

Svensk rättspsykiatri i förändring

Omfattande förslag till lagändringar i Psykiatrilagsutredningens betänkande

JONATAN HEDLUND, ST-läkare, Psykiatri Sydväst, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
jonatan.hedlund@sll.se

MARIANNE KRISTIANSSON, adjungerad professor, verksamhetschef, Rättsmedicinal-

verkets rättspsykiatriska avdelning i Stockholm; Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm

KAJ FORSLUND, verksamhetschef, Rättspsykiatri Vård Stockholm, Stockholm

Alltsedan de första civiliserade rättssystemen började ta form har barn och psykiskt sjuka intagit en straffrättslig särställning. En vanlig uppfattning är att en gärningsperson måste vara någorlunda fri från psykisk sjuklighet för att kunna hållas ansvarig och dömas för sina handlingar. Begreppet tillräknelighet är dock inte synonyma begrepp; hos de flesta otillräkneliga lagöverträdare föreligger samtidigt uppsåt.

De juridisk-filosofiska resonemangen är komplexa [1]. I nära nog samtliga länder som är jämförbara med Sverige betraktas svårt psykiskt störda lagöverträdare som otillräkneliga, och kan därför inte dömas för sina gärningar. Så var fallet även i Sverige, men i och med brottsbalkens tillblivelse 1965 infördes ett till dags dato närmast unikt system som håller alla människor ansvariga för sina handlingar [2]. Även en gravt psykiskt sjuk lagöverträdare får finna sig i att utstå domstolens klander. Samhällets omsorg om den sjuke får sedan sitt uttryck i påföljdsledet, många gånger genom överlämnande till rättspsykiatrisk vård.

Är psykiskt sjuka människor farliga?

I flera decennier har det förts diskussioner kring kopplingen mellan psykisk sjukdom, våld och brott [3-5]. Debatten fick ny fart efter mordet på utrikesminister Anna Lindh och andra sk vansinnesdåd som skakade Sverige 2003 [6]. I en studie som fått stort genomslag konstaterades att våldsbenägenheten hos psykiatriska patienter utan samtidigt missbruk inte är större än hos friska [7]. En metaanalys av patienter med schizofreni har nyligen bekräftat detta [3], och i en omfattande longitudinell studie kunde man endast se en lätt ökad risk för våld hos icke-missbrukande schizofrena personer [8]. Förekomst av en isolerad allvarlig psykisk störning har inte kunnat kopplas till risk för framtida våld [4], och det finns stöd för att patienter inom allmänpsykiatrin sällan behöver betraktas som farliga [9].

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) har i en systematisk litteraturöversikt slagit fast att riskbedömningar inom psykiatrin bättre än slumpen kan förutsäga manliga patienters framtida benägenhet att begå våldshandlingar. Risk-

»Ingen diagnos medför per automatik att det föreligger en allvarlig psykisk störning...«

FAKTA 1. Allvarlig psykisk störning

Allvarlig psykisk störning är ett juridiskt begrepp. Ingen diagnos medför per automatik att det föreligger en allvarlig psykisk störning (möjlig undantaget schizofreni). Det är effekterna av beteendevikselerna som är avgörande.

Begreppet omfattar psykotiska tillstånd med sviktande realitetsvärdering (vanligen med inslag av vanföreställningar och varierande grad av konfusion och/eller hallucinationer), svår depression med självmordsbeteende, grava personlighetsstörningar med

psykosgenombrott och låg social funktionsnivå samt tillstånd med uttalad tvångsmässighet som påverkar funktionsförmågan.

I rättspsykiatrisk mening inkluderas också svår utvecklingsstörning, allvarliga demenstillstånd och omfattande hjärnskador. Av central betydelse är att tillståndet både till sin art och grad måste vara allvarligt. Som praxis utvecklas bedöms det nästan alltid föreligga en allvarlig psykisk störning om gärningspersonen har diagnosen schizofreni.

värderingsinstrument som VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) och HCR-20 (Historical and Clinical Risk Management), som är likvärdiga vad gäller validitet, kan användas även om felbedömningar sker i minst vart tredje fall [6].

Begreppet allvarlig psykisk störning (Fakta 1) förekommer i såväl lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) som i lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) [10].

