

REGERINGSRÄTTENS DOM

Mål nr
1552-09

meddelad i Stockholm den 5 juli 2010

KLAGANDE

AA

Ombud och offentligt biträde: Advokat Göran Hjalmarsson
Advokatfirman Guide AB
Box 3549
103 69 Stockholm

ÖVERKLAGAT AVGÖRANDE

Kammarrätten i Stockholms dom den 17 februari 2009 i mål nr 9672-08, se bilaga

SAKEN

Psykiatrisk tvångsvård

REGERINGSRÄTTENS AVGÖRANDE

Regeringsrätten upphäver kammarrättens och länsrättens domar och lämnar chefsöverläkarens ansökan om fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, utan bifall.

Regeringsrätten fastställer vad kammarrätten beslutat om sekretess.

Regeringsrätten bestämmer att ersättning ska betalas till advokat Göran Hjalmarsson som offentligt biträde för AA med 2 760 kr (inklusive mervärdesskatt) för arbete och till advokat Mattias Björk som tidigare offentligt biträde för AA med 2 070 kr (inklusive mervärdesskatt) för arbete.

Dok.Id 92604

Postadress
Box 2293
103 17 Stockholm

Besöksadress
Wallingatan 2

Telefon
08-561 676 00
E-post: regeringsratten@dom.se

Telefax
08-561 678 20

Expeditionstid
måndag – fredag
08:00-12:00
13:00-16:30

YRKANDEN M.M.

AA

AA yrkar att Regeringsrätten lämnar chefsöverläkarens ansökan om medgivande till öppen psykiatrisk tvångsvård enligt 9 § LPT utan bifall.

Han anför bl.a. följande. En förutsättning för öppen psykiatrisk tvångsvård är att patienten behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. Rekvisitet 'nödvändig' innebär att det ställs ett relativt högt krav på behovet av vård. Han har en psykisk sjukdom som gör att han tidvis behöver vård under korta perioder efter psykosgenombrott. Däremellan fungerar han väl i eget boende med boendestöd och kontakt med öppenvården.

Han har tillfrisknat så att psykoserna dels kommer mer sällan, dels tar sig allt lindrigare uttryck för varje gång. I dagsläget upplever han sig som fullt frisk men är ändå villig att hålla fortsatt kontakt med öppenvården och boendestödet och underkastar sig alla delar av den samordnade vårdplanen utom medicineringen.

Vid de tre senaste vårdtillfällena har han behövt sluten vård under endast omkring en månad. Sedan har det gått omkring två år innan han fått en ny psykos. Mellan 12 och 14 månader av den tiden har han varit helt medicinfri. Sjukdomsåterfallen kan alltså inte knytas till frånvaron av medicin på ett sådant sätt att fortlöpande förebyggande medicinering kan ges med tvång mot hans vilja.

Depåmedicineringen är obehövlig. Att han varit helt symtomfri under omkring två år förklaras delvis av en sundare livsstil i allmänhet och psykologsamtal. De fasta rutiner han har i sin vardag bidrar till att han kan undvika framtida psykos. Han håller en tät kontakt med vårdmottagning och boendestöd, så alla försämringar i hans tillstånd kan observeras. De senaste två vårdtillfällena har avslutats genom att länsrätten avslagit ansökningar om förlängning. Chefsöverläkarens bedömning att vården behövde förlängas ytterligare har alltså inte godtagits av domstolarna.

Yttrande av Socialstyrelsen

Regeringsrätten har inhämtat Socialstyrelsens yttrande i målet. Styrelsen har anfört i huvudsak följande. Det har varit lagstiftarens avsikt att åstadkomma en vårdform som kan tillgodose den enskildes behov av vård utan att den vården behöver ges med hjälp av det slags tvång som den tidigare lydelsen av LPT medgav. Den nya vårdformen kan sägas innebära att vårdgivaren fått ytterligare ett verktyg i sin hand, men likväl i form av tvångsvård. Den nya vårdformen innebär att tvånget har en mindre ingripande utformning. Vårdformen måste dock likväl vara effektiv för att tjäna sitt syfte, och det är för detta ändamål som det finns möjlighet att föreskriva de särskilda villkor som vårdformen förutsätter. Det säger sig självt att iakttagandet av dessa villkor är en grundläggande förutsättning för att den nya vårdformen ska kunna fungera för patienten och verkligen utgöra ett fullgott alternativ till mer ingripande tvångsåtgärder. Patientens egen inställning till vården och förmåga att bedöma den blir då av central betydelse.

