållit sig relativt konstant sedan mitten av 1980-talet. Under år 1992 har jämfört med tidigare år ett psykiatrisk tyngre klientel blivit föremål för rättspsykiatrisk undersökning. Främst personlighetsstörda lagöverträdare blir allt mer sällan föremål för rättspsykiatrisk undersökning. Antalet överlämnanden till rättspsykiatrisk vård har inte minskat från år 1991 till 1992. Sett över en längre tidsperiod står det emellertid klart att fler psykiskt störda lagöverträdare successivt döms till fängelse och att allt färre överlämnas till rättspsykiatrisk vård. Denna trend är särskilt tydlig beträffande sexual- och våldsbrottslingar. Belfrage gör den bedömningen att det finns all anledning att förmoda att det finns en större andel psykiskt störda personer än tidigare, framför allt våldsbrottslingar, bland de långtidsdömda i kriminalvårdsanstalterna. Dessa har i allt högre grad dömts till fängelse utan att ha blivit föremål för rättspsykiatrisk undersökning.

I rapporten Rättspsykiatriska bedömningar i praktiken (Rapport 1993:2 från institutionen för social- och rättspsykiatri, Karolinska institutet) redovisades en undersökning av hur olika rättspsykiatrer bedömer samma fall. Fem erfarna rättspsykiatrer i chefsposition hade utifrån ett avidentifierat material av 40 rättspsykiatriska undersökningar

från år 1988 gjort en ny rättspsykiatrisk bedömning utifrån den nya lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård. Av nämnda 40 fall hade 20 ansetts "jämställda" enligt den gamla lagstiftningen, medan resten ansetts som "ej jämställda". Undersökningen gav vid handen att färre lagöverträdare bland dem som tidigare bedömts som "jämställda med sinnessjukdom", skulle ha bedömts som "allvarligt psykiskt störda" enligt LRV. Emellertid visade undersökningen också att det förelåg en anmärkningsvärt dålig överensstämmelse i bedömningspraxis mellan de olika undersökningsläkarna. Andelen särbedömningar varierade från 25 procent hos en läkare till 68 procent hos en annan. Det bör dock påpekas att det material läkarna vid denna undersökning hade tillgång till var betydligt mindre omfångsrikt än vad som är vanligt vid en rättspsykiatrisk undersökning. Dessutom hade läkarna inte möjlighet att träffa de personer som de hade bedömt.

2.8.1 Socialstyrelsens bedömning beträffande effekter av den nya lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård

Med anledning av ett regeringsuppdrag att följa upp och utvärdera tillämpningen av den nya lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård avgav Socialstyrelsen den 15 december 1993 slutrapporten Psykiatrisk tvångsvård - effekter av ny lagstiftning. Genom rapporten belyste Socialstyrelsen de effekter den nya lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård haft för några olika verksamhetsområden. Styrelsen, som hade tillgång till Belfrages ovannämnda undersökningar, anförde att det har gått för kort tid för att man skall kunna uttala sig om fler psykiskt störda döms till fängelse till följd av den nya lagstiftningen. Enligt styrelsen går det heller inte att avgöra i vilken utsträckning personer som tidigare skulla ha bedömts som jämställda nu i stället överlämnas till kriminalvård. För att kunna bedöma om lagstiftningen fått avsedda effekter på rättssäkerhet och samhällsskydd krävs forskningsinsatser under längre tid. Sådana insatser krävs enligt styrelsen också för att bedöma konsekvenserna för dem som inte uppfyllt indikationerna för psykiatrisk tvångsvård.

I rapporten anfördes att med den nya lagstiftningen har jämställdhetsbegreppet avskaffats. Personer med personlighetsstörning skall enligt Socialstyrelsen i princip inte innefattas i den personkrets som avses med den nya lagstiftningen utan skall i större utsträckning dömas till fängelse. Den undersökning som ligger till grund för rapporten ger inte underlag för att kunna bedöma om fler psykiskt störda döms till fängelse till följd av den nya lagstiftningen. Undersökningen visar dock på trender som talar för att domstol överlämnar fler psykiskt störda till kriminalvård. Dessa trender har påvisats även innan lagen trädde i kraft.

2.9 Fördelning av vårdkostnader

2.9.1 Kostnader för vård som sjukvårdshuvudman lämnat intagen i kriminalvårdsanstalt

Tidigare erlade kriminalvården prestationsbunden ersättning för den psykiatriska vård sjukvårdshuvudmännen lämnat intagen. Sedan den 1 januari 1985 erhåller sjukvårdshuvudmännen emellertid från den allmänna sjukförsäkringen schablonersättning för öppen sjukvård åt anhållna, häktade och intagna i kriminalvårdsanstalt. Enligt en överenskommelse den 2 april 1986 mellan Landstingsförbundet och Socialdepartementet omfattar schablonersättningen från sjukförsäkringen från och med år 1987 även sluten vård som lämnas patienter som är anhållna, häktade eller intagna i kriminalvårdsanstalt. Samma ersättningssystem tillämpas för övrigt även för värnpliktiga.

Kriminalvårdens kostnader för sluten vård uppgick för budgetåret 1984/85 till cirka 4,3 milj kr. Beloppet, som redovisades av Kriminalvårdsstyrelsen till Socialdepartementet, utgjorde underlag för de s.k. DAGMAR-förhandlingarna år 1986. Till följd av dessa förhandlingar övertog, som tidigare nämnts, sjukvårdshuvudmännen kostnadsansvaret för den psykiatriska vården.

Schablonersättningens storlek bestäms för varje landsting efter dess storlek och är inte beroende av i vilken omfattning vård faktiskt lämnats intagna i kriminalvårdsanstalt. Emellertid gäller ersättningen endast intagna som omfattas av den allmänna sjukförsäkringen. Beträffande de utlänningar, som inte omfattas av sjukförsäkringen, erlägger kriminalvården alltjämt prestationsbunden ersättning till sjukvårdshuvudmännen för lämnad vård. Vårdkostnaden för dessa ingick i det belopp om 4,3 milj kr som Kriminalvårdsstyrelsen redovisade till Socialdepartementet inför genomförandet av de ändrade ersättningsbestämmelserna.

2.9.2 Fördelning av vårdkostnader mellan sjukvårdshuvudmän

I 4 § HSL föreskrivs att ett landsting skall erbjuda hälso- och sjukvård, om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar sådan vård. Vidare föreskrivs att ett landsting också i andra fall får erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om det.

2.9.2.1 Akut vård

När någon får sjukvård av annat landsting än det inom vars område han är bosatt (s.k. utomlänsvård), regleras ersättningen för vårdkostnaderna de olika sjukvårdshuvudmännen emellan genom Riksavtalet för hälso- och sjukvård. Med undantag för sjuk- och ambulanstransporter är Riksavtalet tillämpligt på bl.a. anhållna, häktade och intagna i kriminalvårdsanstalt.

Enligt 6 § riksavtalet och bilaga 2 till avtalet har hemlandstinget betalningsansvar gentemot vårdlandstinget för kostnader för akut såväl sluten som öppen sjukvård. Vidare gäller att en utomlänspatient, som har tagits in för sluten vård, skall så snart det är möjligt med hänsyn till hans tillstånd och andra omständigheter överföras till en vårdenhet inom hemlandstinget.

Enligt av Landstingsförbundet utgivna Kommentarer till Riksavstalet för hälso- och sjukvård gäller beträffande sluten akutvård avtalet enbart sluten vård vid sådana vårdenheter för somatisk och psykiatrisk korttidsvård som drivs av landsting. I kommentaren anförs bl.a. följande beträffande sluten akutvård.

> För intagning enligt avtalet krävs att patienten till följd av sjukdom eller skada är i behov av sjukhusvård. Om patienten behöver vård men denna kan anstå till dess patienten rest hem har han alltså inte rätt till vård enligt denna bestämmelse. Ytterligare en förutsättning är att det akuta vårdbehovet skall ha uppkommit under vistelsen i det landsting där patienten söker vård. Men om en utomlänspatients tillstånd är sådant att en omedelbar undersökning eller behandling är nödvändig skall han kunna tas emot för vård även om vårdbehovet uppkommit inom annat landsting. Det kan exempelvis gälla en person som skadas vid en trafikolycka och förs direkt till sjukhus inom angränsande landsting.
>
> ---
>
> Det finns vidare en regel om remittering vid akut vårdbehov. Med hänsyn till att remiss för specialistvård enbart gäller av den art och vid de vårdenheter som anges i förteckning R till avtalet finns här en möjlighet att i en akut situation remittera en patient till det närmaste sjukhus som kan lämna den nödvändiga vården. Det kan exempelvis gälla en person som söker vård vid ett länsdelssjukhus men som är i akut behov av sådana behandlingsresurser som närmast finns tillgängliga vid länssjukhuset i det angränsande landstinget.
>
> Slutligen gäller att en utomlänspatient som tagits in för sluten akutvård skall överföras till hemortssjukhus så snart det är möjligt med hänsyn till patientens tillstånd och andra omständigheter - exempelvis särskilda sociala skäl. Är det återstående vårdbehovet kortvarigt skall patienten inte flyttas.

Beträffande öppen akut vård anges i kommentaren bl.a. följande.

> Förutsättningarna för att denna avtalspunkt skall vara tillämplig är desamma som beträffande sluten sjukhusvård - dvs. det skall finnas ett omedelbart behov av vård. Om en utomlänspatient tagits emot för akutvård gäller avtalet även nödvändiga återbesök och kontroller. Det bör normalt inte krävas att patienten skall avbryta en planerad vistelse inom vårdlandstinget för att göra återbesök inom hemlandstinget. Men om återbesöket kan anstå till dess patienten återvänt till hemorten är avtalet inte tillämpligt.

2.9.2.2 Vård som inte är akut

Riksavtalet är tillämpligt även på viss icke akut vård. Enligt dess bilaga 2 punkt 4.1 omfattar avtalet sådan utomlänspatient som vistas inom vårdlandstinget under längre tid och som är i behov av annan läkarvård för sjukdom, skada eller i samband med mödra- eller barnavård än specialistvård efter remiss, akut- eller förlossningsvård eller vård vid abort. En förutsättning är därvid att vårdbehovet inte utan olägenhet kan anstå till dess patienten återkommer till hemlandstinget. Vidare omfattar avtalet enligt dess bilaga 2 punkt 4.2 även utomlänspatient för vilken en landstingsanställd läkare upprättat remiss för utomlänsvård, vilken godkänts av patientens hemlandsting. Remissen gäller endast sådan sluten vård vid ett främmande sjukhus som motiveras av främst andra skäl än rent medicinska, varmed menas att motsvarande medicinska vårdresurser kan finnas inom hemlandstinget men särskilda humanitära eller sociala skäl motiverar vård inom ett annat landsting.

Vid icke-akut sjukvård skall det ske utredning ske huruvida vård kan beredas den intagne på hans hemortssjukhus eller annat lämpligt sjukhus inom hans hemortslandsting. Enligt kommentarer till Riksavtalet kan speciella skäl motivera att vård bereds vid ett främmande sjukhus, även om det finns medicinska vårdmöjligheter inom hemortslandstinget. Sociala skäl kan därvid läggas till grund för att vård kommer till stånd vid det främmande sjukhuset. Sådan vård kan komma i fråga för "framför allt personer som under längre tid vistas inom landstinget utan att vara bosatta där och för vilka hänvisning till hemortssjukhus skulle medföra stora olägenheter vad gäller studier, arbete, familj, kostnader e dyl". Landstingsförbundet har vid överläggningar med kriminalvården uppgivit att en straffverkställighet i en kriminalvårdsanstalt utanför hemortslandstinget kan anses utgöra sådana "sociala skäl" som medför att hemortslandstinget skall ersätta vårdkostnad på främmande sjukhus. För att ett hemortslandsting skall åta sig kostnadsansvar vid icke-akut sjukhusvård krävs att ett remissförfarande äger rum på fastställd blankett. Remissen skall vara utfärdad av en landstingsanställd läkare inom patientens hemortslands-

ting eller i det landsting där patienten skall beredas vård. Remissen skall godkännas av sjukvårdsförvaltningen i patientens hemortslandsting för att detta landsting skall svara för vårdkostnaderna.

2.10 Några förslag från senare år beträffande behandlingen av intagna som är psykiskt störda

2.10.1 Kriminalvårdens rapport Behovet av psykiatriska insatser för kriminalvårdens klienter

I den tidigare omnämnda rapporten Behovet av psykiatriska insatser för kriminalvårdens klienter framfördes i huvudsak följande överväganden och förslag. De ytterlighetslösningar som föreligger är å ena sidan att erforderliga vårdåtgärder helt kommer till stånd inom den allmänna psykiatrin och å den andra att kriminalvården bygger upp en egen vårdorganisation. I rapporten anfördes att det är orimligt att psykiatrin skall ta hand om alla psykiatriskt vårdbehövande, som är föremål för kriminalvård. Vidare anfördes det heller inte är rimligt att kriminalvården på ett adekvat sätt skall kunna vårda psykiskt vårdbehövande, i synnerhet psykotiska personer. Enligt rapporten måste åtgärder vidtas för att allmänpsykiatrin på ett bättre sätt skall ta ansvar för de psykiatriskt vårdbehövande inom kriminalvården och att kriminalvården måste blir bättre rustad att ta hand och "hantera" vissa vårdbehövande.

Vidare framhölls att för vissa av de intagna som är psykiskt störda och som har behov av psykiatriskt inriktade åtgärder motiverar vårdbehovet varken frivillig eller tvångsvis sjukhusvård. Denna kategori klarar inte av den vanligtvis påfrestande miljön på en sluten normalavdelning inom kriminalvården utan blir påfrestande såväl för sig själva som för medintagna och personal. Nämnda grupp utgör en stor del av dem som vistas på kriminalvårdens psykiatriska avdelningar. Med en sådan placering klarar de anstaltsvistelsen bättre än de annars skulle ha gjort. Det finns enligt rapporten därför ett uppenbart behov av kriminalvårdens psykiatriska avdelningar. Behovet bedöms överstiga nuvarande cirka 70 platser.

Enligt rapporten finns bland häktade och intagna ett ansenligt antal personer som är psykotiska. Antalet psykotiska häktade och intagna kan enligt rapporten förväntas öka. I rapporten görs den bedömningen att kriminalvården inte kan ta hand om psykotiska personer på ett tillfredsställande sätt och att de borde inte ha dömts till fängelse.

En del av vårdbehovet hos kriminalvårdens intagna uppstår enligt rapporten till följd av att de intagna inte klarar av miljön under straffverkställigheten. Ofta blir en psykisk störning mer djupgående till följd av anstaltsvistelsen. Kriminalvården får enligt rapporten anses ha till

uppgift att svara för att det psykiska tillståndet inte försämras till följd av straffverkställigheten. En insats för att förhindra en sådan försämring kan vara att öka vårdpersonalen psykiatriska kunskaper. Vidare anfördes att det finns ett långtgående behov av utbildningsinsatser för egentligen all vårdpersonal, men i första hand dem som skall tjänstgöra på de psykiatriska avdelningarna.

Vidare uttalades att det utifrån det psykiatriska vårdbehovet finns skäl för att differentiera de intagna så att de psykiskt störda om möjligt placeras på avdelningar som är gynnsamma för dem. Behovet av fler platser på avdelningar som är "psykiatriskt vårdinriktade" är stort. Med tanken på den inverkan som psykiskt sjuka eller störda människor kan ha på sin omgivning finns det enligt rapporten skäl för en sådan differentiering.

Kostnaderna för platser inom kriminalvården är, bortsett från specialavdelningarna, lägre än vårdkostnaderna vid de slutna avdelningarna inom de rättspsykiatriska regionvårdsenheterna. Detta talar enligt rapporten för att den allmänna psykiatrin vid vårdbehov skall göra insatser i anstalterna i stället för att föra över patienter till sjukhus. Allmänpsykiatrins läkare och psykologer skall enligt förslaget kunna förlägga sina insatser till anstalterna.

2.10.2 Sjukvårdens- och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut

Spri lämnade i de rapporter som tidigare redovisats i avsnitt 2.7.1 i huvudsak följande förslag beträffande psykiatrins samverkan med kriminalvården. Enligt Spri framgick av materialet att såväl psykiatrins som kriminalvårdens företrädare anser att frivillig sluten vård av kriminalvårdens intagna som kräver särskild bevakning bör ges vid regionenheter. Dessa synpunkter stämmer i princip också överens med vad som sägs i förarbetena till psykiatrins tvångsvårdslagar. Spri anförde att det därför är angeläget att det på något redan påbörjade samarbetet mellan kriminalvårdsorganisationen och regionsjukvården etableras och utvecklas. Beträffande icke sluten vård anförde Spri att den sektorsklinik inom vars upptagningsområde en kriminalvårdsanstalt är lokaliserad bör ha det primära ansvaret för bedömning och insatser i akuta situationer för kriminalvårdens intagna. En väg att underlätta kontakterna mellan kriminalvården och psykiatrin kan enligt Spri vara att utse särskilda kontaktpersoner inom psykiatrin. Kriminalvården har tagit initiativ till att utse sådana kontaktpersoner. I hälften av landstingen har också kontaktpersoner utsetts.

2.10.3 Psykiatriutredningen

Psykiatriutredningen föreslog i sitt slutbetänkande att kriminalvården skall ges möjlighet att "köpa" sluten och öppen psykiatrisk vård av psykiatriska vårdgivare. Psykiatriutredningen anförde att kriminalvården därvid bör kunna teckna avtal med de rättspsykiatriska regionvårdsenheterna och andra lämpliga psykiatriska vårdgivare. För klienter med personlighetsstörning och personer med lindrig psykisk utvecklingsstörning föreslog Psykiatriutredningen att kriminalvården skall inrätta ett mindre antal specialenheter med differentierade vårdmiljöer.

Kriminalvårdsstyrelsen hade inför Psykiatriutredningens arbete gjort en enkät för att fastställa behovet av sluten psykiatrisk vård bland de intagna. Det totala behovet uppskattades av styrelsen på grundval därav till 20 459 vårddagar, vilket motsvarar minst 56 årsplatser. Psykiatriutredningen anförde att kriminalvården föreföll ha utgått från det förhållandet att en intagen som bedömts som psykiskt sjuk därmed också skulle vara i behov av sjukhusvård under avsevärd tid. Vidare noterade Psykiatriutredningen att det av kriminalvården faktiskt utnyttjade antalet vårddagar för intagna och häktade motsvarade 8-10 årsplatser. Det fanns enligt utredningen emellertid ett betydande icke tillgodosett behov av vårdplatser för anhållna, häktade och i kriminalvård intagna. Behovet av sluten psykiatrisk vård för kriminalvårdens klienter uppskattade Psykiatriutredningen till 9 000-11 000 vårdagar per år, vilket motsvarar 25-30 vårdplatser.

Kriminalvårdsstyrelsen hade beräknat sitt behov av psykiatriska konsultationer till cirka 7 500 per år. Psykiatriutredningen ansåg det uppenbart att många av de missbrukare och personlighetsstörda som finns bland de intagna i kriminalvårdsanstalt är i behov av särskilt stöd och psykoterapeutisk hjälp. En stor del av dessa åtgärder måste enligt utredningen vidtas inom kriminalvårdens egen organisation, varför det kan behövas särskilda enheter för personlighetsstörda. Man bör också överväga behovet av särskilda enheter för lindrigt psykiskt utvecklingsstörda, som med ändrad lagstiftning kan tänkas bli dömda till fängelse. Psykiatriutredningen anförde att ökad psykologisk kompetens inom kriminalvården är viktig för att stödjande samtal och i viss utsträckning psykoterapi skall kunna erbjudas. Kriminalvårdens konsultationsbehov talar för att kriminalvården skulle behöva medverkan av psykiatrer motsvarande minst 10-20 årsarbeten.

Enligt bestämmelserna i LRV kan rättspsykiatrisk vård av anhållna, häktade och intagna ske endast på av regeringen godkända vårdenheter, vilket begränsar platstillgången för denna patientgrupp. Psykiatriutredningen anförde att flertalet anhållna, häktade eller intagna, som behöver frivillig vård på psykiatrisk klinik, lämpligen bör ges vård på en sådan enhet med hänsyn till samhällsskyddet. Vidare anförde utredningen att om Kriminalvården får möjlighet att sluta avtal

med det landsting där en kriminalvårdsanstalt är belägen förbättras samarbetet och möjligheterna till vård. I många fall räcker inte resurser och kompetens på de enheter regeringen godkänt för rättspsykiatrisk vård av bl.a. kriminalvårdens intagna. Detta liksom samhällsskyddsaspekter talar enligt psykiatrins och kriminalvårdens företrädare för att vård måste beredas på någon av de rättspsykiatriska regionsjukvårdsenheterna. Detta ställer ökade krav på regionsvårdsenheterna. För att få tillgång till tillräckligt antal vårdplatser ansåg Psykiatriutredningen det kunna vara nödvändigt att kriminalvården abonnerar på vårdplatser.

Den år 1987 införda förändringen beträffande ersättning till sjukvårdshuvudmännen medför att vid beredande av utomlänsvård, som inte är akut, måste hemlandstinget kontaktas angående ersättning till vårdande landsting. Kriminalvårdsstyrelsen hade framfört att denna förändring försvårat möjligheterna att få sluten psykiatrisk vård.