Rättspsykiatrisk utredningsverksamhet

Staten ansvarar genom Rättsmedicinalverket (RMV) för det rättspsykiatriska utredningsarbetet. Sådan verksamhet bedrivs vid RMV:s enheter i Stockholm och Göteborg, samt även vid den psykiatriska kliniken i Umeå enligt ett särskilt entreprenadavtal. Den huvudsakliga uppgiften är att på uppdrag av landets domstolar utföra vad som i dagligt tal kallas små (§ 7-undersökningar) respektive stora rättspsykiatriska undersökningar. Under 2009 och 2010 genomfördes årligen ca 500 rättspsykiatriska undersökningar, och tre gånger så många § 7-intyg avgavs [11]. De senare syftar till att avgöra om den tilltalade kan misstänkas lida av en allvarlig psykisk störning, vilket i sin tur motiverar en fördjupad kartläggning med en rättspsykiatrisk undersökning.

§ 7-undersökningen genomförs av en läkare som är anställd vid eller kontrakterad av RMV (i praktiken en rättspsykiater eller en specialist i annan psykiatrisk gren med särskild utbildning och handledning) och baseras på tillgängliga handlingar av intresse samt ett cirka tims långt samtal [2, 12]. Den

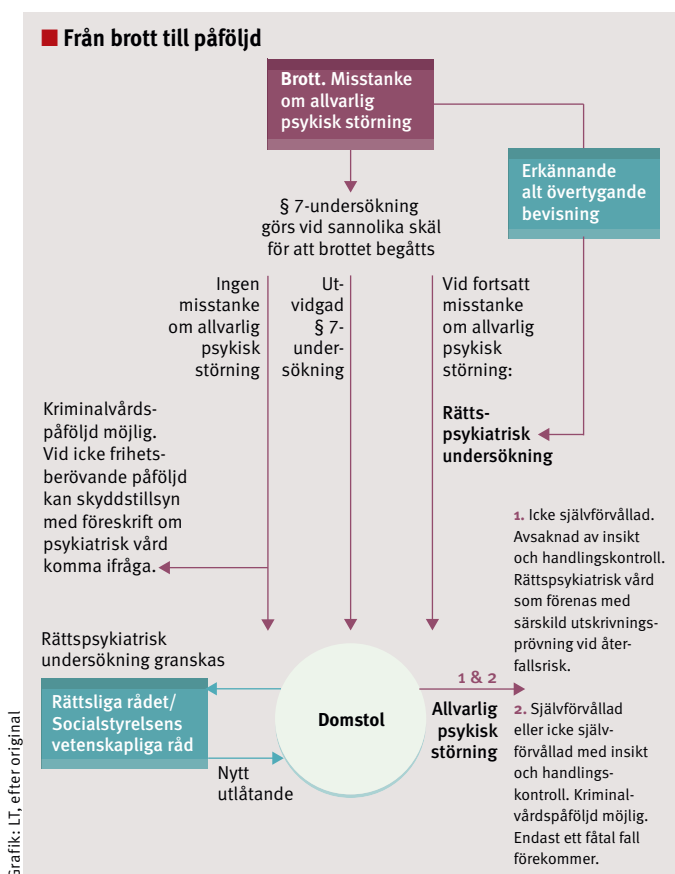
SAMMANFATTAT

Barn och psykiskt sjuka har sedan de första civiliserade rättssystemen började ta form haft en straffrättslig särställning.

I Sverige har det i flera decennier förts diskussioner kring kopplingen mellan psykisk sjukdom, våld och brott, och i brottsbalken 1965 infördes ett närmast unikt system som håller alla människor ansvariga för sina handlingar.

I april 2012 presenterades den sk psykiatrilagsutredningens betänkande som innehöll förslag till omfattande lagändringar.

Den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen föreslås samlas i en enda lag, och vid rättspsykiatriska undersökningar föreslås en övergång från dagens bedömning av förekomst av allvarlig psykisk störning till värdering av tillräknelighet.