Den rättsliga bedömning som således ska göras måste i stor utsträckning vila på den medicinska utredningen i målet, särskilt såvitt avser bedömningen av sjukdomen i sig, dess vanliga förlopp och den erfarenhet vården har av olika slags medicinering och sätt att administrera sådan medicinering och av hur patienter med nu aktuell diagnos svarar på medicinering.

Målet gäller en patient med mångårig psykisk sjukdom med åtföljande mångårig behandling inom psykiatri. Det innebär att det går att se tillbaka på försök med alternativa behandlingar och resultatet av dessa. Den sammanfattande slutsats som då kan dras är att patienten måste vara föremål för tvång eftersom han inte samtycker till den läkemedelsbehandling som enligt den medicinska utredningen är oundgänglig. Den medicinska utredningen visar att det är angeläget för patientens tillstånd och livskvalitet att han tar emot vårdplanens alla delar. En adekvat vård bygger på att medicin kan ges. Det står klart att något samtycke till den behövliga medicineringen inte föreligger. Samtidigt synes det också klarlagt att det i ett fall som detta inte är nödvändigt med sluten psykiatrisk tvångsvård, utan att den nya vårdformen är väl lämpad. Sammanfattningsvis är samtliga

rekvisit för öppen psykiatrisk tvångsvård uppfyllda och de föreskrivna villkoren står i rimlig proportion till syftet med tvångsätgården.

Sakkunnigutlåtande

Socialstyrelsen har uppdragit åt BB, professor i psykiatri och ledamot av Socialstyrelsens vetenskapliga råd, att avge ett sakkunnigutlåtande. Han har anfört i huvudsak följande. Det går inte att hävda att AA psykos kommer mer eller mindre sällan. Mer adekvat torde vara att konstatera att han sedan 30 år tillbaka lider av en allvarlig psykisk störning och man kan diskutera hur ofta försämringsepisoderna kommer. Det tycks enligt tillgängliga journalhandlingar finnas ett visst, men begränsat stöd för att intervallerna mellan grava försämringar blivit något längre. Vid de senaste sex återintagningarna tycks intervallerna från det att medicineringen upphört till återintagning ha varit ca sju månader, nio månader, fem månader, två månader, tolv månader respektive tretton månader. Det saknas stöd för påståendet att försämringperioderna skulle ha blivit lindrigare. Även mellan de försämringperioder som föranlett återintagningar har AA varit i kontinuerligt behov av psykiatriska tvångsätgärder. Det är svårt att se någon förändring i sjukdomsbilden under de senaste åtta åren som skulle ha avgörande betydelse för bedömningen att AA är allvarligt psykiskt störd eller att han är i behov av psykiatriska tvångsätgärder.

World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) har gett ut rekommendationer för behandling av schizofreni. Av dessa framgår att schizofreni är en allvarlig psykotisk sjukdom som medför en oerhörd belastning för patienterna och deras anhöriga. Det karaktäristiska för sjukdomen är perioder av försämring som alternerar med perioder av förbättring. Av WFSBP:s rekommendationer framgår att medicineringsrekommenderas i ett till två år vid det första tillfället, två till fem år för patienter som haft ett återfall samt över fem år, eventuellt hela livet, för dem som haft upprepade episoder. Eftersom AA har haft upprepade episoder under lång tid innebär rekommendationerna att han bör få medicin under mer än fem år och kanske för resten av livet.

Mål nr
1552-09

Det finns mycket gott stöd för att det nu beskrivna sjukdomsförloppet kan förbättras med långvarig medicinering så att allvarliga försämringsperioder uteblir. AA har under de senaste åtta åren inte haft några försämringsperioder under den tid då medicineringen upprätthållits men sju försämringsperioder – med aggressivitet som föranlett polishämtning och återintagning enligt LPT – under den tid han varit utan medicinering. Det är övervägande sannolikt att försämringsperioderna inte skulle ha inträffat, om han hade haft kontinuerlig antipsykotisk medicinering i enlighet med gällande behandlingsrekommendationer. Medicineringen har haft god effekt med relativt men inte exceptionellt snabb lindring av försämringsepisoderna. Viktigare är dock att inga försämringsepisoder med åtföljande återintagningar skett under pågående medicinering.

AA hälsa skadas allvarligt av de upprepade försämringsperioderna. Det finns också stöd i litteraturen för att upprepade försämringsepisoder menligt påverkar de intellektuella funktionerna. Det framgår vidare att patienten blir aggressiv och hotfull vid sina försämringsepisoder, och att han då är farlig för annans personliga säkerhet och fysiska och psykiska hälsa.

Medicineringen är en oundgänglig del av den psykiatriska vård som är nödvändig för AA. I handlingarna finns det inte stöd för att något mindre ingripande villkor skulle kunna vara tillräckligt för att hindra framtida polishämtningar och återintagningar. Den samordnade vårdplanen förefaller vara i linje med gällande behandlingsrekommendationer och depåmedicineringen är den viktigaste komponenten. Övriga delar i vårdplanen är också viktiga men kan inte ensamma förebygga försämringsepisoderna.