Utredningen anförde att landstingen endast i begränsad utsträckning hade kunnat ge kriminalvården psykiatriskt konsultstöd, varför andra lösningar måste eftersträvas. Om avtal om psykiatriska konsultationer sluts med enskild psykiater i stället för med en organisation, skulle det enligt utredningen kunna förbättra samarbetet och kontinuiteten. Psykiatriutredningen anförde att Kriminalvårdsstyrelsen därför behöver få medel för att teckna avtal direkt med enskilda konsultpsykiatrer. För att finansiera kriminalvårdens ökade kostnader föreslog utredningen att medel överföras från den landstingskommunala sektorn till staten. Staten bör minska sitt bidrag sjukvårdshuvudmännen och i motsvarande mån tilldela kriminalvården resurser för ändamålet. Psykiatriutredningen angav dock inte hur stort belopp som enligt förslaget skall överföras till kriminalvården.

2.10.3.1 Remissvar över Psykiatriutredningens förslag

De flesta remissinstanser som yttrat sig i frågan om psykiatrisk vård för kriminalvårdsklientelet var positiva till Psykiatriutredningens förslag angående kriminalvårdens möjligheter att köpa vård. Några instanser avstyrkte och hänvisade till risken med dubbla vårdorganisationer och bristande normalisering av psykiatrivården inom kriminalvården.

Kriminalvårdsstyrelsen ansåg att erfarenheterna av tillämpningen av statens schablonersättning till sjukvårdshuvudmännen är sådana att denna ersättning inte alltid tycks ha uppfattats som ett tillräckligt ekonomiskt incitament för att lämna psykiatrisk vård till intagna. Styrelsen tillstyrkte därför den särlösning som utredningens förslag till finansiering innebär. Man var också positiv till förslagen om att ersättning för vård och konsultinsatser regleras genom avtal mellan kriminalvården och bl.a. sjukvårdshuvudmännen. *Rättsmedicinalverket*

delade utredningens uppfattning om hur den psykiatriska vården inom kriminalvården bör utformas. Man föreslog dessutom att det bör bli möjligt att bedriva rättspsykiatrisk vård i begränsad omfattning vid verkets rättspsykiatriska avdelningar efter att rättspsykiatrisk undersökning slutförts. Den kompetens och den resurs som finns vid RMV:s rättspsykiatriska avdelningar bör mot ersättning kunna utnyttjas för intagna. *Länsstyrelsen i Västmanlands län* ansåg förslaget vara mycket positivt eftersom denna grupp idag kommer i kläm mellan kriminalvård, psykiatri och socialvård.

Nio landsting var klart positiva till utredningsförslagen vad gäller psykiatrisk vård för intagna i kriminalvård. Endast *Malmöhus läns landsting* avstyrkte förslaget då man ansåg att detta skulle rasera den organisation man inom landstinget byggt upp kring nuvarande vård för denna grupp patienter och som man ansåg fungera bra. Något landsting ansåg att frågan bör utredas ytterligare. *Landstingsförbundet* avstyrkte förslaget att medel tas från den ram som utgår till sjukvårdshuvudmännen och lämnas till kriminalvården för köp av psykiatrisk vård eller uppbyggnad av alternativa rehabiliteringsformer för klienter i fängelser.

Det var i stort sett bara några av de större kommunerna som yttrade sig i frågan om den psykiatriska vården för intagna i kriminalvården. *Malmö, Borås och Västerås kommuner* tillstyrkte utredningens förslag, medan *Göteborgs kommun* uttryckte tveksamhet och hänvisade till normaliseringsprincipen.

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RMSH) efterlyste en särskild utredning kring kriminalvården och den psykiatriska vården. Man efterlyste också utredning om vem som har den juridiska skyldigheten att förmedla vården. *Riksförbundet Frivilliga Samhällsarbetare* avstyrkte med hänvisning till normaliseringsprincipen och risken för dubbelt organiserad vård.

2.10.4 Rättsmedicinalverket

Rättsmedicinalverket (RMV) är central förvaltningsmyndighet för bl.a. den rättspsykiatriska undersökningsverksamhet som bedrivs vid de rättspsykiatriska avdelningarna i Huddinge, Uppsala och Göteborg. I skrivelse den 13 december 1993 till regeringen hemställde RMV att de formella och finansiella hinder som föreligger undanröjs så att verket kan sluta avtal dels om kvalificerat psykiatriskt stöd till häktade och intagna, dels om rättspsykiatrisk vård vid kortvariga behov på uppdrag av den psykiatriska vården. RMV anförde att följande formella åtgärder bör vidtas. Verket bör medges att ge rättspsykiatrisk vård även efter det att rättspsykiatrisk undersökning utförts vid verkets rättspsykiatriska avdelningar. Vidare bör samtliga RMV:s avdelningar godkännas för vård av anhållna, häktade och intagna. Dessutom bör,

enligt verket, sjukvårdshuvudmannens kostnadsansvar för den rättspsykiatriska vården efter rättspsykiatrisk undersökning samt för anhållna, häktade och intagna förtydligas.

Enligt RMV bör kriminalvårdens organisation struktureras så att den får ökade möjligheter att ta hand om sådana intagna som avviker från gängse mönster och som uppvisar diverse beteendestörningar, vilka inte erfordrar vård inom psykiatrin. Vidare bör kriminalvården till sig knyta (rätts)psykiatriskt tränade konsultläkare med intresse och kompetens för de svårast sjuka med allvarlig psykisk störning i kombination med kriminalitet. Enligt verket torde nämnda åtgärder minska antalet intagna som behöver vård inom psykiatrin till färre än 30. Dessa kommer att bestå dels av utagerande och "besvärliga" patienter, dels av sådana psykiskt sjuka, inbundna och ängsliga personer som behöver psykiatrisk vård för att efter avtjänat straff kunna återanpassas till samhället.

Vidare bör enligt RMV erforderliga vårdplatser finnas inom sådana vårdorganisationer som klarar av den dubbla problematiken med allvarlig psykisk störning och kriminellt eller farligt beteende. Landstingen har visat ett svalt intresse för denna typ av vård. Ifrågavarande patientgrupp behöver lyftas till en statlig angelägenhet i ansvarshänseende och dess rätt till psykiatrisk vård slås fast. Enligt RMV synes verkets utredande enheter med vårdkapacitet liksom dess entreprenörer ha störst kompetens att ta hand om denna patientgrupp. Samtidigt bör enligt normaliseringsprincipen landstingen ha skyldighet att stå för vården.

Till följd av effektiviserad verksamhet och minskad efterfrågan på rättspsykiatriska undersökningar har beläggningen på utredningsplatserna minskat påtagligt vid de statliga rättspsykiatriska enheterna. Det har därmed uppkommit en betydande överkapacitet på vårdavdelningarna. Enligt RMV kan denna överkapacitet, efter lagändring, på konsultbasis användas för psykiatrisk korttidsvård åt kriminalvårdens intagna. Cirka 25 vårdplatser kan enligt RMV ställas till kriminalvårdens förfogande. Verkets rättspsykiatriska avdelningar har en hög säkerhetsstandard (häktesstandard) samt en välutbildad personal, som har stor vana vid att ta hand om personer med avvikande beteende eller allvarlig psykisk störning i kombination med kriminell belastning. Såväl samhällsekonomiska som humanitära skäl talar enligt verket för att alternativa användningsområden för den uppkomna överkapaciteten bör etableras. Enligt RMV går det genom avtal sannolikt att skapa möjlighet för vård på rätt nivå för ifrågavarande patientgrupp. Utöver vårdplatser kan RMV även tillhandahålla psykiatriska konsulter vid kriminalvårdsanstalter och häkten.

Vid den rättspsykiatriska avdelningen i Göteborg har en av vårdavdelningarna (avdelning 19) med personal hyrts ut till Göteborgs kommun för rättspsykiatrisk vård enligt ett av regeringen tidigare godkänt avtal. Avdelning 19 har godkänts för rättspsykiatrisk vård av

anhållna, häktade och intagna. I Stockholm har avtal träffats med Sydvästra sjukvårdsområdet och rättspsykiatriska avdelningen i Huddinge. Avtalet omfattar vård i begränsad omfattning och under kortare tid av patienter som måste vara på en av regeringen godkänd avdelning i avvaktan på slutlig placering. Anledningen till att dessa personer befinner sig på utredningsenheten är att de är för sjuka för att återföras till häktet och att de ännu inte hunnit överföras till av regeringen godkänd enhet. En av vårdavdelningarna vid den rättspsykiatriska avdelningen i Huddinge (avdelning 113) har godkänts för rättspsykiatrisk vård av anhållna, häktade och intagna. Såväl avdelning 19 som 113 står vid tillämpning av LRV under ledning av vederbörande chefsöverläkare inom den allmänna psykiatriska vården, vilken är anställd av sjukvårdshuvudmannen.

Enligt verket har hittillsvarande erfarenheter från närmandet mellan den diagnostiska verksamheten och psykiatrisk vård varit positiva. Det har inte förekommit några problem i form av jäv eller andra beroendesituationer. Enligt RMV skärper kopplingen mellan vård och utredning diagnostiken.

2.10.5 Socialstyrelsen

I den i avsnitt 2.13.1 omnämnda rapporten från Socialstyrelsen föreslogs vissa åtgärder beträffande den psykiatriska vården av intagna inom kriminalvården. Såvitt gäller aktuella patientgrupp anförde Socialstyrelsen bl.a. följande. Vården av intagna i kriminalvården har till viss del skett med utnyttjande av vårdplatser Rättsmedicinalverket erbjudet trots att rättspsykiatrisk vård av dessa patienter får ges endast på landstingsdrivna vårdenheter som regeringen godkänt. Vid tidpunkten för Socialstyrelsens inventering vårdades sju patienter inom Rättsmedicinalverket. Socialstyrelsen ansåg det viktigt att i kriminalvårdsarbetet noga skilja på psykiatriskt vårdbehov och psykiatrisk vårdefterfrågan. Den senare är vanligtvis mer omfattande än ett konstaterat psykiatriskt vårdbehov. Socialstyrelsen anförde att många gånger har intagna, exempelvis personlighetsstörda, behov av socialt och psykologiskt stöd i stället för psykiatrisk specialistvård.

Bedömningar i enskilda fall förutsätter att kriminalvården har tillgång till psykiatrisk kompetens. Styrelsen ansåg det därför angeläget att det träffas lokala överenskommelser om psykiatriska konsult- och vårdinsatser mellan kriminalvård och hälso- och sjukvård. Ett fungerande samarbete med psykiatrin förutsätter att kriminalvårdsanstalterna vid behov av psykiatriska bedömningar och ställningstaganden till vårdbehov kan anlita sektorspsykiatrin på den ort där en anstalt är belägen. Socialstyrelsen föreslog därför att landstingens vård- och planeringsansvar enligt HSL bör gälla intagna i kriminalvårdsanstalt

inom landstingskommunen även om dessa inte är bosatta inom kommunen.

Vidare anförde styrelsen att det är angeläget att fortsatt forskning kring den straffrättsliga bedömningen av psykiskt störda lagöverträdare underlättas. För att utvärdera behandlingseffekten av rättspsykiatrisk vård och kriminalvård bör återfall i brott efter utskrivning respektive frigivning studeras.

Beträffande den psykiatriska vården av intagna anförde Socialstyrelsen att dessa vid behov skall kunna ges psykiatrisk vård, frivillig eller enligt LRV, inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården. Styrelsen konstaterade att säkerhetskraven varierar vid psykiatrisk tvångsvård av intagna. Det behövs en annan säkerhetsnivå för den som är häktad för misstänkt grov brottslighet eller är intagen på specialavdelning inom kriminalvården jämfört med den som kommer från en lokalanstalt. Riksåklagaren har på grund av höga säkerhetskrav inte kunnat tillstyrka godkännande av vissa vårdinrättningar som enligt Kriminalvårdsstyrelsens uppfattning väl kunnat komma i fråga för psykiatrisk vård av intagna i lokalanstalt. En mellan Riksåklagaren och Kriminalvårdsstyrelsen skiljaktig mening leder i dessa sammanhang till att vårdinrättningen inte blir godkänd för vård enligt LRV.

Socialstyrelsen anförde att en differentierad syn på säkerhetskraven är nödvändig med hänsyn till den integritetskränkning det annars innebär för en patient att vårdas på en högre säkerhetsnivå inom hälso- och sjukvården än inom kriminalvården. Enligt styrelsen bör kriminalvården därför inte vara hänvisad till att alltid använda enheter med sådan säkerhetsnivå som krävs vid rättspsykiatrisk vård av anhållna och häktade. Socialstyrelsen anförde att det för att tillgodose behovet av differentierade vård- och säkerhetsnivåer vid frivillig psykiatrisk vård och rättspsykiatrisk vård av intagna är önskvärt att det inom flera landsting finns ytterligare enheter att tillgå utöver redan godkända enheter. Systemet med godkända vårdenheter bör enligt Socialstyrelsen göras mer flexibelt och möjliggöra att landstingen kan ansöka om godkännande enbart för rättspsykiatrisk vård av intagna i kriminalvårdsanstalt.

Beträffande organisationen för den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten anförde Socialstyrelsen att det är viktigt att det ursprungliga syftet med en särskild organisation för det rättspsykiatriska undersökningsförfarandet fullföljs och renodlas. Undersökningsenheternas uppgift är att tillhandagå de allmänna domstolarna med begärda undersökningar. Ett professionellt fullgörande av denna uppgift förutsätter att undersökningen genomförs objektivt och opartiskt. Socialstyrelsen ansåg att den rättspsykiatriska undersökningsorganisationens möjlighet att ge vård skall vara begränsad till tiden för undersökningen för att kraven på objektivitet och opartiskhet inte skall kunna ifrågasättas. Rättspsykiatriskt undersökta bör enligt styrelsen således inte kvarstanna för vård på undersökningsenheten efter avslutad under-

sökning. Efter avslutad undersökning skall utan dröjsmål en överföring ske till hälso- och sjukvården av dem som har ett konstaterat vårdbehov. Socialstyrelsen anförde att det uppstår en rättsligt oklar situation om undersökningsenheten skall både undersöka och vårda. Styrelsen ansåg därför att en renodling bör ske också beträffande den verksamhet som organiseras på undersökningsenheterna inom hälso- och sjukvården så att den undersökande verksamheten inte sammanblandas med vårdverksamheten.

2.11 Överväganden och förslag

2.11.1 Inledning

En utgångspunkt för våra förslag är att den som är intagen i kriminalvårdsanstalt skall ha samma rätt till psykiatrisk vård som övriga samhällsmedborgare. Psykiatrisk vård skall ges den intagne när så är påkallat med hänsyn till hans psykiska tillstånd och vårdbehov. Är hans förhållanden sådana att sluten psykiatrisk vård är påkallad får inte sådana omständigheter som att han är intagen i kriminalvårdsanstalt eller kan anses störande föranleda att psykiatrisk vård vägras honom. Med hänsyn till att den intagnes behov av psykiatrisk vård skall tillgodoses i samma utsträckning som andra samhällsmedborgares, bör det i princip inte komma i fråga att utfärda några enbart på kriminalvårdens intagna tillämpliga anvisningar om när frivillig psykiatrisk vård skall ges i sluten form. Vidare faller det utanför vårt uppdrag att lämna förslag till generellt tillämpliga anvisningar om när psykiatrisk vård skall ske i sluten form.

Det förhållandet att en intagen skall ha samma rätt till psykiatrisk vård som andra samhällsmedborgare medför å andra sidan att om tillgången på sluten psykiatrisk vård minskar ute i samhället, t.ex. till följd av ändrad vårdideologi eller till följd av resursbrist, kommer detta att drabba även den intagne. Gentemot den som vistas ute i samhället finns dock den skillnaden att det för tvångsvård av intagen enligt lagen ställs lägre krav på vårdbehov, eftersom han redan är frihetsberövad i annan ordning.

Bland de intagna förekommer i stor utsträckning personer som anses ha psykiska störningar eller besvär. Det har med hänsyn till den tid som stått till vårt förfogande inte funnits möjlighet att låta göra någon undersökning som med någon större tillförlitlighet anger omfattningen av psykiska störningar bland de intagna. På grund av den differentiering av de intagna som förekommer vid placering i anstalt kan ett representativt urval intagna inte erhållas, om en undersökning inriktas enbart på några få anstalter. Än mindre har det varit möjligt att få fram tillförlitliga uppgifter om hur stor andel av de intagna som är i

behov av sluten psykiatrisk vård och i vilken utsträckning sådan skall vara frivillig eller bestå i rättspsykiatrisk vård. Det står dock klart att de intagna har svårare att få sina psykiatriska vårdbehov tillgodosedda än övriga samhällsmedborgare. Kriminalvården har under ett flertal år haft svårigheter med att få de intagna under erforderlig psykiatrisk vård. Som en konsekvens härav störs emellanåt den dagliga verksamheten i anstalterna av vissa intagna, som är i behov av vård eller andra stödåtgärder. Dessa problem förefaller att ha förvärrats under senare år.

De intagna som är psykiskt störda utgör dock en liten patientgrupp jämfört med övriga psykiskt störda. Detta har sannolikt bidragit till att den allmänna sjukvården ibland visat ett begränsat intresse för ifrågavarande patientgrupp. Till detta kommer att utvecklingen inom den allmänna psykiatrin har inneburit att behandlingsresurserna i ökad utsträckning inriktas på öppen vård. Det har en varit en medveten strävan att behovet av psykiatrisk vård i första hand skall mötas med öppen vård. Antalet platser för sluten vård har till följd härav minskats, vilket har medfört att antalet personer med psykiska störningar som vistas ute i samhället har ökat. Under lång tid har dessutom kriminalvårdens egna psykiatriska vårdresurser starkt reducerats.

Det finns även en långsiktig trend mot ett minskat antal domstolsöverlämnanden till rättspsykiatrisk vård. Vidare förekommer, som tidigare nämnts, ett ökat antal personer med psykiska störningar ute i samhället, av vilka några någon gång torde komma att begå brott. Mot bakgrund härav har under senare år de problem som sammanhänger med en ökad förekomst av olika psykiska störningstillstånd bland kriminalvårdens intagna accentuerats. Anstaltspersonalen ser tecken på att de intagna i ökad utsträckning är i behov av psykiatrisk vård eller andra stödåtgärder. Samtidigt är man inom den allmänna psykiatrin inriktad på att vården främst skall vara öppen och ges i frivillig form, vilket får återverkningar för kriminalvården.

Vidare förekommer inte sällan att kriminalvården och den allmänna psykiatrin i enskilda fall gör olika bedömningar av om en intagen bör ges sluten psykiatrisk vård och om hur lång tid vården bör pågå. Särskilda problem uppkommer ofta när behov av sluten psykiatrisk vård antas föreligga hos en intagen, som är placerad i en anstalt belägen utanför hans hemlandsting. Vårdinrättningarna är nämligen i sådana fall ofta obenägna att ge s.k. utomlänsvård. Ibland råder olika uppfattningar om vilket landsting som är den intagnes hemlandsting. I landsting som har en långtgående uppdelning i sjukvårdsområden och sektorer förekommer liknande problem även med avseende på sektorernas upptagningsområde. Vidare förekommer fall där vård vägras efter andra praktiska överväganden från den allmänna psykiatrins sida, såsom bevaknings- eller säkerhetsaspekter.

Mot bakgrund av de problem som föreligger beträffande de intagna som har någon form av psykiska besvär lämnar vi i det följande förslag till vissa åtgärder. Ett syfte är därvid att klargöra vem som har ansvaret för den psykiatriska vården. Våra förslag avser även att förbättra samarbetet mellan kriminalvården och sjukvårdshuvudmännen. Vidare syftar förslagen till att förbättra möjligheterna till att de intagna erhåller den psykiatriska vård de är i behov av. Förslagen avser även att hålla förväntningarna på psykiatrins möjligheter på en realistisk nivå.

Som tidigare anförts har det med hänsyn till den begränsade tid som stått till vårt förfogande inte varit möjligt att göra någon undersökning som ger en säker bild av vilka behov av psykiatrisk vård och behandling som föreligger bland de intagna. Det har därför inte varit möjligt att uppskatta kostnaderna för olika åtgärder beträffande behandlingen av de psykiskt störda.

2.11.2 Ansvaret för den psykiatriska vården

Mot bakgrund av kriminalvårdens problem med de psykiskt störda finns det anledning att överväga om ansvaret för den psykiatriska vården skall ändras. Därvid inställer sig frågan om huvudmannaskapet för den psykiatriska vården skall flyttas över från nuvarande sjukvårdshuvudmän till kriminalvården.

Om man vill förbättra möjligheterna att tillgodose de intagnas behov av sluten psykiatrisk vård, ligger det nära till hands att överväga en ordning som innebär att det inom kriminalvården inrättas ett sjukhus för psykiatrisk vård. Fördelen med en sådan lösning skulle vara att man slipper de problem som kan uppkomma vid beredande av utomlänsvård. Vidare skulle man lättare kunna tillgodose de bevaknings- och säkerhetssaspekter som kan göra sig gällande. Om ett sådant sjukhus inrättas, måste det krävas att det hos patienten föreligger psykisk störning till samma art och grad som krävs för vård på psykiatrisk vårdinrättning ute i samhället. Detsamma bör gälla med avseende på vårdbehovets omfattning. Detta innebär att ett sjukhus i kriminalvårdens regi måste följa den allmänna psykiatrins utveckling mot öppnare vårdformer och minskad användning av tvång.