Grafik: LT, efter original

Figur 1. Tänkbar juridisk process från brott till påföljd.

betydligt mer omfattande rättspsykiatriska undersökningen tar 4–6 veckor och genomförs vanligen på en rättspsykiatrisk undersökningsenhet [2, 11], vilket alltid är fallet med häktade

personer. Omkring 90 procent av dem som genomgår rättspsykiatriska undersökningar är män och knappt hälften av de undersökta bedöms lida av en allvarlig psykisk störning [11, 13]. Drygt hälften av de undersökta får efter domstolsförhandling en kriminalvårdspåföljd [13].

Ett rättspsykiatriskt utredningsteam består av fyra yrkeskategorier: rättspsykiater, forensisk socialutredare (med socionomutbildning), psykolog och en rättspsykiatrisk kontaktperson från avdelningen där de häktade intagna vistas under utredningstiden. Varje teammedlem skriver sin delutredning efter inhämtande av erforderlig information. Lagen om rättspsykiatrisk undersökning (LRU) styr verksamheten. Lagen medger utan hinder av sekretess att teamet kan ta del av omfattande dokumentation från offentlig hälso- och sjukvård samt kommunal verksamhet [14]. Rättspsykiatern ansvarar för den medicinsk-psykiatriska delen samt det slutgiltiga utlåtandet, som baseras på en sammanvägning av de ingående delutredningarna. Domstolen vill i första hand få klarlagt huruvida en allvarlig psykisk störning har förelegat vid tiden för brottet respektive vid tiden för undersökningen.

Om domstolen eller någon av parterna i rättsprocessen uttrycker misstro kring slutsatsen i en rättspsykiatrisk undersökning finns möjlighet att begära en granskning av Rättsliga rådet (Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor). I ett tiotal fall årligen sker en sådan granskning, ibland på grundval av befintlig dokumentation och ibland utifrån nya intervjuer [11], som ofta utförs av något av Socialstyrelsens vetenskapliga råd på uppdrag av Rättsliga rådet. Figur 1 illustrerar en tänkbar, något förenklad, juridisk process.

Övriga juridiska förutsättningar

För att en person ska kunna överlämnas till rättspsykiatrisk vård krävs att det vid undersökningstillfället föreligger en allvarlig psykisk störning och behov av heldygnsvård förenat med frihetsberövande och annat tvång [15]. Om brottet har begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning, och

TABELL 1. Det rättspsykiatriska utredningsarbetet i Sverige (basfakta).

Undersökning/bedömning	Kompetenskrav för läkare	Övrig personal	Resultat	Poliklinisk/inneliggande undersökning	Tidsåtgång	Beslutsunderlag för domstol
§ 7-undersökning (liten sinnesundersökning)	Specialist i rättspsykiatri, allmänpsykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri	Saknas	Läkarintyg enligt 7 §, lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål mm.)	Poliklinisk	1 timme – några timmar	Ej tillräckligt
Utvidgad § 7-undersökning (»vårdsjua«)	Specialist i rättspsykiatri, alt en inom området erfaren specialist i annan psykiatrisk gren med förordnande av RMV	Saknas	Läkarintyg enligt ovan	Poliklinisk	1 timme – några timmar	Tillräckligt, men av rättspsykiatriska påföljder kan endast vård med stöd av LRV utan särskild utredningspåföljd utdömas
Rättspsykiatrisk undersökning (stor rättspsykiatrisk undersökning)	Specialist i rättspsykiatri, alt en inom området erfaren specialist i annan psykiatrisk gren med förordnande av RMV	Psykolog, forensisk socialutredare, rättspsykiatrisk kontaktperson	Utlåtande beträffande den rättspsykiatriska undersökningen	Inneliggande för häktade, poliklinisk undersökning görs ibland för övriga	Häktade: Utlåtande ska vara rätten tillhanda inom 4 veckor efter beslut om rättspsykiatrisk undersökning. Övriga: inom 6 veckor	Tillräckligt
Bedömning av Rättsliga rådet	Seniora specialister i rättspsykiatri och andra psykiatriska grenar	Eventuellt ett vetenskapligt råd utsett av Socialstyrelsen	Rättsliga rådets utlåtande	Varierar	Varierar	Tillräckligt

KLINIK & VETENSKAP ÖVERSIKT

rätten bedömer att det föreligger risk för återfall i brottslighet av allvarligt slag, finns förutsättningar för överlämnande till rättspsykiatrisk vård förenad med särskild utskrivningsprövning.