Chefsöverläkaren

Chefsöverläkaren, överläkare CC, har i huvudsak anfört följande. Det går inte att med säkerhet avgöra hur lång tid det tar innan ett nytt återinsjuknande inträffar. Efter avslutad behandling finns det ett tydligt samband mellan utebliven farmakologisk behandling och återinsjuknande på det sättet att återinsjuknanden

alltid inträffat sedan medicineringen upphört och aldrig medan behandlingen garanterats.

SKÄLEN FÖR REGERINGSRÄTTENS AVGÖRANDE

Tillämpliga regler m.m.

Enligt 1 § LPT gäller föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) all psykiatrisk vård. Det innebär bl.a. att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, och att den så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten (2 a § hälso- och sjukvårdslagen). I LPT ges kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (*tvångsvård*).

Av 2 § LPT följer att vård enligt lagen kan ges som sluten psykiatrisk tvångsvård eller, efter sådan vård, som öppen psykiatrisk tvångsvård. Vård som ges när patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning benämns sluten psykiatrisk tvångsvård, medan annan vård enligt lagen benämns öppen psykiatrisk tvångsvård. Tvångsvården ska syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.

Enligt 3 § första stycket LPT får tvångsvård ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (*sluten psykiatrisk tvångsvård*), eller
2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (*öppen psykiatrisk tvångsvård*).

Av 3 § andra stycket LPT följer att en ytterligare förutsättning för vård enligt lagen är att patienten motsätter sig sådan vård som avses i första stycket eller att det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att

vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke. Vid bedömningen av vårdbehovet ska det enligt fjärde stycket också beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Av 2 a § LPT framgår att tvångsåtgärder vid vård enligt lagen bara får användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden samt att mindre ingripande åtgärder ska användas om de är tillräckliga.

Reglerna om öppen psykiatrisk tvångsvård infördes i LPT den 1 september 2008. I förarbetena till lagändringen anfördes följande om syftet med reformen och förutsättningarna för beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård.

Vårdreformen syftar till att skapa bättre förutsättningar för utslussning och rehabilitering till ett liv utanför sjukvårdsinrättning och minska behovet av återkommande återintagningar i tvångsvård. Den nya formen av tvångsvård behövs bl.a. därför att det i vissa fall krävs lång tid för personer med psykisk sjukdom att förbereda sig för och anpassa sig till ett liv utanför sjukvårdsinrättningen. Det finns också personer som inte behöver vistas på en sjukvårdsinrättning men som har ett livslångt behov av en tydlig struktur kring t.ex. medicinering, boende eller sysselsättning för att inte försämrats i sin psykiska sjukdom. För dessa kan det vara olämpligt att avbryta tvångsvården om det medför risk för ett försämrat hälsotillstånd (prop. 2007/08:70 s. 75–76).

Öppen tvångsvård bör kunna beslutas i fråga om personer med allvarlig och långvarig psykisk störning som vid upprepade tillfällen varit intagna för tvångsvård därför att de inte frivilligt skött sin behandling tillfredsställande men som bedöms kunna klara sig i det egna hemmet med en skyldighet att iaktta vissa villkor. Det är bl.a. fråga om personer som behöver kontinuerlig medicinering eller annan behandling för att inte återfalla i självdestruktivitet eller hotfullt beteende och riskera att allvarligt skada sig själv eller någon annan (a. prop. s. 87–88). Vårdformen är emellertid inte avsedd som en möjlighet att slentrianmässigt ge patienter långtidsmedicinering utanför sjukvårdsinrättningen

utan att erbjuda andra möjligheter till behandling. De krav som följer av hälso- och sjukvårdslagen ska vara grundläggande för behandlingen av alla patienter inom såväl frivillig vård som tvångsvård och styrande för alla åtgärder som vidtas (a. prop. s. 109–110).

Villkoren vid öppen tvångsvård ska bestämmas efter en avvägning mellan å ena sidan vad som med hänsyn till patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden krävs för att vård ska kunna ges utanför sjukvårdsinrättningen och å andra sidan principen att de åtgärder ska väljas som är minst ingripande för patienten. I varje enskilt fall måste noga prövas om villkoren uppfyller dessa krav och syften. En avvägning måste göras mellan den kränkning av patientens självbestämmande, integritet och värdighet som ett beslut om öppen vård med de aktuella villkoren innebär och effekterna på patientens hälsa och livskvalitet (a. prop. s. 111).