På ett inom kriminalvården inrättat sjukhus skulle såväl rättspsykiatrisk som frivillig sluten psykiatrisk vård kunna ges de intagna. På ett sådant sjukhus vore det naturligt att ta emot såväl intagna från kriminalvårdsanstalterna som häktade, eftersom även de allmänna häkten tillhör kriminalvårdens verksamhetsområde. Ett särskilt psykiatriskt kriminalvårdssjukhus skulle således innebära att staten blir sjukvårdshuvudman såvitt avser psykiatrisk vård åt anhållen, häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt. Det skulle vara en återgång till

äldre förhållanden där den psykiatriska vården låg på staten och således var skild från den övriga sjukvården.

Beträffande sådana psykiskt störda personer som av domstol överlämnats till rättspsykiatrisk vård skall även framdeles vården meddelas av nuvarande sjukvårdshuvudmän. Det vore emellertid inte ändamålsenligt att låta dela upp den rättspsykiatriska vården på två olika sjukvårdshuvudmän beroende på om patienten överlämnats av domstol eller om hans vårdbehov anmälts av kriminalvården. Även om den ordningen införs att en intagen vid behov skall ges sluten psykiatrisk vård på ett sjukhus inom kriminalvården, måste han vid frigivningen överföras till den allmänna sjukvården, om det då alltjämt föreligger behov av sluten psykiatrisk vård. En uppdelning av sjukvården på olika huvudmän kan medföra ytterligare praktiskt betingade svårigheter, som kan vara svåra att förutse. Det kan inträffa att en patient med psykiska störningar är i behov även av somatisk vård, varvid olika huvudmän skulle ha vårdansvar för vederbörandes olika sjukdomar. Situationen kan kompliceras ytterligare om den intagne dessutom är i behov av behandling för drogmissbruk, varvid ytterligare en huvudman kan bli berörd.

Även om det inrättas ett särskilt sjukhus för kriminalvårdens intagna kan det uppstå problem när en intagen behöver överföras till psykiatrisk vård utanför kriminalvården. Förekomsten av ett särskilt psykiatriskt sjukhus inom kriminalvården, kommer nämligen sannolikt att medföra att den allmänna psykiatrin i stor utsträckning kommer att hänvisa de intagna till detta. Ett sådant sjukhus måste därför tillföras resurser i sådan omfattning att det kan behandla alla slags psykiska störningar, som anses behandlingsbara inom psykiatrin. Det kommer därför ofrånkomligen att bli mycket kostsamt om kriminalvården i egenskap av sjukvårdshuvudman för ett mycket begränsat antal patienter skall nödgas bygga upp specialistkompetens inom hela det psykiatriska fältet. En ordning med parallella vårdresurser under två olika slags huvudmän kommer att ge påtagliga merkostnader jämfört med att vården hålls samlad under de huvudmän, som redan har kompetens på det aktuella området.

Av skäl som anförts i det föregående måste ett psykiatriskt sjukhus inom kriminalvården tillföras en väl kvalificerad personal. Även om kriminalvården driver ett eget psykiatrisk sjukhus måste detta med hänsyn till normaliseringsprincipen upprätthålla samma vårdkvalité och behandlingsresultat som de psykiatriska vårdinrättningarna inom den allmänna sjukvården. Förutom bl.a. psykologer, kuratorer och mentalskötare måste det vid ett sådant sjukhus finnas heltidsanställda psykiatrer. Det torde inte i någon större utsträckning vara möjligt att använda sig av konsultpsykiatrer på ett psykiatriskt sjukhus, eftersom medicinsk kompetens måste finnas tillgänglig dygnet runt. Det har emellertid varit svårt för kriminalvården att rekrytera psykiatrer, vilket omnämnts redan i de utredningar som föregick 1974 års kriminalvårds-

reform. Även inom den allmänna psykiatrin förekommer det för närvarande på sina håll att psykiatertjänster är obesatta. Vi befarar att kriminalvården under överskådlig tid kommer att ha mycket svårt att erhålla tillräckligt med kvalificerade psykiatrer för att driva ett psykiatriskt sjukhus med tillfredsställande vårdkvalité.

Vidare föreligger påtagliga svårigheter att inom kriminalvården skapa en vårdmiljö med bra behandlingsklimat, eftersom verksamhet där i första hand har till syfte att verkställa straff. Även om man inom ramen för kriminalvården bygger upp ett regelrätt psykiatriskt sjukhus, går det inte att bortse från att man inte uppnår en lika god vårdmiljö som inom den allmänna sjukvården. En inom kriminalvården bedriven sjukhusvård kommer att vara isolerad från den allmänna vården, vilket kommer att försvåra för den att följa utvecklingen inom psykiatrin. Därmed riskeras vårdkvalitén för de intagna även på längre sikt.

Kriminalvården har för närvarande en besvärlig beläggningssituation. Sannolikt kommer det även en tid framöver att råda viss platsbrist inom kriminalvården. Det finns mot denna bakgrund en risk för att ett sjukhus inom kriminalvården kommer att pressas till att ta emot intagna, som egentligen inte är i behov av sluten vård eller för vilka det inte finns någon behandling. Därmed riskeras åter vårdkvalitén. En grundläggande utgångspunkt måste för övrigt vara att personer utan vårdbehov skall varken placeras på sjukhus eller underkastas sjukvårdsbehandling.

Tilläggas kan att kriminalvårdsklientelet under de senaste avslutade verksamhetsåren har erhållit psykiatrisk vård inom den allmänna sjukvården i betydligt större utsträckning än under de närmast föregående verksamhetsåren. Under verksamhetsåret 92/93 uppgick den sålunda erhållna vården till drygt 6 000 vårddagar mot 3 000-4 000 under åren dessförinnan. Detta kan jämföras med att Psykiatriutredningen bedömt att behovet av sluten psykiatrisk vård för kriminalvårdens klienter kan komma att uppgå till 9 000-11 000 vårddagar per år. Om denna ökning beror på att den allmänna sjukvården blivit mer benägen att vårda intagna från kriminalvården eller på att andelen psykiskt störda ökat är oklart. Det finns därför goda skäl att i vart fall ännu någon tid avvakta de förändringar som håller på att ske beträffande omfattningen av den inom den allmänna sjukvården erhålla psykiatriska vården.

Med hänsyn till det anförda är vi av den uppfattningen att något psykiatriskt sjukhus inte bör inrättas inom kriminalvården. Ansvaret för sjukhusvården bör över huvud inte delas upp ytterligare utan ligga kvar på nuvarande sjukvårdshuvudmän. I vart fall bör inte likartad sjukhusvård fördelas på fler huvudmän.

Rättsmedicinalverket har föreslagit att verkets rättspsykiatriska avdelningar skall ges möjlighet att ge rättspsykiatrisk vård även efter det att rättspsykiatrisk undersökning har slutförts. Vidare har verket föreslagit att nämnda avdelningar skall få ge sådan vård även åt

intagna i kriminalvårdsanstalt. Verket kan erbjuda 25 vårdplatser fördelat på sina tre rättspsykiatriska avdelningar.

Vårt uppdrag avser enbart behandlingen av intagna i kriminalvårdsanstalt. Vi lämnar därför inte något förslag beträffande sådana personer som inte dömts till fängelse. Enligt vår mening skall även frivillig sluten psykiatrisk vård kunna ges vid de inrättningar som får ge rättspsykiatrisk vård. Psykiatriutredningen har beräknat behovet av sluten psykiatrisk vård för anhållna, häktade och i kriminalvården intagna till motsvarande 25-30 vårdplatser. Det bör för att motverka omflyttningar av vårdbehövande vara möjligt att på samma vårdinrättning vårda samtliga nu tre nämnda kategorier. Den slutna psykiatriska vård den allmänna sjukvården under verksamhetsåret 92/93 lämnat häktade och i kriminalvård intagna motsvarar 18,5 vårdplatser. Det kan antas att denna vård kommer att öka ytterligare. Med hänsyn härtill föreligger det en risk för att Rättsmedicinalverket inte har kapacitet att tillgodose kriminalvårdens samlade behov av sluten psykiatrisk vård. Den omständigheten att verket kan ge vård på endast tre orter talar också mot att verket bör svara för kriminalvårdens totala behov av sluten psykiatriska vård.

Ett annat alternativ kan vara att låta Rättsmedicinalverket dela huvudmannaskap med nuvarande sjukvårdshuvudmän. Det är, som anförts ovan, enligt vår mening emellertid olämpligt att splittra den psykiatriska vården av intagna i kriminalvårdsanstalt på fler huvudmän än som förekommer idag. Med hänsyn till att vi, som framgår av avsnitt 2.11.5.2, inte föreslår att kriminalvården generellt skall betala för vård av intagna uppkommer finansieringssvårigheter med en ordning där Rättsmedicinalverket i vissa fall skall ha huvudmannaskapet för den slutna vården. Den av oss föreslagna ordningen att huvudmannaskapet skall ligga kvar på nuvarande sjukvårdshuvudmän utgör dock i sig inte något hinder mot att sjukvårdshuvudmännen liksom hittills köper vårdplatser hos Rättsmedicinalverket. Socialstyrelsen har anfört att verksamheten vid RMV:s rättspsykiatriska avdelningar bör renodlas så att den undersökande verksamheten inte sammanblandas med vårdverksamhet. Ett skäl för detta är det inte skall kunna ifrågasättas att man uppfyller de krav på objektivitet och opartiskhet som gäller vid utförandet av rättspsykiatriska undersökningar. Vi har emellertid inte tagit ställning till om det från undersökningssynpunkt är lämpligt att RMV:s rättspsykiatriska avdelningar även vårdar lagöverträdare som dömts till fängelse. Denna fråga får prövas i annat sammanhang.

Enligt vårt förslag skall sjukvårdshuvudmännen alltjämt ha ansvaret för vården och organisera den på det sätt man anser lämpligt.

Den som har ansvaret för den ordinarie sjukhusvården bör således i aktuellt hänseende ha ansvar även för de intagnas inom kriminalvården psykiatriska sjukvård. Däremot ankommer det på kriminalvården att anmäla intagens behov av sluten psykiatrisk vård till sjukvårdshu-

vudmännen. Konstaterar därefter läkare vid en mottagande vårdinrättning att det föreligger behov av sluten psykiatrisk vård i frivillig form eller som rättspsykiatrisk vård är det sedan sjukvårdshuvudmannen som har ansvaret för att sådan vård kommer till stånd. Intagen som uppvisar ett beteende som tyder på någon form av psykisk störning för vilken det inte är påkallat med sjukhusvård skall enligt vårt förslag, vilket närmare redovisas i det följande avsnittet, vara placerad i anstalt.

2.11.3 Differentiering med avseende på de intagnas psykiska tillstånd

Den nya lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård kan ses som ett uttryck för inställningen till frågan i vilken utsträckning vård skall vara öppen eller sluten samt i vad mån den slutna vården skall vara frivillig eller ske med tvång. Under senare år har den förhärskande uppfattningen varit att psykiatrisk behandling i första hand skall ske i öppna former. På vetenskapens nuvarande ståndpunkt är det dessutom så att någon behandling för vissa former av personlighetsstörningar inte står till buds. Den nya lagstiftningen medför att vissa kategorier som tidigare överlämnades till sluten psykiatrisk vård numera döms till fängelse i stället. Detta tar sig bl.a. uttryck i att domstolarna överlämnar färre till vård. Har en person dömts till fängelse, måste utgångspunkten därför vara att han skall verkställa straffet i kriminalvårdsanstalt även om han i anstalten uppträder på ett sätt som kan vara starkt störande för såväl medintagna som personal.

En intagen, som har en psykisk störning av sådan art och grad att han är i behov av psykiatrisk sjukvård, skall dock erhålla sådan i samma utsträckning som övriga medborgare. Bedöms han vara i behov av sluten vård, skall kriminalvården för undersökning låta föra över honom till den vårdinrättning som sjukvårdshuvdmannen anvisar. Visar det sig vid en sådan undersökning att han är i behov av sluten psykiatrisk vård, ankommer det därefter på sjukvårdshuvudmannen att tillse att sådan kommer till stånd. Kriminalvårdens ansvar för den intagne är därefter begränsat till bevakningsuppgifter, såvida inte den intagne placeras på vårdinrättning vars personal har befogenhet att utföra sådana uppgifter. Föreligger det behov av öppen vård skall patienten alltjämt vara placerad i anstalt. Det får efter en lämplighetsbedömning i det enskilda fallet avgöras om patienten skall erhålla vården i anstalten eller om han vid vårdtillfällena skall besöka vårdinrättning ute i samhället.

Beroende på omständigheterna i det enskilda fallet kan det vid transport av intagen till psykiatrisk vårdinrättning i akuta fall finnas skäl att använda ambulans. Vid t.ex. svårt orostillstånd hos den intagne kan det finnas anledning att bälteslägga honom på bår för transport i

ambulans. Det ankommer emellertid på Kriminalvårdsstyrelsen att ange vilka rutiner kriminalvårdens personal bör tillämpa inför transport av intagna som är oroliga.

2.11.3.1 Stödavdelning

Bland de intagna förekommer personer som kan vara starkt störande för sin omgivning till följd av förhöjd aggressivitet eller andra speciella personlighetsdrag. Dessa torde delvis utgöras av intagna med personlighetsstörningar för vilka psykiatrin inte har någon behandling och skall normalt vara placerad i kriminalvårdsanstalt. Det ankommer på kriminalvården att ta hand om denna kategori.

För denna kategori bör det enligt vår mening inom kriminalvården inrättas specialavdelningar. Dessa skall genom särskilt stöd underlätta den intagnes straffverkställighet i anstalt samt avlasta andra avdelningar genom att överta intagna, som är starkt störande för sin omgivning. Tillvaron på dessa avdelningar bör struktureras på ett sätt som främjar de intagnas möjligheter att klara av anstaltsvistelsen med så skadeverkningar som möjligt. Den dagliga verksamheten bör ges en sådan utformning att de intagna trots sin psykiska störning i så stor utsträckning som möjligt kan klara sig i anstalten utan att råka in i konflikter. Stödavdelningarna skall vara så utformade att de kan ta hand om intagna som vållar särskilda problem med hänsyn till personlighetsstörning eller psykisk särart och för vilka psykiatrin inte kan ge någon behandling. Till denna grupp hör bl.a. vissa fall av personlighetsstörning.

Beträffande begreppet personlighetsstörning har vi från Socialstyrelsen under hand inhämtat följande. Med personlighetsstörning avses en psykisk störning som påverkar de beteenden eller karaktärsdrag som kännetecknar en individs funktionssätt såväl nuvarande som tidigare och som innebär ett subjektivt lidande och/eller en social eller yrkesmässig funktionsnedsättning. Symtomen är stabila över tid och situation samt är starkt integrerade med individens grundpersonlighet. Förståelsen av mekanismerna bakom dessa tillstånd är enligt Socialstyrelsen bristfällig. Det råder en stor osäkerhet om hur många olika slags personlighetsstörningar det finns, vad de har gemensamt och vad som skiljer dem åt. Bakgrunden till personlighetsstörningarna är komplex och innehåller biologiska och psykologiska såväl som sociala element. Ett internationellt diagnossystem, ICD-9, använder sig av 11 olika undergrupper av personlighetsstörningar medan ett USA-baserade diagnossystem, DSMIII, beskriver tre typer av personlighetsstörningar: en som är ångestrelaterad (5 separata diagnoser), en som innebär social gemenskapshämning (3 diagnoser) och en som karakteriseras av utagerande beteende och identitetsstörning (4 diagnoser). Dessa

diagnoser kan kombineras och varieras så att ett avsevärt antal olika kombinationer uppstår.

Frekvensen av personlighetsstörningar är enligt Socialstyrelsen, till skillnad från många andra psykiatriska diagnoser, starkt kulturberoende och varierar med de sociala förhållandena i ett land. Det går således inte att generalisera mellan olika länder och kulturer.

Personlighetsstörningarna är enligt Socialstyrelsen svårbehandlade på grund av att de är så integrerade med en individs sätt att vara, känna och handla. Ett vanligt problem är bristande behandlingsmotivation därför att patienten på grund av sin störning inte kan se sitt problem utifrån. I många fall är en "social korsettering" den bästa behandlingsmodellen. De sociala förhållandena kring patienten läggs då till rätta så att denne kan leva ett hyggligt liv trots sin störning.

De personlighetsstörningar som kan förväntas vara vanliga i kriminalvårdsanstalterna är i första hand av den utagerande typen. Dessa är i hög grad kopplade till missbruk. Frekvensen av personer med gemenskapshämning kan förväntas öka jämfört med normalbefolkningen. Det tycks även finnas en överrepresentation av personer med passivtaggressiv personlighetsstörning i svenska kriminalvårdsanstalter.

Ett stort problem inom kriminalvården är enligt Socialstyrelsen individer med antisocial personlighetsstörning (psykopati). Denna störning har biologiska såväl som sociala orsaker, debuterar tidigt och är med dagens metoder behandlingsresistent. Psykopati är i vår kultur i stort sett alltid kopplat med missbruk av måttlig eller svår grad, och med en betydligt förhöjd risk för våldskriminalitet. Psykopati ställer enligt Socialstyrelsen särskilda krav på struktur och hållning från personalens sida för att tillgodose säkerhet och dräglig miljö inom institutionen. Beträffande dessa föreligger också en förhöjd risk för misskötta permissioner, rymning och återfall i brott under pågående straffverkställighet.

Enligt vårt förslag skall på stödavdelning placeras intagna som har påtagliga svårigheter att klara av anstaltstillvaron till följd av sådan personlighetsstörning, som psykiatrin inte kan behandla. Även andra psykiska störningstillstånd för vilka psykiatrin för närvarande inte har någon behandling, skall enligt förslaget kunna föranleda placering på stödavdelning, om den intagne inte kan klara av tillvaron på annan avdelning utan att störa verksamheten där.

Det går inte att göra någon fullständig uppräkning av vilka psykiska tillstånd som skall kunna föranleda placering på stödavdelning. En bedömning måste alltid göras i det enskilda fallet. Stödavdelningen får inte uppfattas som något alternativ till psykiatrisk sjukhusvård utan den skall användas endast när det inte kan bli aktuellt med sådan vård och den intagne bedöms inte kunna vara placerad på normalavdelning. Sluten psykiatrisk vård skall inte ges på stödavdelningarna, varför det på dessa inte får placeras intagna som är i behov av sådan vård. Med hänsyn till att psykiatrin är föremål för en fortlöpande utveckling kan

det tänkas att vissa tillstånd som för närvarande inte anses behandlingsbara framdeles kan bli föremål för behandling. Det är därför av väsentlig betydelse att kriminalvården har tillgång till aktuell kunskap om utvecklingen inom psykiatrin. Den framtida utvecklingen kan således medföra förändringar av den krets intagna, som skall placeras på stödavdelning.

Normalt skall en nyintagen inte direktplaceras på en stödavdelning utan det måste först konstateras att det med hänsyn till hans förhållanden finns skäl för en sådan placering. Beträffande intagen som tidigare undergått straffverkställighet i anstalt och som således är känd inom kriminalvården kan dock direktplacering på stödavdelning bli aktuell. Psykiater eller psykolog skall i det enskilda fallet konstatera om förutsättningarna för placering på specialavdelning är uppfyllda, nämligen att den intagne till följd av sin psykiska särart har svårt att klara av anstaltsvistelsen och att det inte finns någon lämplig behandling för honom inom psykiatrin. För att fastställa om det finns någon lämplig behandlingsmetod inom psykiatrin kan man behöva remittera den intagne till en vårdinrättning.

Till en stödavdelning bör rekryteras bl.a. personal med mentalskötarutbildning. Vidare bör det på en sådan avdelning finnas tillgång till psykologiskt stöd åt personal och intagna. De föreslagna avdelningarna skall dock inte utgöra någon sjukvårdsinrättning utan är kriminalvårdsavdelningar, vars verksamhet regleras av bestämmelserna i KvaL eller den av oss föreslagna fängelselagen. Någon tvångsbehandling skall inte förekomma på stödavdelningarna.

De föreslagna avdelningarna får inte användas för att avhjälpa överbeläggning på andra avdelningar. Det bör finnas förhållandevis få intagna på varje stödavdelning för att förhållandena skall bli mer drägliga för intagna och personal. Vidare bör det vara en uttalad strävan att hålla antalet intagna på dessa avdelningar så litet som möjligt.

Enligt vår mening bör det inrättas några stödavdelningar så att de får en viss geografisk spridning. Det kan finnas skäl för att förlägga dem till anstalter som redan har s.k. psykiatrisk avdelning, men de får i sådant fall inte förväxlas med sådan avdelning. Däremot kan det vara en fördel med närheten till en sådan avdelning, eftersom det med kort varsel kan uppkomma behov av att få en intagen bedömd av psykiater. För att öka möjligheterna till ett lugnt socialt klimat kan det vara lämpligt att stödavdelningarnas lokaler utformas så att de jämfört med en normalavdelning får en något större yta per intagen. I samband med ny- eller ombyggnad av anstalter bör lokaler avsättas för stödavdelningar. I avvaktan på att nya lokaler kan inrättas får stödavdelningarna inrättas i befintliga lokaler.

Vi har inte något underlag för att ange hur många platser stödavdelningar sammanlagt bör ha. Kriminalvårdsstyrelsen har emellertid godkänt att ett forskningsprojekt "Psykisk hälsa bland fängelseintagna"

genomförs vid några anstalter. Resultaten från detta projekt bör avvaktas för bedömning av erforderligt antal platser på stödavdelningarna

2.11.3.2 Öppen psykiatrisk vård

Intagna med psykisk störningar, som inte kräver sluten vård, bör beroende på omständigheterna i det enskilda fallet placeras på normalavdelning eller sådan avdelning som i dag kallas psykiatrisk avdelning. I den mån de är i behov av öppenvård, bör denna i stor utsträckning kunna ske i anstalten, antingen av psykiater på psykiatrisk avdelning eller av psykiaterkonsult på normalavdelning. När så bedöms lämpligt bör en intagen även kunna besöka en vårdinrättning för öppen vård utom anstalten. Kriminalvårdens nuvarande s.k. psykiatriska avdelningar bör finnas kvar för dem som är i behov av viss psykiatrisk vård. Intagna som till följd av sin personliga särart är aggressiva och utagerande utan att mera kontinuerligt vara i behov av psykiatrisk vård bör däremot företrädesvis placeras på de föreslagna stödavdelningar och inte de psykiatriska avdelningarna.

2.11.4 Kriminalvårdens kompetens

Kriminalvårdens personal bör erhålla bättre kunskap om olika former av psykiska störningar, vilka av dessa som f.n. anses behandlingsbara, hur behandlingen är utformad och normala behandlingsresultat. Ett skäl härför är att personalen lättare skall kunna identifiera intagna som kan vara i behov av psykiatrisk vård. Vårdbehov kan nämligen finnas även bland intagna som är lugna och passiva, medan uppmärksamheten fokuseras på dem som stör verksamheten i anstalten. Genom ökade kunskaper om psykiatrin motverkas också uppkomsten av orealistiska förväntningar på vad psykiatrin kan åstadkomma beträffande personer som är störande för den dagliga verksamheten. Anstaltspersonal bör också tillföras ökad kunskap i hur man kan ta hand om intagna som är utagerande eller manipulerande.

Anstalterna bör vid bedömning av intagens psykiska tillstånd använda sig av vårdanknuten psykiater. I första hand bör man därvid använda sig av en psykiater med bred erfarenhet av psykiatrisk vård. Genom att anlita en allmänpsykiater på konsultbasis vinns den fördelen att anstalten får tillgång till aktuell kunskap om förhållandena inom psykiatrin. Vidare ger en sådan ordning kriminalvården bättre insikt i vilka olika psykiska tillstånd som anses behandlingsbara. Det skulle i hög grad underlätta samarbetet med den allmänna sjukvården om en psykiater vid den psykiatriska vårdinrättning som anstalten normalt skall vända sig till kan fungera som anstaltens konsultpsykiater. På så

sätt minskas risken för att vårdinrättning och den av anstalten anlitade läkaren gör helt skilda bedömningar. Det faller sig också naturligt att en konsultpsykiater kommer att bibringa den vårdinrättning där han har sin huvudsakliga tjänsteutövning en ökad förståelse för kriminalvårdens problem.

Fråga är inte om att utbilda vårdarna till mentalskötare. Däremot bör de på ett systematiskt sätt och fortlöpande bibringas allmänna kunskaper om olika störningstillstånd och psykiatriskt behandlingsarbete. Av anstalten anlitad konsultpsykiater bör kunna svara för viss informationsverksamhet inom anstalten. Därutöver bör det på central nivå fortlöpande anordnas kurser i nu berörda frågor. Hur dessa kurser skall utformas bör avgöras av Kriminalvårdsstyrelsen. Med hänsyn till att psykiatrin undergår en fortlöpande utveckling är det av väsentligt betydelse att vårdare som redan erhållit baskunskaper får viss fortbildning. Vilka störningstillstånd som anses behandlingsbara kan nämligen växla över tiden. Kriminalvården måste också ha en utbildningsberedskap för nyanställda vårdare. Vid nyrekrytering av vårdare kan det i vissa fall finnas skäl att tillmäta genomgången mentalskötarutbildning särskild vikt.

Vidare bör kriminalvården på central nivå ha tillgång till psykiater med omfattande erfarenhet från praktiskt behandlingsarbete inom den allmänna psykiatrin. Denne bör ansvara för övergripande frågor beträffande behandlingen av psykiska störningar eller besvär. Han bör på ett övergripande sätt svara för att samarbete kommer till stånd med sjukvårdshuvudmännen. Vidare bör han ansvara för kriminalvårdens utbildning av vårdarna. Han bör även kunna medverka när det vid en anstalt uppstår konkreta samarbetsproblem med den allmänna psykiatrin. Anstaltens konsultpsykiater bör kunna rådgöra med denne när det uppkommer problem av mera organisatorisk art. Meningen är dock inte att en psykiater på central nivå skall bedriva någon egentlig operativ verksamhet i det enskilda fallet.

2.11.5 Utomlänsvård

2.11.5.1 Ansvarsfördelningen mellan hemlandsting och vistelselandsting

Många av de intagna är placerade i en kriminalvårdsanstalt, som är belägen utanför hemlandstinget. Vid beredande av sluten psykiatrisk vård inställer sig särskilda problem när det gäller denna kategori. Om vård som inte är akut skall ges av det landsting där den intagne vistas (utomlänsvård) måste först överenskommelse träffas med den intagnes hemlandsting för att detta skall svara för vårdkostnaderna. Beroende på den intagnes levnadsförhållanden kan det ibland vara förenat med stora svårigheter att fastställa i vilket landsting han skall anses bosatt.

I avvaktan på utredning därom är vårdinrättningarna ofta obenägna att ge vård. Det förekommer även att ett landsting är mindre benäget att svara för vårdkostnaderna när den intagne är folkbokförd inom landstinget men det kan ifrågasätts om han inte skall anses bosatt i ett annat landsting.

Som vi redovisat i avsnitt 2.5.3 fick intagna i kriminalvårdsanstalt under budgetåret 92/93 sluten psykiatrisk vård inom den allmänna sjukvården vid totalt 116 vårdtillfällen. Härav utgjorde 41 procent utomlänsvård. Särskild uppmärksamhet måste därför riktas mot problematiken kring anordnandet av psykiatrisk utomlänsvård. Det måste ifrågasättas om formella skäl såsom att patienten tillhör eller ifrågasätts tillhöra ett annat landsting skall få utgöra hinder mot erhållande av vård. I sådana fall när fråga inte är om akutvård utgör nämligen en sjukvårdsinrättnings vägran att ge vård på grund av faktisk eller ifrågasatt felaktig landstingstillhörighet hos patienten ett vårdhinder av rättslig natur. Till skillnad från andra vanligen förekommande skäl för att vägra intagen i kriminalvårdsanstalt vård grundas prövningen i dessa fall inte på en bedömning av den intagnes psykiska tillstånd eller vårdbehov.

Den omständigheten att en intagen placerats i en anstalt utanför sitt hemlandsting innebär att han med tvång vistas i annat landsting. Detta skall enligt vår mening inte få föranleda att hans möjligheter att få psykiatrisk vård försämras. Vid behov av sluten psykiatrisk vård bör därför gälla att sådan skall ges av vistelselandstinget oberoende av om det har träffats överenskommelse därom med patientens hemlandsting. Med hänsyn till det tvång som är förenat med den intagnes placering finns det skäl för att ålägga vistelselandstinget vårdansvar för honom. Samma ordning bör således tillämpas som vid akutvård. När det är fråga om vård som inte är akut bör vistelselandstingets vårdansvar dock begränsas till psykiatrisk vård. Vistelselandstinget skall äga rätt att debitera den intagnes hemlandsting för genomförd psykiatrisk vård utan att landstingen kommit överens om detta i förväg.

Till skillnad från flertalet andra problem rörande behandlingen av psykiskt störda är problematiken kring utomlänsvården väsentligen av rättslig natur. Ifrågavarande problem kan lösas på så sätt att det mellan sjukvårdshuvudmännen ingås överenskommelser om att den sjukvårdshuvudman inom vars områden en kriminalvårdsanstalt är belägen skall svara för den psykiatriska vården åt de intagna. Ett annat sätt att lösa ifrågavarande problem är att ändra lagstiftningen. Enligt vår uppfattning bör det anges i 4 § HSL att landstinget skall erbjuda psykiatrisk vård åt intagen i kriminalvårdsanstalt, som är belägen inom landstingets upptagningsområde. Genom att införa bestämmelser om en sådan ansvarsfördelning i HSL motverkas problemen kring den psykiatriska utomlänsvården.

Det förekommer att landsting i sin planering av den psykiatriska vården inte beaktat det vårdbehov av akut eller annat slag som kan

föreligga vid kriminalvårdsanstalter som är belägna i landstinget. För att uppmärksamma landstingen på att de måste planera sin verksamhet så att de kan tillgodose vårdbehoven inom kriminalvården bör det i 7 § HSL föreskrivas att landstingen vid planering av sin hälso- och sjukvård även skall beakta behovet av psykiatrisk vård hos de intagna i kriminalvårdsanstalt.

Efter att en intagen lagts in för vård bör vistelselandstinget, om det föreligger särskilda skäl härför och överenskommelse träffas därom kunna låta överföra patienten till vårdinrättning i hans hemlandsting. En förutsättning är givetvis att även kriminalvården godtar en sådan överflyttning. Särskilda skäl för att överföra en patient till en vårdinrättning i hemlandstinget kan vara att han tidigare har vårdats där, att pågående vård bedöms bli långvarig eller att den kommer att fortsätta efter frigivning. Vistelselandstinget skall dock inte kunna vägra påbörja vård i avvaktan på sådan överenskommelse.

2.11.5.2 Betalningsansvar för kriminalvården

Psykiatriutredningen har föreslagit att kriminalvården skall tilldelas medel för att betala för psykiatriska vårdplatser för de intagna. Även om en sådan ordning tillämpas, måste läkare vid anlitad vårdinrättning i varje enskilt fall göra en bedömning av om förutsättningarna för att ge patienten psykiatrisk vård är uppfyllda. Oavsett de ekonomiska betingelserna är det alltid den vårdgivande läkaren som har att besluta om förutsättningarna för vård är uppfyllda eller ej. Anser denne att det saknas anledning till psykiatrisk sjukhusbehandling, skall den intagne återsändas till anstalten. Ett generellt betalningsansvar för kriminalvården medför således inte någon garanti för att psykiatrisk sjukhusvård kommer till stånd så snart kriminalvården anser att så skall ske. De problem som sammanhänger med att remitterande läkare inom kriminalvården och läkare på mottagande vårdinrättning har olika uppfattning om en intagens vårdbehov torde inte nämnvärt påverkas av om kriminalvården betalar för vården. För övrigt torde det inte vara förenligt med normaliseringsprincipen att de intagna skall kunna köpa sig bättre plats i vårdkön.

En fördel med att låta kriminalvården betala för vården är dock att problemen att få till stånd psykiatrisk utomlänsvård därigenom skulle minska, eftersom man då inte behöver fastställa vilket som är patientens hemlandsting. Vidare slipper man omgången med överenskommelser mellan landstinget. Med hänsyn till vårt förslag beträffande ansvarsfördelningen mellan landstingen bör emellertid vård utanför den intagnes hemlandsting framdeles lättare komma till stånd utan att kriminalvården skall svara för vårdkostnaden.

En ordning enligt vilken kriminalvården skall betala för sluten psykiatrisk vård åt intagen i kriminalvårdsanstalt bör underlätta för

kriminalvården att i det enskilda fallet styra valet av vårdinrättning. Genom att betala för vården kan kriminalvården lättare få intagna placerade på en vårdinrättning som får ge intagna rättspsykiatrisk vård. Därigenom skulle kriminalvården i flertalet fall slippa ombesörja bevakning med egen personal. Vårdplatserna på sådana vårdinrättningar torde dock betinga ett högre pris än på andra psykiatriska vårdinrättningar, vilket skulle medföra att kriminalvården ändå får bära kostnaderna för bevakningen.

Bedömningen av om en intagen skall få sluten psykiatrisk vård skall normalt inte påverkas av om kriminalvården betalar för vården. De problem som är förknippade med beredande av utomlänsvård kan motverkas genom att vistelselandstinget åläggs ett vårdansvar för de intagna. Om kriminalvården skall svara för vårdkostnaderna, kommer det att medföra att bevakningskostnaderna för intagna som vårdas på vårdinrättning som är godkänd för vård enligt LRV kommer att övervältras på kriminalvården. Det framstår heller inte som ändamålsenligt att ge betalningsansvaret för den psykiatriska vården en annan utformning än den som gäller vid somatisk vård. Med hänsyn till det anförda anser vi därför att det inte finns tillräckliga skäl för att införa en ordning enligt vilken kriminalvården generellt skall betala för psykiatrisk sjukhusbehandling av intagna. Däremot måste kriminalvården framdeles liksom hittills betala för vård av sådana intagna som inte omfattas av den allmänna sjukförsäkringen.

2.11.6 Samarbetet mellan kriminalvården och sjukvårdshuvudmännen

Kriminalvården måste ta upp diskussioner med sjukvårdshuvudmännen för att man skall lösa olika praktiska frågor. Dessa diskussioner bör föras på flera olika nivåer. Övergripande frågor kan lämpligen delvis handläggas av den psykiater som enligt vårt förslag bör knytas till Kriminalvårdsstyrelsen. Vidare finns det behov av förhandlingar även på regional nivå. Kriminalvårdens regionmyndigheter bör genom förhandlingar med sjukvårdshuvudmännen i varje landsting få fastställt till vilken vårdinrättning respektive anstalt skall vända sig när intagen anses ha behov av psykiatrisk sjukhusvård. Med hänsyn till förslaget att lägga vårdansvaret på vistelselandstinget skall en anstalt normalt kunna vända sig till en vårdinrättning inom det landsting i vilket anstalten är belägen.

Kriminalvården bör efter förhandlingar med sjukvårdshuvudmännen kunna upprätta fasta rutiner för hur anstaltspersonalen skall förfara när det hos en intagen uppkommer behov av psykiatrisk vård. Anstaltspersonalen och anstaltens konsultpsykiater skall således på förhand ha kännedom om vilken vårdinrättning som skall kontaktas om det uppkommer ett psykiatrisk vårdbehov. Kriminalvården skall inte behöva

ta kontakt med flera olika vårdinrättningar för att få en intagen psykiatriskt bedömd eller behandlad. Att det skall finnas fasta rutiner för hur anstaltspersonal och konsultpsykiater skall handlägga ifrågasatta behov av psykiatrisk sjukhusvård innebär inte att man i det enskilda fallet alltid är bunden av dessa. En ordning med vissa fasta rutiner är nämligen avsedd enbart att underlätta att få ett uppkommet psykiatrisk vårdbehov tillgodosett. Det kan tänkas att man någon gång, särskilt i akutfall, kan behöva frångå de fasta rutinerna för att en intagen som är i behov av vård inte skall behöva förorsakas onödigt lidande.

Om kriminalvården anser att en intagen skall överföras till en vårdinrättning för undersökning eller behandling, skall den intagne transporteras till en sådan inrättning. Av praktiska skäl kan det många gånger vara lämpligt att per telefon först meddela att man kommer med en intagen.

Det bör åligga varje sjukvårdshuvudman att hålla de anstalter som är belägna inom dennes upptagningsområde underrättade om till vilken vårdinrättning kriminalvården skall vända sig när en intagen bedöms vara i behov av sådan psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses inom anstalten. Den omständigheten att vistelselandstinget skall ha ansvar för den psykiatriska vården utesluter i och för sig inte att landstinget köper vårdplatser av ett annat landsting eller av någon annan vårdgivare. Det bör därför vara en skyldighet för vistelselandstinget att hålla varje anstalt inom landstinget informerad om vilken vårdinrättning som vid behov skall ta emot kriminalvårdens intagna. Konstaterar den angivna vårdinrättningen i det enskilda fallet att vård skall ges är det därefter landstinget som har ansvaret för att sådan kommer till stånd.

2.11.7 Bevakningsfrågor

I 37 § sista stycket KvaL föreskrivs att beträffande behandlingen av intagen som för vård överförts till en sjukvårdsinrättning som får ge rättspsykiatrisk vård åt kriminalvårdens intagna tillämpas bestämmelserna i 18-24 §§ LPT. Detta innebär bl.a. att sjukvårdspersonalen på en sådan vårdinrättning får hindra en intagen från att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han skall vistas. Om den intagne för frivillig psykiatrisk vård eller rättspsykiatrisk vård placeras på en sådan vårdinrättning skall sjukvården således normalt svara för bevakningen av patienten. Det har förekommit att sjukvården inte känt till de befogenheter som vid frivillig vård tillkommer sjukvårdspersonalen vid dessa vårdinrättningar. En förklaring kan vara att den bestämmelse som ger sjukvårdspersonalen dessa befogenheter finns i kriminalvårdslagstiftningen. Sjukvårdshuvudmännen bör tillse att vårdpersonalen får information om vilka befogenheter den äger rätt

att vidta beträffande kriminalvårdens intagna vid såväl frivillig psykiatrisk vård som rättspsykiatrisk vård.

Beträffande vissa intagna, som är placerade på säkerhetsavdelning, får kriminalvården bistå sjukvården i bevakningshänseende även när den psykiatriska vården ges på sjukvårdsinrättning som är godkänd för rättspsykiatrisk vård. Sjukvården kan nämligen i dessa fall inte tillgodose de starka säkerhetskrav som kan föreligga beträffande sådana intagna. Placeras den intagne på en annan psykiatrisk vårdinrättning än som nu nämnts, åligger det alltid kriminalvården att svara för bevakning, när sådan bedöms erforderlig.

Det bör enligt vår uppfattning även framdeles ankomma på sjukvårdshuvudmännen att svara för placeringen av patienter, som är intagna i kriminalvårdsanstalt, på lämplig vårdinrättning. En annan ordning skulle allvarligt försvåra för sjukvården att ge en adekvat vård och planera sin verksamhet. Därvid måste sjukvården i stor utsträckning godta kriminalvårdens bedömning av säkerhetskraven i det enskilda fallet. I annat fall nödgas kriminalvården att svara för bevakningen av intagna som erhåller sluten psykiatrisk vård på frivillig grund.

För att hålla nere det allmännas kostnader för bevakning anser vi att patienter från kriminalvårdens slutna anstalter vid frivillig vård i första hand bör placeras på vårdinrättning som godkänts för rättspsykiatrisk vård av denna patientgrupp. Särskilt vid frivillig vård som bedöms bli långvarig är det angeläget att sjukvårdshuvudmännen placerar den intagne på en rättspsykiatrisk vårdinrättning, eftersom det måste anses olämpligt såväl från behandlings- som från kostnadssynpunkt att kriminalvården under längre tid har bevakningspersonal på allmänt sjukhus.

Vilka vårdinrättningar som får ge rättspsykiatrisk vård åt intagna inom kriminalvården beslutas som tidigare nämnts av regeringen. Det har förekommit att Kriminalvårdsstyrelsen för sin del tillstyrkt att en vårdinrättning godkänns för rättspsykiatrisk vård, medan Riksåklagaren avstyrkt med motivering att vårdinrättningen inte uppfyllt de krav som måste gälla beträffande vissa anhållna eller häktade. Om anhållna eller häktade med s.k. åklagarrestriktioner skall ges rättspsykiatrisk vård på en vårdinrättning, medför det ökade säkerhetskrav på vårdinrättningen jämfört med att enbart intagna i kriminalvårdsanstalt skall ges sådan vård där. I syfte att förbättra tillgången på vårdplatser för rättspsykiatrisk vård för kriminalvårdens intagna bör vårdinrättningar kunna godkännas för rättspsykiatrisk vård åt enbart intagna och inte åt anhållna eller häktade. För att ytterligare öka tillgången på vårdplatser kan man överväga att godkänna vårdinrättningar för rättspsykiatrisk vård åt intagna för vilka säkerhetskraven är mindre starka. Vid godkännande av vårdinrättningar för rättspsykiatrisk vård åt intagna i kriminalvårdsanstalt kan det vara lämpligt att indela dessa i olika säkerhetsklasser, som kommer att svara emot den säkerhetsklassifice-

ring Kriminalvårdsstyrelsen kommer att åsätta kriminalvårdsanstalterna. Med ett sådant förfarande vinns den fördelen att en intagen i egenskap av patient inte kommer att vårdas med högre säkerhetskrav än som skulle ha gällt för honom vid placering i anstalt.

3 Behandlingen av män dömda för övergrepp mot kvinnor och barn

3.1 Inledning

Sexualbrott leder i de flesta fall till mycket allvarliga skadeverkningar för dem som drabbas därav. Ett våldtäktsbrott kan t.ex. leda till att den utsatta kvinnan får en mångårig skräck för att vara ensam eller för att lämna sin bostad. Ett sådant brott kan också leda till att offret kommer att känna stor olust och rädsla för sexualitet och annan närhet till män. Mot denna bakgrund är det inte förvånande att behandlingen av män som dömts för övergrepp mot kvinnor och barn, främst av sexuell art, sedan länge intar en särställning inom kriminalvården. Det är uppenbarligen mycket angeläget att kraftfulla behandlingsinsatser sätts in, så att återfall förhindras i största möjliga utsträckning.