Behandlingen inom den öppna tvångsvården får inte genomdrivas med tvångsåtgärder. Det är t.ex. inte inom ramen för den nya vårdformen tillåtet att bälteslägga en patient för att ge honom medicin (a. prop. s. 107 och 110).

Om patienten inte rättar sig efter de villkor som gäller ligger det nära till hands att anse att vården inte längre kan ges utanför sjukvårdsinrättningen. Ett exempel kan vara att en patient inte tar sin medicin enligt uppställda villkor. Patienten måste emellertid inte alltid återintag i dessa fall. Om en återintagning måste göras får bedömas från fall till fall och är beroende av vilka villkor som föreskrivits och patientens sjukdomsbild. Återintagning får inte användas som en sanktion för att ett villkor inte har iakttagits (a. prop. s. 116).

Förutsättningarna i målet

AA lider av en allvarlig psykisk störning av det slag som avses i 3 § LPT. Han har inte ett oundgängligt behov av att vara intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Han accepterar alla delar av vårdplanen utom en ordination om depåmedicinering. Därför har chefsöverläkaren ansökt om öppen psykiatrisk tvångsvård med villkor bl.a. att AA

Mål nr
1552-09

ska underkasta sig medicineringen. AA har tidigare varit ordinerad depåmedicinering, men har avbrutit denna. Han har då efter en tid återintagits för sluten tvångsvård. Vid de senaste sex tillfällena har intervallerna från det att han slutat ta medicinen till den nya tvångsintagningen varit omkring sju, nio, fem, två, tolv respektive tretton månader.

AA inställning får förstås så att han motsätter sig depåmedicineringen, även om han genom att avstå från medicinen kan komma att efter en tid bli så sjuk att han måste ges sluten psykiatrisk tvångsvård och trots att dessa insjuknanden är förenade med en risk för en bestående försämring. Han motiverar sin inställning med att han inte behöver medicinen och att långvarig medicinering kan ha skadliga effekter.

Regeringsrättens bedömning

Regeringsrätten ifrågasätter inte att depåmedicineringen är i linje med gällande rekommendationer och minskar risken för psykosgenombrott. Regeringsrätten ifrågasätter inte heller att det är sannolikt att allvarliga försämringsperioder kommer att inträffa förr eller senare om AA inte tar den ordinerade medicinen och att hans hälsa kan skadas av försämringsperioderna.

Genom reglerna om öppen psykiatrisk tvångsvård blev det möjligt att besluta om psykiatrisk tvångsvård för nya kategorier av patienter. Varken i lagen eller i förarbetena har närmare angetts vad som kan vara nödvändig psykiatrisk tvångsvård i olika fall, utan det har lämnats åt rättstillämpningen att avgöra för vilka patienter och i vilka situationer den nya vårdformen ska användas.

Den öppna psykiatriska tvångsvården är – trots benämningen – inte förenad med något egentligt tvång. Ett villkor om t.ex. medicinering kan inte genomdrivas med någon tvångsåtgärd. Inte heller kan patienten återföras till sluten tvångsvård bara för att han inte rättar sig efter villkoren. En patient som sagt sig vara beredd att acceptera den föreslagna vården och skrivits ut från sluten tvångsvård utan beslut om öppen tvångsvård kan inte ges vare sig öppen eller sluten tvångsvård om han senare ändrar sig och vägrar att ta emot ordinerade vårdinsatser. I vilken mån

Mål nr
1552-09

patienterna i allmänhet rättar sig efter villkoren och av vilka skäl de i så fall gör det har inte belysts i målet.

Den medicinering som AA motsätter sig kan inte påtvingas honom inom ramen för institutet öppen psykiatrisk tvångsvård. Redan på grund av detta kan det sättas i fråga om det finns tillräckliga skäl för att han ska vara underkastad sådan vård.

Till detta kommer att lagens syfte och uppbyggnad talar för en restriktiv tolkning av vad som ska anses vara nödvändig vård enligt 3 § LPT. Den omständigheten att det är sannolikt att AA utan den ordinerade medicinen kommer att insjukna om några månader eller något år kan inte medföra att medicinen nu ska anses nödvändig för honom. Det saknas därmed förutsättningar för öppen psykiatrisk tvångsvård. Kammarrättens och länsrättens avgöranden ska därför upphävas, och chefsöverläkarens ansökan ska lämnas utan bifall.

Sten Heckscher

Gustaf Sandström
Skiljaktig mening, se protokoll

Anna-Karin Lundin
Skiljaktig mening, se protokoll

Annika Brickman

Kristina Ståhl

Gun Borgstedt
Föredragande regeringsrätts-
sekreterare

Avd. I

Föredraget 2010-05-19