Våren 1991 gav riksdagen regeringen till känna att den verksamhet med behandling av personer, dömda för sexualbrott och våldsbrott, som bedrivits inom kriminalvården bör utökas och intensifieras ytterligare. Målet måste, enligt riksdagen, vara att de intagna som vill och har behov av det skall kunna få sådan behandling. Enligt våra direktiv skall vi klarlägga hur stort behovet är av sådan behandling och hur den av riksdagen angivna målsättningen bör förverkligas. I detta avsnitt behandlas dessa frågor.

3.2 Straffrättsliga regler

Bestämmelserna om sexualbrotten finns i 6 kap. brottsbalken (BrB). Dessa bestämmelser fick sin nuvarande utformning genom lagstiftning år 1984 (prop. 1983/84:105). Till grund för lagstiftningen låg i första hand 1977 års sexualbrottskommittés betänkande (SOU 1982:61) Våldtäkt och andra sexuella övergrepp.

Sexualbrottskommittén framhöll bl.a. att syftet med kriminalisering av olika gärningar såsom våldtäktsbrott, sexuella övergrepp utan våldsinslag och koppleri självfallet är att motverka förekomsten av dem och understödja den allmänt gällande moraluppfattningen att sådana

gärningar är förkastliga. Lagstiftningen bör däremot, enligt kommittén, inte påverka det frivilliga sexuallivet mellan vuxna människor. Våldtäkt är ett mycket allvarligt övergrepp, som är särskilt kränkande för den personliga integriteten. Övergreppet kan dessutom ofta vara förenat med en stark skräckupplevelse hos kvinnan. Mot den bakgrunden ansåg kommittén att samhällets reaktion i form av straff mot allvarliga övergrepp som våldtäkt måste skärpas. Det gäller att inpränta att varje människa har rätt till sexuell integritet och att man måste respektera när en annan människa avböjer sexuella inviter. Kommittén ansåg slutligen att någon mildring av straffmätningspraxis vid våldtäktsbrott inte borde komma i fråga. (SOU 1982:61 s. 61.)

De aktuella bestämmelserna i BrB har i huvudsak följande innehåll.

Enligt 1 § skall den som tvingar annan till samlag eller därmed jämförligt sexuellt umgänge genom våld eller genom hot som innebär eller för den hotade framstår som trängande fara dömas för våldtäkt. Lika med våld anses att försätta någon i vanmakt eller annat sådant tillstånd. Straffet för våldtäkt är fängelse i lägst två eller högst sex år. Om brottet med hänsyn till våldets eller hotets art eller omständigheterna i övrigt är att anse som mindre allvarligt, är straffet fängelse i högst fyra år.

För grov våldtäkt är straffet fängelse i lägst fyra och högst tio år. Vid bedömande av om brottet är grovt skall särskilt beaktas om våldet varit livsfarligt eller om den som begått gärningen tillfogat allvarlig skada eller allvarlig sjukdom eller, med hänsyn till tillvägagångssättet eller offrets låga ålder eller annars, visat särskild hänsynslöshet eller råhet.

Om förutsättningarna för ansvar för våldtäktsbrott enligt 1 § inte är uppfyllda kan ansvar komma i fråga enligt andra regler i 6 kap. BrB. Den som genom olaga tvång förmår någon till sexuellt umgänge döms sålunda enligt 2 § för sexuellt tvång, och den som förmår annan till sexuellt umgänge genom att allvarligt missbruka hans eller hennes beroende ställning eller genom att otillbörligt utnyttja att han eller hon befinner sig i vanmakt eller annat hjälplöst tillstånd eller lider av en psykisk störning döms enligt 3 § för sexuellt utnyttjande. Straffet är i båda fallen fängelse i högst fyra år.

För sexuellt utnyttjande av underårig skall enligt 4 § första stycket den dömas som har sexuellt umgänge med någon som är under 18 år och som är hans avkomling eller står under hans fostran eller för vars vård eller tillsyn han har att svara på grund av myndighets beslut. Straffet är fängelse i högst fyra år. Om den som begått gärningen har visat särskild hänsynslöshet mot den underårige eller om brottet på grund av dennes låga ålder eller annars är att anse som grovt, skall enligt andra stycket dömas för grovt sexuellt utnyttjande av underårig till fängelse i lägst två år och högst åtta år.

Enligt 5 § skall den som, i annat fall än som avses förut i kapitlet, har samlag med barn under femton år dömas för sexuellt umgänge med barn till fängelse i högst fyra år.

I 6 § finns straffbestämmelser för den som har samlag med eget barn eller dess avkomling liksom för den som har samlag med helsyskon.

Den som sexuellt berör barn under 15 år eller förmår barnet att företa eller medverka i någon handling med sexuell innebörd döms för sexuellt ofredande till böter eller fängelse i högst två år (7 §). Den sistnämnda gärningen avser också sådana fall där någon blottar sig för annan på sätt som är ägnat att väcka anstöt eller på annat sätt genom ord eller handling på ett uppenbart sedlighetssårande sätt uppträder anstötligt mot annan.

I 8 och 9 §§ finns bestämmelser om koppleri respektive grovt koppleri medan 10 § innehåller ett stadgande om förförelse av ungdom.

3.3 Brotten

Sedan början av 1950-talet har antalet intagna i kriminalvårdsanstalt som lagförts för sexualbrott stadigt ökat. Kriminalvårdsstyrelsen gör särskilda studier angående sexualbrottsdömda. Sedan det första mättillfället år 1987 har antalet intagna som dömts för sexualbrott fördubblats medan den totala intagningen ökat med 20 procent. Sålunda fanns i september 1987 159 intagna som dömts för denna typ av brott. I september 1989 hade antalet ökat till 226 för att den 1 oktober 1993 uppgå till 327 intagna.

Medianstrafftiden för de intagna den 1 oktober 1993 var, om man inte beaktar de livstidsdömda, tre år sex månader. Gruppen har en jämfört med andra grupper intagna förhållandevis hög medianålder, nämligen 38 år. Relativt få var under 25 år. Drygt 90 (29 %) av de intagna var utländska medborgare; av dessa skulle 28 utvisas ur landet efter verkställighetens slut. Av de sexualbrottsdömda hade 53 procent gjort sig skyldiga till våldtäkt eller grov våldtäkt. Cirka 30 procent hade dömts för grovt sexuellt utnyttjande av underårig. Återstoden fördelas tämligen jämt mellan övriga typer av sexualbrott.

En arbetsgrupp inom justitiedepartementet har nyligen granskat sexualbrottsligheten. Arbetsgruppen, som ägnat ökningen av sexualbrotten särskilt intresse, har i promemorian (Ds 1990:3) Kartläggning av våldtäktsbrotten framhållit bl.a. följande.

Antalet anmälda våldtäktsbrott ökade under perioden 1975-1988 med 73 procent. Arbetsgruppen fann att ökningen kunde väsentligen tillskrivas en kraftig ökning av kategorin fullbordade våldtäkter inomhus mot vuxna offer och till viss del av en kraftig ökning av våldtäkterna inomhus mot barn. Statistiken visade inte någon generell

ökning av våldtäktsbrotten. Den i sammanhanget kritiska kategorin var de fullbordade våldtäkterna inomhus mot vuxna. Beträffande denna kategori konstaterade arbetsgruppen att antalet brott per anmälan hade ökat markant under den aktuella tidsperioden. Delvis kunde detta förklaras av några speciella anmälningar med mycket stora brottstal. Andelen brott där den misstänkte var känd hade ökat markant. Det fanns tydliga och mönsterbrytande ökningar, när sexuella övergrepp hade debatterats i massmedia. Enligt arbetsgruppen tydde detta på att ökningen inom den kritiska kategorin berodde på ökning av en speciell typ av brott, nämligen de s.k. parvåldtäkterna. Dessa kännetecknas av att offret och gärningsmannen hade eller hade haft en relation till varandra och att övergreppen pågått en längre tid. De sexuella övergreppen utgjorde i regel bara en mindre del av gärningsmannens brottsbild, som dominerades av brott såsom misshandel, olaga hot, ofredande och hemfridsbrott. Ökningen av våldtäkter inomhus mot barn under åren 1988 och 1989 berodde enligt arbetsgruppen huvudsakligen på enstaka anmälningar med stort antal brott per anmälan. I många fall var gärningsmannen barnets biologiske fader.

Arbetsgruppen framhöll vidare att dessa slag av sexualbrott är exempel på våldsbrott med mycket höga mörktal. Marginella ökningar i anmälningsbenägenhet kan medföra kraftiga förändringar av den anmälda brottsligheten.

Antalet anmälningar av våldtäkter begångna utomhus, fortsatte arbetsgruppen, präglades av påtaglig konstans under den aktuella tidsperioden, bortsett från en ökning under år 1988. Arbetsgruppen hade inte funnit någon förklaring till sistnämnda ökning men underströk att brott av denna typ kunde uppvisa tillfälliga och kraftiga fluktuationer. Det var i denna kategori de s.k. överfallsvåldtäkterna fanns. Denna typ av våldtäkt tycktes inte ha särskilt höga mörktal och det mesta talade för en förhållandevis stabil anmälningsbenägenhet. Arbetsgruppen gjorde den bedömningen att utvecklingen över tiden av utomhusvåldtäkterna sannolikt var en betydligt bättre indikator på utvecklingen av den faktiska våldtäktsbrottsligheten än vad totalsiffrorna var. Av det anförda följde enligt arbetsgruppen att ökningen av den anmälda våldtäktsbrottsligheten under tiden 1975-1988 sannolikt berodde dels på en ökad anmälningsbenägenhet hos en speciell kategori av brottsoffer, dels på vissa ändringar av brottsdefinitionerna och åtalsreglerna som hade genomförts den 1 juli 1984.

Av bl.a. statistik som arbetsgruppen hade tagit fram framgår att andelen fullbordade våldtäkter inomhus mot vuxna offer har ökat sedan år 1975 och även utvecklingen av anmälda övergrepp mot barn var oroväckande. Från år 1984 finns tecken på en ökning för såväl försök som fullbordade brott inomhus. Många av de våldtäktsbrott som begicks inomhus rymdes under det vidare kriminologiska begreppet "familjevåld". Utredningen av sådana brott var förenad med stora svårigheter och ställde stora krav på den personal som skulle utreda

brotten. Utredande personal var i behov av psykologiska och psykiatriska kunskaper med särskild inriktning på problem som hade samband med den aktuella brottstypen.

3.4 Gärningsmännen

Den under avsnitt 3.3. omnämnda arbetsgruppen fastslog att påföljderna för våldtäkt skärptes kraftigt under åren 1975-1988. En större andel av gärningsmännen dömdes till fängelse, och fängelsestraffens längd ökade kraftigt. Andelen ungdomar bland gärningsmännen minskade, vilket delvis kunde förklara att fängelsestraff utdömdes i ökad omfattning. Den andel gärningsmän som dömdes till sluten psykiatrisk vård minskade relativt sett under perioden även om antalet gärningsmän som dömdes till sluten psykiatrisk vård hade hållit sig relativt konstant kring tjugo per år. Under aktuell period hade betydande straffskärpningar genomförts. Den genomsnittliga fängelsepåföljden för grov våldtäkt var 60 månader och för våldtäkt 28 månader. Vid periodens början hade den genomsnittliga påföljden för våldtäkt legat kring drygt ett år. Genomsnittsstraffet för grov misshandel låg som jämförelse på ett års fängelse. Relativt sett tillhörde våldtäktsbrotten de brott som bedömdes allra strängast av domstolarna. (Ds 1990:3 s. 60.)

Andelen utländska gärningsmän var, konstaterade arbetsgruppen vidare, sedan länge stor bland dem som fälls till ansvar för våldtäkt. Under den studerade tidsperioden växlade denna andel mellan 26 procent och 41 procent. För år 1988 var 37 procent av de lagförda gärningsmännen utländska medborgare. För svenskt vidkommande saknades nästan helt forskning på det här området. De teorier och förklaringar som hade förts fram till de beskrivna förhållandena borde enligt arbetsgruppen betraktas som mer eller mindre löst underbyggda spekulationer. En framförd förklaring var att utländska män löpte större risk att lagföras. Överrepresentationen av utländska män gällde även vid s.k. överfallsvåldtäkter, vilket talade emot denna förklaring, eftersom anmälningsbenägenheten var stor för denna brottstyp. Andra framförda förklaringar utgjorde variationer på temat kulturella konflikter eller motsättningar. Det var emellertid inte lätt att finna någon gemensam kulturell faktor som förenade de utländska gärningsmännen, vilka kom från många olika länder. Dessutom såg man i nästan alla länder mycket allvarligt på våldtäkt. Antalsmässigt sett var det utomordentligt små andelar av de utländska männen som tycktes falla offer för påstådda kulturella motsättningar. Andra förklaringar som hade framförts byggde på det våld som regelmässigt förekom inom vissa mindre grupper av mer eller mindre professionella lagöverträdare av de mest varierande nationaliteter. Överrepresentationen hade även förklarats med de sociala och psykologiska påfrest-

ningar som kunde uppstå för den som kom till ett nytt och okänt land. Arbetsgruppen konstaterade att även på detta område saknades forskning. (Ds 1990:3 s. 61.)

Regeringen tillsatte i november 1989 en arbetsgrupp inom regeringskansliet för att arbeta med frågan om våld mot kvinnor. I arbetsgruppen ingick företrädare för justitie-, social- och civildepartementen. Arbetsgruppen anförde i februari 1991 i rapporten Om våld mot kvinnor bl.a. följande såvitt gällde män som begått våldsbrott mot kvinnor (s. 18).

Orsakerna till att så många kvinnor misshandlas eller utsättes för sexuella övergrepp av män som de hade eller hade haft en nära relation till är komplicerade. I utredningar, undersökningar och forskning ges delvis olika förklaringar. Övergrepp mot kvinnor hade tidigare oftast ansetts kunna förklaras av individuella orsaker såsom den enskilde mannens eller kvinnans upplevelser, egenskaper eller sociala villkor. På senare år, påpekade arbetsgruppen vidare, har strukturella samhällsperspektiv om manlig dominans och kvinnlig underordning oftare använts som en övergripande förklaring till förekomsten av våld mot kvinnor. Ojämlikhet i makt kan vara en övergripande förklaring till varför män misshandlade kvinnor. Arbetsgruppen ansåg att alla undersökningar av övergrepp mot kvinnor visar att dessa ofta hade utförts av en socialt utsatt man med missbruksproblem och en svår psykologisk bakgrund. Även för dessa brott förekom det för nästan allt våld klassiska sambandet med social nöd.

Olika studier av anmälda våldsbrott mot kvinnor visar, framhöll arbetsgruppen vidare, att det bland gärningsmännen ofta förekom alkoholmissbruk, annan kriminalitet liksom psykisk sjukdom eller störningar. Detta gäller särskilt för de allra grövsta brotten.

Arbetsgruppen redovisade resultaten av en undersökning som hade utförts vid rättsmedicinska avdelningen vid universitet i Linköping. Undersökningen omfattade 960 våldsbrott med dödlig utgång under åren 1971-1980. Av offren var 60 procent män och 40 procent kvinnor. Såvitt gällde gärningsmännen var 90 procent män och 10 procent kvinnor. Av de undersökta fallen hade 228 betecknats som kvinnomisshandel i den mening att gärningsmannen hade varit en partner eller f.d. partner till den misshandlade kvinnan. Alkohol- eller annat drogmissbruk förelåg hos mer än 60 procent av gärningsmännen. Vid tidpunkten för brottet hade cirka 80 procent av gärningsmännen varit akut påverkade av droger, huvudsakligen alkohol. Vidare bedömdes 45 procent av gärningsmännen lida av sinnessjukdom eller därmed jämställd abnormitet. Tidigare kriminalitet var också vanligt förekommande bland männen.

Arbetsgruppen påpekade vidare att enligt kvinnojourerna förekom våld mot kvinnor i alla samhällsklasser och i alla yrkesgrupper. Såväl socialt utsatta kvinnor som kvinnor från till synes socialt etablerade familjer sökte hjälp hos jourerna. Alkohol kunde ha förekommit

särskilt vid det första misshandelstillfället men var inte en dominerande förklaring till de fall av kvinnomisshandel som jourerna kom i kontakt med.

Enligt arbetsgruppen hade kvinnoforskare, som studerat kvinnomisshandel, beskrivit gärningsmännen på liknade sätt som kvinnojourerna, dvs. de misshandlande männen kom från alla samhällsklasser. Alkohol tycktes inte heller ha samma påfallande tydliga roll i deras studier som i de polisanmälda brotten. Främst norska kvinnoforskare ansåg att både omfattningen av kvinnomisshandel och nyare forskning om män som misshandlade motsade bilden av den mycket avvikande kvinnomisshandlaren. De menade dock att även den typen av gärningsman fanns, men att många män som misshandlade kvinnor var ganska välanpassade samhällsmedborgare.

Arbetsgruppen redovisade också resultat av forskning om kvinnomisshandel, som jämfört misshandelsförhållanden med andra parförhållanden, beskrev och analyserade hur misshandelsprocessen påverkade både kvinnan och mannen. Mannens våld beskrivs som ett uttryck för en vilja att kontrollera kvinnan samtidigt som våldet var kontrollerat i flera avseenden, såsom till tid, plats och person. Enligt forskningen normaliserades våldet i det enskilda fallet alltmer, vilket påverkade kvinnans självförtroende och självuppfattning. Hon anpassade sig för att försöka undvika mannens våld. I misshandelsförhållanden var det enligt dessa forskare vanligt att kvinnan isolerades från kontakter utanför parförhållandet, som en del i mannens önskan om att ha kontroll över kvinnan och därför att kvinnan själv inte ville att omgivningen skulle få vetskap om misshandeln.

Slutligen framhöll arbetsgruppen att erfarenheterna visade att män som begått våldtäkt eller misshandlat kvinnor i många fall behövde behandling för att kunna bryta sitt våldsbeteende. På uppdrag av 1977 års sexualbrottskommitté gjorde kriminologen Leif GW Persson en kriminologisk kartläggning av våldtäktsbrottet. Han angav i sin utredning (SOU 1981:64) bl.a. följande. Två tredjedelar av gärningsmännen var mellan 20 och 35 år gamla. De svenska männen var underrepresenterade i det bearbetade materialet. Å andra sidan var de utländska männen överrepresenterade med en andel som var sex gånger större än förväntat. Det förelåg en omfattande brottsbelastning för gärningsmännen. Närmare 70 procent av de kända gärningsmän som hade begått våldtäkt under år 1976 var registrerade för ett eller flera brott. Flertalet hade en omfattande kriminalitet bakom sig. Nästan 20 procent av dem hade fler än 20 brott registrerade på sig. Av de kända våldtäktsmännen hade 5 procent tidigare gjort sig skyldiga till våldtäkt. Gärningsmännens tidigare brottslighet utgjordes i regel av traditionella brott med kraftigt inslag av våldsbrottslighet och ett än kraftigare av stöldbrottslighet och grova trafikbrott. De gärningsmän som kom till polisens kännedom kunde i allmänhet betecknas som en speciell grupp män som befann sig i en svår social och individuell

situation. Våldtäktsbrotten tycktes innehålla mer aggressivitet än sexualitet. Ofta var det fråga om utlevelser p.g.a att gärningsmannen hade byggt upp en situation som han till sist inte kunnat hantera.

Män som begått övergrepp mot barn

Teoribildning och forskning om pedofili utgår från att det finns två slags gärningsmän; den sexuellt avvikande pedofilen och den situationsbetingade pedofilen (BRÅ rapport 1991:1 Sexualbrott mot barn - De misstänkta förövarna s. 10 och 16).

Den typiskt sett sexuellt avvikande pedofilen kan beskrivas enligt följande. Sexualdriften är permanent riktad mot barn och han föredrar att umgås med barn. Han finner ett större känslomässigt utbyte i ett sådant umgänge än med vuxna, som han tycker blir för krävande som umgängespartner. Det är ofta lätt för honom att kommunicera med ett barn på dess egen nivå och han vinner snabbt barnets sympati. Han anpassar sig till samhällets tabu mot sexuellt umgänge med barn genom att utveckla en stark inre kontroll som dämpar de sexuella impulserna. Detta ger en starkt skuldbelagd och ångestfylld sexualitet hos pedofilen. Eftersom den sexuella energin inte kan strypas måste den på något sätt komma till utlopp. Genom sublimering kan den flyttas till icke-sexuella objekt och komma till uttryck i socialt accepterade beteenden och aktiviteter, t.ex. i ett yrke där han får sina känslomässiga behov tillfredsställda. Vid en kris eller i ett ångestladdat tillstånd kan han förlora kontrollen över de sexuella impulserna och söka utlopp för dem hos en för honom adekvat partner, dvs. ett barn.

För den situationsbetingade pedofilen kan i korthet lämnas följande beskrivning. Han tenderar att vara ambivalent i sina sexuella preferenser. Delvis kan detta bero på olyckliga omständigheter och trauman i barndomen, vilka ligger bakom dåligt självförtroende och sociala handikapp. Så länge han är i psykisk balans kan han ha ett normalt sexualliv. En kris kan emellertid medföra obalans i känslolivet. Skulle t.ex. den äktenskapliga relationen bryta samman, kan hans potentiella intresse för en svagare och mer lättillgänglig partner aktiveras. Till följd av brister i den psykiska mognaden kan han inte konstruktivt bearbeta den i samband med en kris uppkomna ångesten. Han är ofta för hämmad för att etablera en intim kontakt med en ny vuxen partner. För stunden kan i stället ett barn såväl i känslomässigt som i sexuellt hänseende bli attraktivare än en ny vuxen partner.

Våldskommissionen anförde i sitt slutbetänkande (SOU 1990:92) Våld och brottsoffer bl.a. följande om forskningen kring sexuella övergrepp mot barn. Forskningen hade inte fått fram någon enhetlig bild av de personer som visade sexuellt intresse för barn. Det var dock känt att de flesta var män. Familjer inom vilka det förekommit sexuella övergrepp karakteriseras av att de har gränsdragningsproblem, ofta

med rigida gränser mellan familjen och samhället i övrigt och diffusa eller utsuddade gränser mellan de olika familjerollerna, dvs. mellan generationer eller mellan enskilda familjemedlemmar. Vissa forskare menade att de misstänkta fäderna sällan hade någon genuin sexuell fixering vid barn. Det sexuella intresset för barn utvecklas ofta vid en kris, under vilken mannen regredierade, dvs. föll tillbaka till ett tidigare stadium i sin psykosociala utveckling då han hade haft en traumatisk upplevelse, som han inte lyckats bearbeta. Dessa fäder indelades ibland i tre grupper: de med symbiotisk personlighet, de med psykopatisk personlighet och de som var sexuellt fixerade vid barn. Mellan 80 och 85 procent av de incestuösa fäderna uppskattades ha en symbiotisk personlighet. För att kunna fungera i tillvaron hade den symbiotiske fadern byggt upp ett mycket nära förhållande till en annan människa, så nära att han ansåg sig mer eller mindre ha besittningsrätt till sin partner. Symbiosen byggde på en intensiv längtan efter närhet, intimitet, värme, gemenskap etc. (SOU 1990:92 s. 199.)

Brottsförebyggande rådet (BRÅ) genomförde våren 1986 till hösten 1987 en undersökning för att kartlägga sexualbrott mot barn under femton år, vilka kommit till polisens kännedom under år 1984. Anmälda sexualbrott mot barn, med undantag för blottning, följdes upp från polisanmälan till fällande dom. Beträffande de misstänkta förövarna konstaterades därvid bl.a. följande (BRÅ rapport 1991:1 s. 7 och 54).

> De misstänkta fäderna har oftare än de andra kategorierna av misstänkta aktuella sociala problem och alkoholproblem. Däremot är andelen som tidigare lagförts för brott relativt liten, även om var tredje misstänkt far har minst en anteckning i polisens person- och belastningsregister (PBR). Detta är förmodligen den nivå på brottsdeltagande som man kan förvänta sig i den vuxna normalpopulationen. Brott mot trafikbrottslagen är de vanligaste brotten bland de tidigare lagförda fäderna. 15 procent av dessa har tidigare lagförts för sexualbrott mot barn.
>
> Vuxna obekanta är den grupp av misstänkta som har den största andelen tidigare lagförda. De är också de mest brottsbenägna. Något mer än hälften av de misstänkta har minst en anteckning i PBR och nästan var tredje är tidigare dömd till fängelsestraff. De vanligaste brotten är brott mot förmögenhet. Tidigare lagföringar för sexualbrott är också förhållandevis vanliga: Mer än hälften av de lagförda vuxna obekanta har begått ett sexualbrott och mer än var fjärde har en anteckning om tidigare sexualbrott mot barn. De vuxna obekanta skiljer sig inte från de misstänkta generellt vad gäller indikatorer på sociala problem och alkoholproblem.
>
> De misstänkta ungdomarna är i genomsnitt mellan 17 och 18 år gamla. De skiljer sig inte från de vuxna misstänkta vad gäller aktuella sociala och psykiska problem. Däremot har ungdomarna färre direkta alkoholproblem. Som grupp betraktad har de misstänkta ungdomarna en relativt hög brottsbelastning. Drygt 40 procent har minst en anteckning i PBR, vilket är en större andel än för fäderna och lika stor andel som för det totala antalet misstänkta. De som tidigare lagförts har i genomsnitt nästan tre lagföringar,

vilket är det näst högsta genomsnittliga antalet bland de fyra grupperna. Den tidigare brottsligheten har mest omfattat förmögenhetsbrott och brott mot trafikbrottslagen. Ungdomarna har inga anteckningar om sexualbrott. Åtalsunderlåtelse har varit den vanligaste påföljden, men ändå har drygt 20 procent av de tidigare lagförda varit dömda till fängelse.

Bland misstänkta bekanta till barnet är omfattningen av såväl sociala problem som alkoholproblem relativt liten. En betydande andel (d v s 40 procent) har tidigare lagförts för brott. Det har främst varit fråga om förmögenhetsbrott, trafikbrott och även sexualbrott. En fjärdedel av de lagförda har tidigare begått sexualbrott mot barn.

Vidare konstaterade BRÅ att omkring 30 procent av åtalade fäder och obekanta samt 10 procent av åtalade vuxna bekanta hade genomgått rättspsykiatrisk undersökning. Större delen av de undersökta hade någon form av psykisk abnormitet.

Män som återfaller i sexualbrott

Professor Lars Lidberg har i en studie (Nordisk Tidskrift for Kriminalvidenskab, 1985 s. 39) funnit följande i vad avser återfall. Beträffande personer som åren 1973-1978 fälldes till ansvar för sexualbrott var risken för återfall större för dem som överlämnats till psykiatrisk vård än för dem som dömts till fängelse. Av dem som överlämnats till vård återföll 24 procent inom tre år i grova sexualbrott, medan 5 procent av dem som dömts fängelse återföll inom samma tid. Återfall för dem som lagförts för våldtäkt eller våldförande är vanligast bland gärningsmän i 22-34 års ålder.

För att bl.a. pröva om män som inte själva sökte psykologkontakt var villiga att ingå behandling genomfördes under mitten av 1980-talet ett behandlingsprojekt i kriminalvårdsanstalten Skogome. Elva män som hade dömts för våldtäkt och nio män som hade dömts för kvinnomisshandel fick genomgå individuell psykoterapi. Vid uppföljning av behandlingsprojektet konstaterades följande. Ett år efter frigivning hade inte någon av de nio misshandelsmännen återfallit i samma brott, medan två av de elva våldtäktsmännen dömts för nya sexualbrott. En misshandelsman och en våldtäktsman hade under samma tid begått andra brott, egendomsbrott och bilstöld.

Överläkaren Eva Johansson, dåvarande rättspsykiatriska stationen i Umeå, har gjort en studie kring sexualbrott i syfte att finna riskfaktorer vid återfall i brott av nämnda slag (Svensk Juristtidning 1986 s. 401). Därvid har hon genom litteraturstudier kartlagt internationella undersökningar beträffande sexualbrott samt gått genom samtliga 161 svenska rättspsykiatriska utlåtanden som avgavs under åren 1978-1982 beträffande personer som dömts för våldtäkt, våldförande och försök

till våldtäkt. Hon har därvid gjort bl.a. följande iakttagelser och bedömningar.

Av de 161 rättspsykiatriskt undersökta personerna var 40 (24,8 procent) recidivister, varav 32 återfallit en gång, 5 två gånger och 3 fyra gånger. Intervallen mellan brottmålsdomarna varierade mellan en månad och femton år. Med en mediantid på mellan tre och fyra år var recidiv, i den mån de förekom, inte särskilt täta med hänsyn till normala vård- och strafftider. Recidivisterna tenderade att vid sin första våldtäktsdom vara yngre än icke recidivisterna, vilket kunde tala för att ungdom vid den första våldtäktsdomen var förenad med förhöjd risk för återfall. Mindre än 40 procent av icke-recidivisterna förekom tidigare i kriminalregistret. Våldtäktskriminalitet behövde inte vara isolerad från annan kriminalitet. Recidivisterna överlämnades signifikant oftare till sluten psykiatrisk vård.

En betydande andel av våldtäktsmännen hade eller hade haft stadiga heterosexuella förbindelser. Omkring 40 procent av dem var fäder. Vid de rättspsykiatriska undersökningarna presterade mellan 20 procent och 30 procent av våldtäktsmännen under genomsnittet i intellektuellt hänseende, även om mycket få bedömts som "sinnesslöa". Vid inträdet i observationen var alkoholmissbruk vanligare hos recidivister än hos icke-recidivister. Däremot förelåg det vid tidpunkten för den första våldtäkten inte några skillnader i detta hänseende mellan recidivister och icke-recidivister. I båda grupperna förekom en stor andel drogmissbrukare. Recidivister var oftare berusade vid gärningstillfället än icke-recidivister.

Eva Johansson redovisade bl.a. följande slutsatser utifrån sin studie. Vissa resultat förekom så regelbundet att det finns skäl att tillmäta dem betydelse. Gärningsmännen hade behov av att visa makt och att snarare förödmjuka än att tillfredsställa sexuell drift. Kända våldtäktsmän hade i stor utsträckning levt under socialt ogynnsamma förhållanden och hade ofta dömts för annan kriminalitet än sexualbrott. Bland gärningsmännen förekom förhållandevis ofta personer med relativt låg begåvning och personlighetsstörningar. Däremot förekom det ganska sällan psykoser. Inventeringen av de rättspsykiatriskt undersökta gärningsmännen i Sverige stödde väsentligen vad som redan ansågs känt, trots att den undersökta gruppen valts ut på sådant sätt att psykiska sjukdomar eller avvikelser borde vara överrepresenterade. Resultaten medgav inte några bindande slutsatser. Något enkelt sätt att identifiera recidivister fanns inte. Det kunde vara av värde att med förfinade metoder specialstudera betydelsen av utländsk börd, låg debutålder, begåvningsfaktor, alkoholmissbruk eller alkoholpåverkan vid gärningstillfället och samtidig förekomst av annan kriminalitet än våldtäktskriminalitet. Sannolikt kunde kunskaperna ökas genom en jämförelse mellan "blandkriminella" och sådana som hade begått enbart våldtäkt.

Vidare påpekade Eva Johansson att kliniker som arbetade med bedömning av våldtäktsmän, som hade selekterats efter misstanke om psykisk sjukdom eller abnormitet (vilket var fallet i svensk rättspsykiatri), riskerade att få ett snedvridet perspektiv och att göra allvarliga felslut, om de generaliserade från sina erfarenheter.

Beträffande de personer som dömts för brott fann BRÅ vid sin undersökning (BRÅ rapport 1991:1 s. 57) att 15 procent tidigare hade lagförts för sexualbrott mot barn.

3.5 Behandling

3.5.1 Kriminalvården

Före 1974 års kriminalvårdsreform bedrevs i kriminalvårdsanstalterna olika former av behandling, bl.a. gruppterapi och gruppsamtal. Gruppterapi, som i viss utsträckning hade förekommit sedan år 1953, bedrevs år 1970 i fem anstalter. Denna behandling syftade till att hos deltagarna främja en attityd- eller personlighetsförändring i resocialiserande riktning. Terapeuten var i allmänhet psykolog med specialutbildning som gruppterapeut. Behandlingsformen gruppsamtal hade vissa yttre likheter med gruppterapin men skilde sig beträffande målsättning och teknik. Denna verksamhet avsåg att främja en ökad förståelse mellan de personer av olika slag som vistades i anstalt. Behandlingarna var således inte särskilt inriktade på sexualbrottslingar och deras speciella problem. (SOU 1971:74 s. 130.)

Kriminalvårdsberedningen anförde att psykologiska och pedagogiska metoder för personlighetspåverkan och beteendemodifikation dittills hade prövats endast i begränsad omfattning. Det var enligt beredningen därför svårt att bedöma metodernas värde för behandlingen av de intagna i kriminalvårdsanstalterna. Beredningen ansåg dock att särskilt för psykiskt instabila och alkohol- och narkotikamissbrukare kunde metoderna bli ett värdefullt komplement till de sociala rehabiliteringsinsatserna samt föreslog att verksamheten skulle intensifieras. (SOU 1972:64 s. 202.)

Kriminalvårdsstyrelsen har i fördjupad anslagsframställning för budgetåren 1993/1994-1995/1996 uttalat bl.a. följande om intagna som dömts för vålds- och sexualbrott (s. 18).

> Målsättningen för perioden är att planera och starta verksamhet så att intagna som har behov av och är motiverade för behandling skall kunna erbjudas detta. Denna behandlingsverksamhet skall enligt statsmakternas direktiv intensifieras.
>
> Sexualbrottsdömda är idag placerade i många olika anstalter. För att effektivisera insatserna avser styrelsen att placera intagna med denna problematik på några specialiserade enheter. Erfarenheterna

från bl a kriminalvårdsanstalten Skogome talar för en sådan utveckling.

För våldsbrottsdömda finns idag ingen adekvat differentiering. Utarbetande av särskilda påverkansprogram (Slagugglan) enligt pedagogisk modell, som är hämtad från kriminalvårdens rattfällekurser pågår.

I den fördjupade anslagsframställningen (s. 48) anför kriminalvårdsstyrelsen följande beträffande differentiering av dömda för sexualbrott.

Omfattning

Antalet personer dömda till fängelse för sexualbrott har ökat sedan början av 1980-talet. Under åren 1986-1990 dömdes i medeltal 256 personer per år (huvudbrott och huvudpåföljd) till fängelse för sexualbrott. I jämförelse med åren 1980-1985 (medeltal 153 personer) kan en 67-procentig ökning av fängelsedömda för dessa brott noteras. Under motsvarande perioder har antalet dömda till sluten psykiatrisk vård varit stort sett oförändrat.

Anstaltsutnyttjande

Antalet nyinskrivna i anstalt år 1990 med huvudbrott enligt BrB 6 kap uppgick till 258 (årstillströmning).

I stort sett placerades de sexualbrottsdömda inom den kriminalvårdsregion där de hade sitt hemvist (länsadress) utom i Stockholm- och Örebroregionerna. Hemmahörande i Stockholm placerades framför allt i Norrköpingsregionen (44 procent) och Norrlandsregionerna (11 procent). De mest frekventa placeringarna för hemmavarande i Örebroregionen var Norrköpingsregionen (23 procent), Göteborgsregionen (16 procent) och Norrlandsregionerna (14 procent).

Vid tvärsnittsuttag (i mars 1989, 1990 och april 1992) fanns 207, 235 och 226 personer med sexualbrott i domen. De fördelade sig på ett 50-tal anstalter.

Totalt finns 93 platser vid s k roavdelningar i sex slutna riksanstalter (91 platser) och i en sluten lokalanstalt (2 platser). Vid inventering den 24 april 1992 på anstalterna Härnösand, Kumla och Tidaholm var 70 procent (14/20) av de sexualbrottsdömda placerade på roavdelning.

Strafftid

Cirka 45 procent (115) hade en strafftid på mellan två år och upp till fem år, och ytterligare 4 procent (11) fem år och däröver (nyintagna i anstalt år 1990). Dessa 126 personer placerades på tillsammans 22 anstalter, varav Skogome och Malmö hade störst antal, 26 respektive 14.

Behandlingsverksamhet

Vid telefonintervjuer med anställda inom respektive region har följande framkommit.

Inom Örebroregionen finns ingen behandling vid regionens anstalter för sexualbrottslingar. Man har för närvarande inga planer på att starta en sådan verksamhet. De placeras i hög grad enligt 18 § KvaL. I speciella fall vänder man sig till anstalterna Skogome eller Härnösand, och beträffande personer som dömts till otukt med barn till anstalten Skenäs.

I Malmöregionen har man planer på att starta behandling vid två anstalter, Kristianstad Centrum och Malmö. Vid Malmöanstalten är man i första hand inriktad på intagna som begått incest- och otuktsbrott.

I Stockholmsregionen förbereds en avdelning på Norrtäljeanstalten (gamla pensionärsavdelningen) för sexualbrottsdömda - cirka 15-20 platser. Man har inte tänkt inrikta sig på någon speciell kategori.

I Norrköpingsregionen är verksamhet under uppbyggnad vid anstalterna Kalmar och Mariefred. Vid Skenäsanstalten placeras frifotingar, framför allt dömda för otukt med barn.

I Göteborgsregionen finns verksamhet vid Skogomeanstalten. Tre halvtidsanställda psykologer tjänstgör en dag per vecka vardera. Cirka 20-25 personer är under behandling.

I Härnösandsregionen finns verksamhet vid Härnösandsanstalten med 8 platser.

De intagnas behov

Medelåldern för sexualbrottsdömda är i regel ganska hög (37 år) och ännu högre då brottet riktar sig mot barn. En stor andel är utländska medborgare, cirka 38 procent (tvärsnitt 1990).

För att få en uppfattning om de intagnas behov av behandling har intervjuer vid bl a anstalterna Malmö, Skogome och Tillberga företagits med cirka 15 personer.

I anstalterna Skogome och Tillberga uppger de intagna att de inte utsätts för någon form av trakasserier, hot eller fysiskt våld inom anstalten. Vid Malmöanstalten ansåg man att det var omöjligt att vistas på allmän avdelning på grund av psykisk press som orsakats genom verbala trakasserier, hot och i något fall fysiskt våld. Samtliga var överens om att det var en fördel att sitta tillsammans med personer som var dömda för samma typ av brott. Flertalet ansåg att någon form av behandling eller program måste finnas för denna typ av brott.

Kriminalvårdsstyrelsen lämnar i sin fördjupade anslagsframställning (s. 73) följande redogörelse för program för personer dömda för våldsoch sexualbrott.

Klientutvecklingen

Antalet vålds- och sexualbrottsdömda har ökat och kommer sannolikt att öka bland annat genom att anmälningsbenägenheten för dessa brott har ökat. I synnerhet har antalet fängelsedömda för sexualbrott ökat, medan antalet som dömts till sluten psykiatrisk

vård varit stabilt sedan 1980-talet. Den nya psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen som trädde i kraft den 1 januari 1992 indikerar att fler sexualbrottsdömda med svåra psykiska störningar kommer att dömas till fängelse. Som framgår av resultatanalysen är kriminalvårdens resurser för behandling av vålds- och sexualbrottslingar otillräckliga för närvarande. Under den kommande anslagsperioden bör fler platser för denna typ av intagna tillskapas inom det befintliga platsantalet och en diskussion om strukturering av platserna ske.

Anstaltsutnyttjande

Sexualbrottsdömda är utplacerade på ett 50-tal anstalter. En stor andel är placerade på roavdelningar. I många fall har det visat sig svårt för sexualbrottslingar att vistas på normalavdelningar, där de i allmänhet utsätts för trakasserier från medintagna.

Enligt resultatanalysen (nyinskrivna i anstalt 1990) placeras något mer än hälften av de sexualbrottsdömda i den region där de hade sitt hemvist. En utgångspunkt för anstaltsplaceringarna bör vara den intagnes behov av behandling och möjlighet att verkställa straffet utan att trakasseras av medintagna.

Verksamhetsinnehåll

Program- och behandlingsverksamheten för vålds- och sexualbrottslingar skall enligt direktiv från statsmakterna utökas och intensifieras. En medvetenhet att arbeta brottsfokuserat med dessa klientkategorier har börjat växa fram inom kriminalvården. Insatser på flera nivåer krävs med bland annat information, utbildning, fördjupad psykoterapeutisk behandling individuellt eller i grupp och kursprogram med samma pedagogiska uppbyggnad som Rattfällan. Ett särskilt program avseende våld och droger, Slagugglan, har färdigställts under innevarande budgetår. En del av personal från anstalter och frivård har genomgått steg I av denna utbildning och planerar att starta lokala kurser för klienter.

Sexualbrottsdömda utgör ingen enhetlig kategori i behandlingsavseende. En noggrann analys beträffande metoder och terapi är nödvändig för att resurserna skall kunna utnyttjas på ett optimalt sätt. Kravet på hög specialisering med psykolog- och psykiatrikerresurser till vissa enheter bör kombineras med kursverksamhet som leds av vårdpersonal som genomgått specialutbildning. Tillgång till handledning för baspersonal bör särskilt uppmärksammas.

Samverkan

För längre behandlingsinsatser är överlämnandet till annan instans ett svårhanterligt problem. Innan en lång psykoterapi startas bör uppföljningsansvaret vid den villkorliga frigivningen vara klarlagd. Det är viktigt att samarbete med kommuner och landsting sker. För metodutveckling m m bör samverkan ske med de specialkliniker som arbetar med sexualbrottslingar inom sjukvården. Resurspersoner för handledning och utbildning kan därigenom tillföras kriminalvården.

Sammanfattning och resurser

* Fler platser för vålds- och sexualbrottsdömda bör tillskapas inom befintligt platssystem samt ställningstagande till hur dessa skall struktureras.
* Anstaltsplacering bör ske utifrån den intagnes behandlingsbehov samt behovet av att fullgöra verkställighet utan att utsättas för trakasserier.
* Behandlingsmetoder och terapi bör noggrant analyseras i förhållande till olika typer av sexualbrott (incest, otukt, våldtäkt med eller utan inslag av sadism) för ställningstagande till kriminalvårdens insatser.
* Resurser i form av information och utbildning för personal.
* Samverkan med kommuner och landsting utvecklas.

Vård och behandling av sexualförbrytare bedrivs numera vid ett flertal kriminalvårdsanstalter. Verksamheten är givetvis olika till sin utformning och amibitionsnivå. Den mest omfattande verksamheten bedrivs vid kriminalvårdsanstalten Skogome.

Omkring 60 av de intagna i kriminalvårdsanstalten Skogome har gjort sig skyldiga till övergrepp mot kvinnor och barn. I anstalten tjänstgör på deltid tre eller fyra psykologer, som arbetar utifrån ett psykodynamiskt synsätt. Dessa bedriver psykoterapi med intagna som dömts för sexualbrott. Vid psykoterapi deltar den intagne i psykologsamtal en timme i veckan. I genomsnitt pågår behandlingen två till tre år. Nästan alla intagna sexualbrottslingar i Skogome är beredda att genomgå terapi, men det saknas möjlighet att ge alla sådan. Intagen som gått i terapi kan efter frigivning fortsätta terapin hos samma psykoterapeut under övervakningstiden, om detta är praktiskt genomförbart med hänsyn till reseavstånd. I annat fall får han gå i terapi hos annan psykoterapeut. Efter att övervakningen löpt ut finns vid behov möjlighet till telefonkontakt med psykolog.

Vi har vid besök vid kriminalvårdsanstalten Skogome bl.a. fått följande iakttagelser redovisade för oss. Bakom sexualbrotten ligger könsdrift eller maktbegär. Någon översexualitet behöver inte föreligga för att ett sexualövergrepp skall ske utan detta kan vara förenat med impotens. Bland sexualbrottslingarna är det vanligare med annan problematik än överdriven sexualdrift. Det är inte vanligt med återfall bland sexualbrottslingar som genomgått psykoterapi. I allmänhet är det svårt att förmå sexualbrottslingar att tala om och erkänna sina brott, eftersom de har starka psykologiska försvarsmekanismer. Detta gäller särskilt gärningsmän som begått brott med sadistiska inslag. En fällande brottmålsdom har det goda med sig att den anger en gräns för det tillåtna respektive det moraliskt förkastliga i ett beteende. Ett utagerande föregås ofta av ett sammanbrott i personligheten. Sammanbrottet kan ha skett gradvis under lång tid. Många gärningsmän är "psykologiskt stumma" och har ofta varit utsatta för övergrepp i barndomen. Genom terapin skall den intagne lära sig att uttrycka sina

svårigheter verbalt och inte genom utagerande. Behandlingen syftar bl.a. till att göra klienten hjälpsökande. Ett fängelsestraff kan vara lämpligt på så sätt att det hindrar vederbörande från utagerande men skall förenas med behandling. Med hänsyn till att personalen inom kriminalvården är engagerad bör behandlingen också ske i kriminalvårdens regi. Med hänsyn bl.a. till att det är känslomässigt krävande att ge terapi till de intagna och till att terapeuten måste hålla respektive klients levnadshistoria aktuell, kan en psykoterapeut ha tio, högst femton, klienter under behandling. Alla som har begått sexualbrott har ett större eller mindre behov av behandling. De behöver alla i vart fall bearbeta den kris som brottet medför.

Kriminalvårdsanstalten Mariefred tar företrädesvis emot långtidsdömda unga lagöverträdare. Anstalten kan ta emot tjugo sexualbrottslingar. För närvarande finns det ett femtontal sexualbrottslingar i anstalten. I anstalten ges individuell psykoterapi för sexualbrottslingar. En deltidsanställd psykolog med 80 procent tjänstgöring och en konsultpsykolog, som besöker anstalten sex timmar i veckan, svarar för behandlingen. Erfarenheterna av verksamhet är följande. Alla sexualbrottslingar som placeras i anstalten erbjuds behandling. Härav brukar cirka 70-80 procent anta erbjudandet om behandling. De som avböjer behandling förnekar vanligen brottet. En mindre del av de som inte vill ha någon behandling erkänner sitt brott. Flertalet som dömts för sexualbrott upprätthåller vanligen ett psykologiskt förnekande av sitt brott, men kan vanligen ändå motiveras till samtalsbehandling. Ibland kan det ta ett år innan en intagen accepterar behandling. Nästan alla som begått sexualbrott är i kris och därmed i behov av behandling. Redan den omständigheten att de dömts medför att de upplever en kris. Behandlingstiden växlar från ett halvår till fyra år, bl.a. beroende på hur länge vederbörande är intagen i anstalten. Det antal sexualbrottslingar en psykolog kan ha under behandling växlar för olika personer, men kan det röra sig om fyra eller fler.

En särskild avdelning med åtta platser inrättades år 1989 vid kriminalvårdsanstalten Härnösand för intagna som dömts för sexualbrott. De intagna på avdelningen har inte någon gemenskap med intagna på andra avdelningar. Anledningen härtill är att de som begått sexualbrott annars blir illa behandlade av medintagna. På avdelningen finns vanligen en stor andel utlänningar. En psykolog har viss timtjänstgöring i anstalten. Denne bedriver individuell psykoterapi. Tanken är dock att de intagna först skall erkänna sitt brott. För det ändamålet anordnar man föreläsningar och diskussioner. Såväl gruppsamtal som enskilda samtal förekommer. Vid gruppsamtalen deltar även vårdarpersonalen.

I juni 1992 inrättades en särskild avdelning med fjorton platser för sexualbrottslingar vid kriminalvårdsanstalten Norrtälje. De intagna får ansöka om att komma till denna avdelning. En förutsättning för att de skall placeras på avdelningen är att de deltar i den behandling som

förekommer där. Avdelningen är fullbelagd och intagna står i kö för att få komma till den. Alla som begått sexualbrott anses vara i behov av någon behandling. De intagna på avdelningen arbetar halvtid tillsammans med intagna på en s.k. § 18-avdelning. Någon gemenskap med intagna på övriga avdelningar inom anstalten förekommer inte. Behandlingen består av träning i vardagliga aktiviteter och psykoterapi. Vårdarpersonal handhar träningen, som skall aktivera de intagna så att de tar ansvar för sig själva och inte blir passiva. Personalen skall arbeta nära de intagna. Man planerar att ge personalen utbildning. Anstalten har för närvarande en psykolog på halvtid, som har gruppterapi med de intagna. Denne har tidigare haft handledning av en extern psykoterapeut. Sådan handledning planeras även framdeles. Ytterligare en psykolog skall på halvtid ha gruppterapi. Dessutom skall en tredje psykolog, som nu har andra uppgifter inom anstalten, i vissa fall ge individuell psykoterapi. I verksamheten finns även läkare.

Vid kriminalvårdsanstalten Kristianstad Centrum har nyligen igångsatts ett behandlingsprogram för sexualbrottsdömda intagna. På sikt skall samtliga platser på anstalten reserveras för denna typ av intagna. Programmet innefattar gruppsykoterapi, sexualundervisning m.m. Behandlingen i anstalten kombineras med internatvistelser som möjliggör fördjupad psykoterapeutisk bearbetning med offerfokuserad empatiträning.

Vid kriminalvårdsanstalten Kalmar finns sedan år 1991 ett behandlingsprojekt för sexual- och våldsbrottslingar. Behandlingen är utformad så att tio ordinarie befattningshavare har individuella parsamtal med högst 15 intagna. Avsikten med samtalen är att få till stånd en bearbetning av brottet och de faktorer som ledde fram till den brottsliga handlingen. Behandlingstiden är minst ett och ett halvt år. Inblandad personal får handledning för att öka kompetensen. Anstalten besöks regelbundet av psykiater, som bedömer de intagna som deltar i projektet. Om det i något fall föreligger behov av psykoterapi, kan en kortare sådan behandling ges vid psykiatriska kliniken i Kalmar.

3.5.2 Samhällets insatser i övrigt

Om en man som dömts för allvarligt sexualbrott lider av allvarlig psykisk störning får han överlämnas till rättspsykiatrisk vård. Sedan år 1984 förekommer vid S:t Sigfrids sjukhus i Växjö regelbunden gruppterapi med sexualbrottslingar. Terapin kombineras med enskilda samtal. Syftet med behandlingen är att bryta förnekande, ge insikt i det egna beteendet och hjälpa männen att finna nya sätt att hantera konflikter. Behandlingstiden uppgår som regel till tre till fem år. Även längre behandlingstider förekommer. Hittills har ett tjugotal patienter behandlats. Enligt vad vi inhämtat vid besök på sjukhuset är återfallen få efter denna typ av behandling.

På ett flertal andra håll inom den allmänna sjukvården bedrivs med varierande resultat vård av personer med sexuella störningar. Av särskilt intresse är härvid en vid Stockholms läns landstings psykoterapiinstitut och vid RFSU-kliniken i Stockholm bedriven form av gruppterapi med män som begått olika sexualbrott (jmf. leg psykoterapeuten Eva Hedlund i Läkartidningen 1993, nr 5, s. 379).

De män som hittills tagit del av verksamheten har varit mellan 21 och 50 år. De hade huvudsakligen heterosexuell läggning. Männens sociala situation och utbildningsnivå skilde sig kraftig åt, vilket har varit en fördel i terapin. Samtliga deltagande män var i en krisartad livssituation med avseende på arbets-, bostads- och familjeförhållanden när terapin inleddes. Alla männen hade skamkänslor kring sina sexuella handlingar och sitt avvikande beteende. Ingen hade anförtrott sig eller talat med någon om sina problem. Eftersom männen inte själva förstod drivkraften bakom brotten, utgick de ifrån att ingen annan heller gjorde det. De kunde betecknas såsom "ensamvargar", och deras liv var fyllda av problem. Ingen av männen hade från början önskemål att gå i gruppterapi. De var snarare främmande för den tanken. Terapin har i princip varit tidsbegränsad till ett år. Terapisessionerna var en och en halv timme per vecka under ett års tid.

Uppföljningsstudier som gjorts upp till två och halvt år efter terapin visar att inte någon av männen hade återfallit i brott. Samtliga bedömde att gruppterapin hade stort värde, trots att ingen ursprungligen önskade denna form av behandling. Det som hade förändrats mest hos männen var det sexuellt avvikande/sexualbrottsliga beteendet. Ingen av de deltagande männen uppgav sig ha återfallit i brott eller ens varit nära att göra det. Ändå kunde de flesta "känna av" sin lust eller sitt behov, men det gick att kontrollera, vilket de upplevde som en stor lättnad. Att männen i så stor utsträckning hade kunnat upphöra med eller kontrollera sitt sexuella avvikande beteende ansågs sannolikt ha samband med en bättre självkännedom. Den begränsade tiden till trots hade samtliga män uppnått en ökade förståelse för orsakerna till sin brottslighet och en ökad självkunskap. Självinsikten anses ha växt fram via möjligheten för dem att känna igen sig i varandra och därigenom våga öppna sig för varandra. Detta fenomen av igenkännade anses utgöra stommen till ökad självförståelse.

3.5.3 Behandling av sexualbrottslingar i USA

Det har i USA sedan mer än trettio år förekommit behandling av män som begått sexualbrott. Flertalet behandlingsprogram har dock grundats under de senaste femton åren. Ursprungligen var behandlingsprogrammen avsedda för män som begått upprepade sexualbrott av tvångsmässig karaktär. Behandlingsprogrammen utövades i allmänhet vid mentalsjukhusen. Sedan slutet av 1960-talet har

emellertid allt fler behandlingsprogram startats i fängelserna. De olika programmen har skilda metodinriktning och människosyn. Varje program har egna regler för antagning till behandling. Som en förutsättning för behandling krävs i princip att gärningsmannen medger brottet, erkänner att han har problem samt är villig att ändra sig. Bedömningen av gärningsmannens behandlingsbarhet kan vid vissa anstalter ta upp till en månad. Vid bedömningen av behandlingsbarheten används olika personlighetstester. Även provbehandling kan förekomma. Kraven på behandlingsbarhet växlar mellan olika program.

Det är svårt att göra undersökningar som visar i vad mån behandling på lång sikt motverkat återfall i brott. I USA har gjorts vissa undersökningar som visar mindre återfall under en uppföljningstid av tre år för en behandlad grupp jämfört med en grupp, som inte fått motsvarande behandling.

Enligt uppgift har nyligen två amerikanska studier presenterats. I det ena fallet har det genomförts en matchad studie av sexualbrottslingar som genomgått psykoterapi och pedagogiska gruppsamtal. De intagna har bl.a. tränats i förmåga till inlevelse. Två grupper om vardera 110 personer har studerats. Den ena gruppen har genomgått behandling, medan den andra utgjort en kontrollgrupp. Den grupp som har genomgått terapi har en klart lägre frekvens av återfall inom tre år. Den andra studien visar utfallet av olika typer av behandling. Bl.a. konstateras att behandling i form av enbart kemisk kastrering inte är så lämplig eller effektiv. Däremot kan den kombineras med psykoterapi.

Vid Atascadero State Hospital i Californien bedrivs sedan år 1985 ett forskningsprojekt med sexualbrottslingar som dömts till fängelse. I verksamheten deltar vid varje givet tillfälle omkring 50 intagna. Totalt har nära 200 intagna ingått i verksamheten. Behandlingstiden är i genomsnitt 18-30 månader och får inte överskrida 40 månader. Behandlingen fortsätter ett år efter frigivningen. För att kontrollera huruvida någon återfaller i brott sker en fortlöpande uppföljning av varje frigiven under upp till 14 år efter frigivningen. För att en intagen skall få delta i verksamheten skall han erkänna sitt brott, och den intagne måste kunna tala engelska och inte riskera utvisning ur USA efter frigivning. Deltagandet är frivilligt. De intagna som deltar i detta projekt underkastas omfattande psykoterapi såväl individuellt som i grupp: varje vecka får en intagen tre timmars individualterapi och fem timmars gruppterapi. Behandlingen har gett goda resultat med intagna som begått våldtäkt mot kvinnor. Behandlingsresultaten är däremot sämre när det gäller intagna som förgripit sig på andra män eller på barn. Detta anses bero på att dessa kategorier av intagna har störningar som uppkommit i tidigare skeden av livet än beträffande våldtäktsmännen. Sådana störningar anses svåra att komma till rätta med.

3.6 Överväganden och förslag

Som vi ovan redovisat framhålls i våra direktiv att riksdagen våren 1991 fastslog att den verksamhet med behandling av personer, dömda för sexualbrott och våldsbrott, som bedrivs inom kriminalvården bör utökas och intensifieras ytterligare. Enligt riksdagen skall målet vara att de intagna som vill och har behov av det skall kunna få sådan behandling. Vår uppgift enligt direktiven är att klarlägga hur stort behovet är av sådan behandling och hur den av riksdagen angivna målsättningen bör förverkligas.

Riksdagen har uttalat sig i denna fråga vid flera tillfällen. Med anledning av en motion angående påföljd för personer som dömts för sexuella övergrepp mot barn uttalade justitieutskottet följande (1988/89:JuU:6 s. 15).

> Härvidlag vill utskottet till en början vidhålla den inställning som utskottet tidigare givit uttryck för, nämligen att det av principiella skäl är olämpligt att införa en ny straffpåföljd som skulle innebära ett obligatoriskt vårdprogram för personer som har dömts till fängelse. Än mindre lämpligt skulle det enligt utskottets mening vara att införa en särskild straffpåföljd för en viss typ av brott. Inte heller är det enligt utskottets mening lämpligt att vidta någon ändring i den regel i lagen om kriminalvård i anstalt som möjliggör behandling av den intagne, men som förutsätter frivillighet från den intagnes sida. Utskottet instämmer emellertid i att det är angeläget att man i rehabiliterande syfte söker utveckla metoder för särskilda insatser för den kategori dömda det gäller. Som framgår av den tidigare redovisningen har också inom kriminalvården bedrivits försöksverksamhet i avsikt att finna lämpliga behandlingsmetoder, och avsikten är nu att med utgångspunkt i denna försöksverksamhet skapa permanenta resurser inom kriminalvården för sådan behandling.

Justitieutskottet uttalade vidare vid behandlingen av några motioner angående psykoterapeutisk verksamhet av män som begått övergrepp mot kvinnor och barn bl.a. följande (1989/90:JuU:22 s. 16). Utskottet framhöll att kriminalvården under senare år har bedrivit en försöksverksamhet för att finna lämpliga behandlingsmetoder för män som gjort sig skyldiga till övergrepp mot kvinnor och barn. Genom omprioriteringar på befintliga anslag inrättade Kriminalvårdsstyrelsen år 1988 tre halvtidstjänster som psykolog speciellt för nämnda målgrupp. Kursprogram med inriktning på sex- och samlevnadsfrågor utarbetades för att användas i flera anstalter. I ett par riksanstalter planerades vid den aktuella tiden särskilda behandlingsprogram för sexualbrottslingar. Justitieutskottet påpekade vidare att utskottet vid flera tillfällen hade understrukit vikten av att man i rehabiliterande syfte sökte utveckla metoder för särskilda insatser för män som dömts för våldsbrott mot kvinnor. Därvid hade utskottet ställt sig positivt till nämnda försöksverksamhet. Av principiella skäl hade utskottet tagit avstånd från

införandet av en straffpåföljd som skulle kunna innebära ett obligatoriskt vårdprogram för de nu berörda till fängelse dömda männen. Vid riksdagsbehandlingen år 1988 slog utskottet fast att det var angeläget att försöksverksamheten vidareutvecklades och att det då var viktigt att all personal hade en tillräcklig insikt i det bedrivna arbetet. Detta gav riksdagen som sin mening regeringen till känna. Utskottet ville ånyo uttala att det var angeläget att behandlingsverksamheten prioriterades inom anstaltsvården. Med tanke på att verksamheten var i gång och på att ytterligare verksamhet i denna riktning planerades, fanns emellertid inte anledning för riksdagen att göra något särskilt uttalande i saken.

Beträffande en motion om vidareutveckling av verksamheten med behandling i anstalt av intagna män som begått våldsbrott mot kvinnor gjorde utskottet det uttalande som våra direktiv knyter an till. Utskottet anförde bl.a. följande (1990/91:JuU:17 s. 15).

> Utskottet anser det värdefullt att den verksamhet som bedrivs på området inom kriminalvården utvidgats. Vikten av att verkställighetstiden utnyttjas för att rehabilitera personer som dömts för våldsoch sexualbrott kan dock, enligt utskottets uppfattning, inte nog understrykas. Den verksamhet med behandling av personer, dömda för sexualbrott och våldsbrott, som bedrivs inom kriminalvården bör därför ytterligare utökas och intensifieras. Målet måste vara att de intagna som vill och har behov av det skall kunna erhålla sådan behandling. De erfarenheter som redan vunnits under den hittillsvarande verksamheten bör också tillvaratas i det ordinarie behandlingsarbetet med de intagna.

Den som utsätts för våldtäkt eller annat allvarligt sexualbrott drabbas oundvikligen av en svår känslomässig kris. Det har beskrivits så att övergreppet liknar andra oväntade, yttre påfrestningar som framkallar kriser, t.ex. att få besked om en dödlig sjukdom, att förlora en kroppsdel i samband med ett olycksfall eller att drabbas av en anhörigs plötsliga död. Den krisdrabbade kan tappa förtroendet för meningen med livet och fyllas med bitterhet och ångest över att inte själv längre kunna styra och kontrollera det. Den drabbade kan också förlora sitt självförtroende. I vissa fall kan den drabbade relativt snabbt ta sig ur krisen, medan för andra kan lidandet pågå under mycket lång tid. Gemensamt för alla som drabbats av denna typ av brott är att behovet av krisbearbetning är stort.

Ett stort antal åtgärder har på senare år vidtagits på olika områden för att motverka våld och andra övergrepp på kvinnor och barn. Ny lagstiftning har införts samtidigt som ändringar har gjorts i befintliga lagar. Andra åtgärder har inriktats på att åstadkomma förbättringar såväl vad avser förebyggande åtgärder som skydd för brottsoffer. Det är, bl.a. mot bakgrund av vad som nyss sagts om det lidande som offren utsätts för vid sexualbrott, angeläget att kraftfulla åtgärder vidtas för att i största möjliga utsträckning förhindra brott av denna typ.

Regeringen har nyligen tillkallat en särskild kommission för att utifrån ett kvinnoperspektiv göra en översyn av frågor som rör våld mot kvinnor och föreslå åtgärder för att motverka sådant våld. Kommissionen skall enligt sina direktiv göra en utvärdering och allmän översyn av tillämpningen av de regler som rör bl.a. sexualbrott och överväga möjligheterna att med i huvudsak nuvarande lagstiftning komma tillrätta med sådana brott. I det sammanhanget skall kommissionen särskilt studera våldtäktsbrotten. Kommissionen har att påtala brister som uppmärksammas vid översynen och aktualisera de lagstiftningsåtgärder som den finner påkallad. Kommissionen skall vidare göra en kartläggning och bedömning av de nuvarande behandlingsmetoderna för män som gjort sig skyldiga till övergrepp mot kvinnor. Enligt vad vi inhämtat kommer kommission att behandla sistnämnda fråga under hösten 1994.

Frågor i anslutning till sexualbrottslighet har, som nyss nämnts, under åren behandlats i många olika sammanhang. Det är därför värdefullt att en kommission tillkallats för att göra en samlad och bred översyn av dessa frågor. Förhoppningsvis kommer dessa att vid kommissionens arbete få en djupare och mer allsidig belysning än vad vi kan åstadkomma inom ramen för vårt begränsade uppdrag och på den mycket korta tid som stått till vårt förfogande. Som nedan konstateras har sexualbrott så gott som undantagslöst sin grund i psykiska defekter av skilda slag hos gärningsmännen. Brotten skiljer sig i detta hänseende markant från alla andra brottstyper. Enligt vår mening finns därför goda skäl att i ett vidare perspektiv överväga innehållet i påföljderna för sexualbrottslingar.

I allmänhet ådöms sexualförbrytare fängelse. Det kan i detta sammanhang erinras om att skyddstillsyn med särskild behandlingsplan, s.k. kontraktsvård, kan väljas som påföljd vid mer bagatellartade sexualbrott. Härigenom kan tillgodoses såväl behovet av behandlingsinsatser som det behov av stöd och övervakning under lång tid som flertalet sexualbrottsdömda har. För att tillgodose en intagen sexualbrottslings behandlingsbehov kan i vissa fall medges s.k. § 34-placering.

Vår uppgift när det gäller de här aktuella frågorna är således mycket begränsad. Vi skall bedöma behovet av vård och behandling av de sexualförbrytare som är intagna i kriminalvårdsanstalt samt lämna förslag på hur sådan behandling skall anordnas.

Vi har genom ett betydande antal kontakter med inhemsk och utländsk expertis på området erfarit att det är en allmän uppfattning att flertalet sexualförbrytare begått sitt brott på grund av någon form av sexuell avvikelse av så allvarligt slag att den måste betecknas som psykisk störning. Grundproblemet är ofta att dessa män har svårt att etablera en naturligt kontakt med kvinnor. Bakgrunden till störningen skiljer sig givetvis åt. Många av dessa män har själva utsatts för sexuella övergrepp när de var unga.

Enligt en förhållandevis grov modell som utarbetades på 1960-talet brukar man indela sexualförbrytarna i fyra huvudgrupper. Den första gruppen avser män med en i princip normal sexualitet som i samband med någon livskris förgriper sig på kvinnor eller barn. Den andra gruppen består av män som har det gemensamt att de har bristfälligt utvecklade sexuella hämningar. De har alltså svårt att kontrollera sina sexuella impulser. Dessa män har ofta växt upp under mindre gynnsamma förhållanden. Den tredje kategorin män anses begå sina brott på grund av somatiska eller psykiska sjukdomar. Deras sexualitet har en gång varit normal men den har förändrats på grund av missbruk eller hjärnskador. Dessa män förgriper sig ofta på barn. Den sista gruppen av sexualförbrytare är den som är mest återfallsbenägen. Det gäller män som tidigt i livet har utvecklat en svår sexuell ångest. Sexualiteten anses vara fixerad till ett barns personlighetsnivå. Risken för brott är särskilt stor när dessa män drabbas av någon kris i livet.

Något skäl att ifrågasätta den samstämmiga bedömningen att de flesta sexualbrotten har sin grund i psykisk störning kan vi inte se. Utgångspunkten måste därför bli att flertalet som är dömda till fängelse för denna typ av brott är i behov av någon form av vård eller behandling.

Antalet intagna i kriminalvårdsanstalt som dömts för sexualbrott har ökat mycket påtagligt under de senaste åren. Denna ökning försvårar bedömningen av hur stort behovet av behandling kan tänkas vara. Som ovan redovisats fanns den 1 oktober 1993 327 sexualbrottsdömda intagna i kriminalvårdsanstalt. Av dessa skulle ett 30-tal utvisas ur landet. Med hänsyn till att det för en sådan intagen är omöjligt att följa upp en under anstaltsvistelse inledd behandling efter frigivningen, är det inte meningsfyllt att erbjuda denna grupp behandling. Vad gäller övriga intagna vet man erfarenhetsmässigt att omkring tre fjärdedelar av dem som erbjuds behandling accepterar denna. Med utgångspunkt från antalet intagna den 1 oktober 1993 skulle behandlingsbehovet för närvarande uppgå till 200-250 intagna.

Vad slutligen angår frågan om hur behandlingen skall utformas kan till en början fastslås att denna undantagslöst måste vara frivillig. Det ligger i sakens natur att gärningsmannen initialt vanligen upprätthåller ett psykologiskt försvar mot det inträffade, dvs. han förnekar brott. I sådana fall kan det krävas återkommande motivationssamtal innan den intagne har egentlig möjlighet att överväga ett erbjudande om behandling.

Vi har ovan redovisat resultatet av vissa mindre undersökningar angående behandling av sexualbrottsdömda. Det måste dock fastslås att några verkligt säkra resultat inte finns att tillgå. Av olika skäl är den vetenskapliga forskningen på detta område nämligen mycket eftersatt. Även om kunskapsnivån ökar, framför allt genom forskning i USA och Canada, finns alltjämt många olika teorier om vilka motiv som ligger bakom sexualbrott. Det finns vidare en betydande osäkerhet om hur

man bäst behandlar de män som begått denna typ av brott. Vi har erfarit att man inom Socialstyrelsen överväger att initiera och aktivt stödja forskning angående sexualbrottslighet. Det kan inte nog understrykas hur angeläget det är med en sådan satsning. Vi förutsätter att kriminalvården och Socialstyrelsen samverkar kring sådan forskning, som även kan gälla användningsområdet för den nedan nämnda hormonbehandlingen.

Utformningen av behandlingsverksamheten kan inte låsas fast i bestämda former utan måste hållas öppen för den förändringar som kan komma. Män som dömts för sexualbrott har givetvis inte helt likartade behov av behandling. Vi har inte haft några praktiska möjligheter att kartlägga vilka behov som finns och hur många intagna som är att hänföra till varje sådan kategori, eftersom en sådan kartläggning torde bli tämligen omfattande och inte okomplicerad ur vetenskaplig synvinkel. Vi utgår dock ifrån att den nyligen tillsatta kommissionen om våld mot kvinnor kommer att överväga att låta göra en sådan undersökning.

Det finns inga genvägar när det gäller att behandla personer som begått sexualbrott. Endast kvalificerad psykoterapi bör komma i fråga. Erfarenheterna inom landet och utomlands ger vid handen att sådan behandling kan vara en förhållandevis effektiv behandlingsmetod för personer med de aktuella störningarna. Enligt vad vi inhämtat synes många vara av den meningen att gruppterapi är särskilt lämplig beträffande sexualförbrytare. Psykoterapeutisk behandling är långvarig och måste fortgå även efter villkorlig frigivning.

I den allmänna debatten har på senaste tid ofta s.k. kemisk kastrering nämnts som ett tänkbart sätt att komma till rätta med sexualbrottsligheten. Kemisk kastrering innebär att sexualdriften helt eller delvis reduceras med hjälp av mediciner. När patienten slutar att inta medicinen upphör emellertid dessa verkningar. Denna metod leder således aldrig till att sexualdriften slås ut för alltid. En mer korrekt beskrivning av denna metod är därför hormonbehandling. Några läkare anser att metoden kan - i den behandlades intresse - användas som ett led i behandlingen av en sexualförbrytare, t.ex. för att dämpa dennes sexualdrift så att han blir kontaktbar för psykoterapi. Hormonbehandling anses däremot aldrig ensam vara ett användbart medel att bota den som p.g.a. psykisk störning begår sexualbrott.

Hur den egentliga behandlingen närmare skall utformas vid kriminalvårdsanstalterna får avgöras från tid till annan. Det torde stå klart att endast ett begränsat antal anstalter bör komma ifråga för sådan verksamhet. Kriminalvårdsstyrelsen och regionmyndigheterna bör avgöra vilka anstalter som är lämpliga med hänsyn till geografisk belägenhet, pågående behandling m.m. Dessa myndigheter måste också bestämma vilken behandlingsinriktning som skall finnas vid de olika anstalterna. Den typ av behandling som kan komma ifråga är nämligen mycket kostsam och det får inte förekomma att satsningar görs utan

någon styrning. Kriminalvårdsstyrelsen bör upprätta allmänna riktlinjer för hur behandlingen skall bedrivas. Olika former av kvalificerad psykoterapi bör kunna komma i fråga med hänsyn till brottens art och gärningsmännens förhållanden. Det måste även finnas program som tar sikte på mindre grupper av sexualförbrytare, t.ex. sådan som förgripit sig på andra män. Endast sådan terapi som har stöd i vedertagen vetenskap på området bör komma ifråga. De olika personer inom kriminalvården som kommer i kontakt med den som genomgår behandling måste vara införstådda med sin yrkesroll. Det måste vara helt klart vem som svarar för behandlingen. Gränserna mellan den av terapeuterna bedrivna terapiverksamheten och annan av vårdarpersonalen bedriven stödjande verksamhet måste läggas fast. Självfallet måste behandlande personal ha för sitt uppdrag erforderlig kompetens. I det skede under behandlingen när den intagnes insikt om sin problematik ökar kan han drabbas av depression eller över huvud taget uppleva tillvaron som mycket besvärlig. Det är av yttersta vikt att den som handhar behandlingen kan fullfölja densamma även om den kommer in i ett mera kritiskt skede. Vid inledningen av behandlingen bör om möjligt dennas omfattning relateras till strafftidens längd på så sätt att ett eventuellt kritiskt skede i behandlingen tidsmässigt inte kommer att sammanfalla med frigivningen. Ansvaret för behandlingens utformning måste alltid åvila psykolog eller läkare. Övrig personal kan spela en särskilt viktig roll när det gäller att påverka sexualbrottsintagna att påbörja vård. Det är angeläget att Kriminalvårdsstyrelsen och regionledningarna regelbundet kontrollerar behandlingsresultaten vid varje anstalt med särskilda behandlingsprogram för sexualförbrytare.

Frivården bör svara för att påbörjad psykoterapi kan fullföljas under övervakningstiden efter villkorlig frigivning, om det föreligger sådant behov i det enskilda fallet. Önskvärt är därvid att personkontinuiteten upprätthålls. Samverkan bör ske med landstingen eller kommunerna i de fall det finns behov av frivillig terapi även efter övervakningstidens slut. Även anhöriga bör utnyttjas som stöd efter frigivningen. Som vi ovan har framhållit är det viktigt att uppföljningstiden efter villkorlig frigivning blir så lång som möjligt.

Vi har erfarit att man redan nu inom Kriminalvårdsstyrelsen överväger hur behandlingen av sexualbrottsdömda bör utformas. Det är enligt vår mening angeläget att detta arbete bedrivs med stor skyndsamhet.

Även om inte alla sexualbrottsdömda är villiga att underkasta sig behandling under verkställigheten, bör dessa intagna undantagslöst placeras så att trakasserier från medintagna inte kan förekomma.

En utbyggd behandling av sexualbrottsdömda innebär tveklöst en inte obetydlig kostnadsökning för kriminalvården. Det är svårt att utan kännedom om utformningen av de behandlingsprogram som kommer att bli aktuella uppskatta dessa kostnader. Det torde dock stå klart att

kriminalvården måste tillföras extra resurser för att riksdagens intentioner skall kunna förverkligas.

4 Specialmotivering

4.1 Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

4 §

I paragrafen införs ett nytt andra stycke vari anges att om en person på grund av att han är intagen i en kriminalvårdsanstalt vistas i ett annat landsting än det i vilket han är bosatt skall det först nämnda landstinget erbjuda psykiatrisk vård, om den intagne har behov av sådan. Vistelselandstinget skall således beträffande intagna i kriminalvårdsanstalt ha skyldighet att ge utomlänsvård i form av psykiatrisk vård. Med vistelselandstinget avses i detta sammanhang det landstinget inom vilken ifrågavarande kriminalvårdsanstalt är belägen. Liksom vid akut utomlänsvård, skall patientens hemlandsting svara för vårdkostnaderna oberoende av om landstingen träffat överenskommelse om utomlänsvård.

Om det föreligger särskilda skäl och Kriminalvårdsstyrelsen lämnar sitt medgivande får den intagne för psykiatrisk vård överföras till det landsting där han är bosatt. Särskilda skäl för ett sådant överförande kan vara att man bedömer att vården skall pågå under längre tid. Med längre tid avses i detta sammanhang en tid överstigande en månad. Ett annat skäl för sådant överförande kan vara att vården sannolikt skall fortsätta efter den intagnes frigivning. Det kan i sådana fall vara ändamålsenligt att den intagne vid den tidpunkt som bedöms lämplig kan överföras till den vårdinrättning på vilken han skall vårdas efter frigivningen. Sådan överflyttning torde blir särskilt angelägen när den intagnes frigivning ligger nära i tiden. En överflyttning till hemlandstinget får ske endast om Kriminalvårdsstyrelsen eller den myndighet styrelsen delegerat beslutanderätten till har godkänt detta.

Föreligger behov av psykiatrisk vård får denna inte skjutas upp i avvaktan på beslut om överföring till hemlandstinget. Vistelselandstinget har nämligen vårdansvaret fram till dess att en överföring till hemlandstinget har kommit till stånd.

7 §

I förevarande paragraf görs ett tillägg i andra stycket. Enligt detta skall landstinget vid planeringen av sin hälso- och sjukvård beakta de intagnas i kriminalvården behov av psykiatrisk vård. Om det i ett landsting finns en kriminalvårdsanstalt, skall landstinget beakta denna omständighet i sin planering. För att landstinget skall kunna bedöma vilket vårdbehov som kan föreligga hos de intagna i anstalten krävs att samverkan sker med kriminalvården. Landsting och kriminalvården måste ingå i förhandlingar även för att få till stånd en effektiv ordning för hur vården normalt skall anordnas.

Reservation och särskilda yttranden

Reservation av ledamoten Lars-Axel Nordell

Jag delar utredningens analyser och förslag till åtgärder, med undantag för de föreslagna ändringarna i Hälso- och Sjukvårdslagen, för att tillgodose behovet av sluten psykiatrisk vård för intagna på kriminalvårdsanstalt.

HSL är en ramlag och därmed finns formella skäl som talar emot förändringar i lagstiftningen i form av särlösningar för olika grupper. Den föreslagna förändringen innebär att vistelselandstinget ges det fulla behandlingsansvaret medan hemlandstinget enbart ges betalningsansvaret.

I Psykiatriutredningen (SOU 1992:73) finns ett annat förslag till lösning. Det går ut på att delar av statsbidraget till psykiatrin destineras till kriminalvården som i sin tur köper psykiatrisk vård från landstingen. Med detta förslag undviker vi ingrepp i HSL samtidigt som man slipper problemen med att bestämma vilket som är hemlandsting och om de ställer upp och betalar vården. I remissomgången fick förslaget stöd från flertalet remissinstanser, däribland flera landsting.

Landstingen utvecklar idag olika former av köpa-sälj-system som alternativ till den mer traditionella anslagsfinansieringen och därmed är de inte helt främmande för att få ersättning först sedan prestationen utförts.

Förslaget att låta kriminalvården köpa vården ligger dessutom väl i linje med ställningstaganden Fängelseutredningen tidigare gjort i sitt huvudbetänkande i fråga om behandlingsplacering (nuvarande § 34-placeringar). Där föreslås att kriminalvården får del av statsbidraget och att kommunerna befrias från sitt betalningsansvar.

Min slutsats är att förslaget att låta kriminalvården betala för den psykiatriska slutenvården är det bästa alternativet för att tillgodose behovet av sluten psykiatrisk vård för intagna i kriminalvårdsanstalt.

Särskilt yttrande av experten Svante Pettersson

Huvuddragen i Fängelseutredningens förslag vad gäller psykiatrisk behandling av intagna är väl avvägda. Så som utredningen också hävdar ger normaliseringsprincipen de bästa förutsättningarna för en god psykiatrisk vård till intagna i kriminalvården. Särskilda stödavdelningar inom kriminalvården för störande intagna med en psykiatrisk problematik men som inte är aktuella för psykiatrisk vård bör vara ett verkningsfullt medel att hantera viktiga problem. Förslagen om bättre kompetens hos kriminalvårdens personal och att anstalterna bör anlita vårdanknutna psykiatrer är också bra.

Däremot är förslaget om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) inte väl övervägt. Enligt utredningen uppstår det ibland oklarheter till följ av att vistelselandstinget i enlighet med HSL enbart har vårdansvaret för akut psykiatrisk vård. Vårdansvaret för sådan vård som inte är akut har hemlandstinget. För den intern som är bosatt i annat landsting än där anstalten är placerad uppges att nuvarande förhållanden kan försvåra för den intagne att få adekvat psykiatrisk vård. Antalet vårdtillfällen i psykiatrin för intagna i kriminalvården uppgick till 116 budgetåret 92/93. I närmare hälften av fallen var det fråga om vård utanför hemlandstinget. Detta kan jämföras med att det totala antalet vårdtillfällen i landstingens slutna vård var 1,7 miljoner under samma period, varav uppskattningsvis 75 000 avsåg vård utanför hemlandstinget. Den psykiatriska vården till kriminalvårdens klienter är alltså av mycket liten omfattning i förhållande till vad som generellt regleras genom HSL.

Självfallet får inte oklarheter om vårdansvaret leda till att intagna inom kriminalvården inte får sitt behov av psykiatrisk vård tillgodosett på ett adekvat sätt. Till skillnad från utredningen anser jag dock att det inte främst är fråga om ett problem av rättslig natur. Som utredningen också själv konstaterar medger nuvarande lagstiftning att frågan löses genom att det mellan sjukvårdshuvudmännen ingås särskilda överenskommelser.

Enligt uppgift finns de angivna problemen i vissa fall också inom landstingen - mellan olika sjukvårdsområden eller sektorer. Den föreslagna ändringen av HSL påverkar inte på något tydligt sätt detta vilket understryker att det alltså inte är fråga om ett problem som bör lösas genom lagändring.

HSL är en ramlag där förändringen, om den genomfördes, skulle komma att bli en unik reglering som rör en särskild grupp av patienter. Enligt förslag från Fängelseutredningen skall kriminalvården aktualisera avtal med landstingen med syfte att säkerställa de intagnas rätt till att i förekommande fall erhålla psykiatrisk sjukhusvård. Särskilda överläggningar mellan kriminalvården och landstingen kan vara en bra väg att förbättra förutsättningarna för kriminalvårdens klienter att få en god psykiatrisk vård och frågan om vårdansvaret för sådan psykiatrisk

vård som inte är akut bör lösas i detta sammanhang i stället för genom ändring av HSL.

Särskilt yttrande av experten Lars Nilsson

Det är positivt att Fängelseutredningen har uppmärksammat problemen med s.k. utomlänsvård. Vidare är det väsentligt att dessa problem begränsas så att intagna i kriminalvårdsanstalt kan erhålla adekvat psykiatrisk vård i erforderlig utsträckning.

Fängelseutredningen framhåller att problematiken kring utomlänsvården väsentligen är av rättslig natur och föreslår att det i 4 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) bör föreskrivas att landstinget skall erbjuda psykiatrisk vård åt intagen i kriminalvårdsanstalt som är belägen inom landstingets upptagningsområde. Vistelselandstinget skall således ge vård oberoende av om det träffas en överenskommelse om detta med patientens hemlandsting. Vidare föreslår utredningen att det anges i 7 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL) att landstingen vid planering av sin hälso- och sjukvården även skall beakta behovet av psykiatrisk vård för intagna i kriminalvårdsanstalt.

I HSL är utgångspunkten för landstingets ansvar att de personer som är bosatta inom landstinget skall erbjudas en god hälso- och sjukvård. Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen.

I 4 § HSL föreskrivs följande: Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård skall landstinget erbjuda sådan vård. Vidare anges att ett landsting också i andra fall får erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting om landstingen kommer överens om det.

Av detta framgår att HSL med nuvarande utformning ger goda förutsättningar för att även intagna i kriminalvårdsanstalt som vårdas utanför sitt hemortslandsting skall kunna erhålla en god hälso- och sjukvård. Det finns således inget i lagstiftningen som hindrar att annat landsting än hemortslandstinget tillhandahåller psykiatrisk vård till kriminalvårdens intagna.

De svårigheter som Fängelseutredningen har funnit när det gäller intagnas möjligheter att erhålla psykiatrisk vård i andra landsting än hemlandstinget torde därför i första hand bero på brister i tillämpningen av HSL snarare än på utformningen av lagstiftningen. Fängelseutredningens förslag borde av detta skäl ha inriktats mot att effektivisera tillämpningen av lagstiftningen t.ex. genom att berörda organ tar fram klara riktlinjer för hur lagstiftningen skall tillämpas.

HSL har genom åren tillförts ett inte oväsentligt antal nya bestämmelser. Trots detta har lagen behållit sin karaktär av ramlag. De särbestämmelser som ansetts befogade beträffande viss typ av vård, t.ex. psykiatrisk tvångsvård, har tagits in i särskilda lagar. Detsamma gäller bestämmelser om hälso- och sjukvård för särskilda kategorier av patienter, t.ex. intagna i kriminalvårdsanstalt (37 § KvaL).

Mot denna bakgrund framstår det som mindre lämpligt att i HSL ta in särskilda bestämmelser om psykiatrisk vård åt intagna i kriminal-

vårdsanstalt. Om sådana särbestämmelser anses befogade bör de lagtekniskt höra till kriminalvårdslagstiftningen. Behovet av bestämmelserna kan dock ifrågasättas.

KUNGL. BIBLIOTEKET · STOCKHOLM ·

Statens offentliga utredningar 1994

Kronologisk förteckning

1. Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. Fi.
2. Kommunerna, Landstingen och Europa + Bilagedel. C.
3. Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. S.
4. Vapenlagen och EG. Ju.
5. Kriminalvård och psykiatri. Ju.

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Vapenlagen och EG [4]
Kriminalvård och psykiatri. [5]

Socialdepartementet

Mäns föreställningar om kvinnor och chefsskap. [3]

Finansdepartementet

Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. [1]

Civildepartementet

Kommunerna, Landstingen och Europa.
+ Bilagedel. [2]