Det innebär att vården får fortsätta till dess förvaltningsrätten bedömer att den kan avslutas, vilket förutsätter att den allvarliga psykiska störningen inte längre medför risk för återfall i allvarlig brottslighet. Friförmåner som permissioner och frigång regleras av rätten efter ansökan från patienten respektive chefsöverläkaren [16]. Förhandlingarna i rätten följer samma mönster som vid LPT-ärenden (lagen om psykiatrisk tvångsvård). På plats finns vanligen patienten, dennes offentliga biträde, sakkunnig läkare samt chefsöverläkare. I fall med rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning kan chefsöverläkaren själv fatta beslut om friförmåner och upphörande av vården. För att döma någon enligt LRV med särskild utskrivningsprövning måste en rättspsykiatrisk undersökning ha genomförts, medan vård utan särskild utskrivningsprövning ibland kan utdömas på basen av en något utvidgad § 7-undersökning, en sk vårdshjäl. Rätten kräver dock i de fallen att intyget avgivits av en rättspsykiater. Se Tabell I om olika utredningsförfaranden [14, 17, 18].

Den 1 juli 2008 genomfördes en lagändring som till stora delar kom att upphäva det sedan länge rådande sk fängelseförbudet [1, 19]. Fram till dess förhindrade lagen fängelsepåföljd för den som begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning. Fängelseförbudet orsakade juridiska svårigheter, framför allt i fall med allvarligare brottslighet (mord, dråp etc) då gärningspersonen agerat under påverkan av en övergående allvarlig psykisk störning (exempelvis en drogutlöst psykos). Lagen medgav då varken dom till fängelse eller psykiatrisk vård, det senare eftersom det vårdkrävande tillståndet vid tiden för gärningen hade upphört. Alternativet kunde endast bli icke frihetsberövande påföljd, vilket de flesta anser är orimligt vid allvarligare brott.

Enligt den nya lydelsen av brottsbalkens 30:e kapitel gäller fortfarande förbud att döma till fängelse om den tilltalade till följd av den allvarliga psykiska störningen har saknat förmåga att inse gärningens innebörd (insikt) eller anpassa sitt handlande (handlingskontroll) efter en insikt [15]. Detta gäller dock inte om den tilltalade i anslutning till brottet själv har vållat sitt tillstånd, exempelvis genom berusning. Den utredande rättspsykiatrin har till följd av lagändringen fått allt fler önskemål från domstolarna om klarläggande av graden av insikt och handlingsfrihet hos den tilltalade, liksom förekomsten av självförvållad allvarlig psykisk störning [11].

Rättspsykiatrisk vård

Landstingen är huvudmän för den rättspsykiatriska vården, och i många regioner har man löst uppgiften genom att bereda plats för patienter som vårdas enligt LRV på allmänpsykiatriska vårdavdelningar [20]. De patienter som bedömts som mer komplicerade fall placeras vanligen på högspecialiserade rättspsykiatriska regionkliniker. Totalt finns fem sådana enheter i landet [21]. Beslut om placering på regionklinik fattas utifrån det aktuella vårdbehovet och den säkerhetsnivå som bedöms tillräcklig. 2006 infördes ett tregradigt system för säkerhetsklassificering av sjukvårdsinrättningar [22].

Det totala antalet patienter som vårdades enligt LRV uppgick vid en endagsinventering år 2008 till 1 463, varav 788 var intagna i slutna vård [21, 23]. Vårdtiderna varierar, men är i

»Drygt 90 procent av patienterna hade varit i kontakt med psykiatrin innan de överlämnades till rättspsykiatrisk vård...«

TABELL II. Primärdiagnoser uppdelade på kön hos rättspsykiatrisk vårdade patienter (procent). Modifierat efter det svenska rättspsykiatriska kvalitetsregistret 2010 [23].

Primärdiagnos	Män	Kvinnor	Totalt
Affektiva syndrom	132 (12,5)	39 (19,8)	171 (13,6)
Mental retardation	30 (2,8)	6 (3,0)	36 (2,9)
Neuropsykiatriska syndrom	106 (10,0)	23 (11,7)	129 (10,3)
Organiska psykosyndrom	21 (2,0)	7 (3,6)	28 (2,2)
Personlighetsstörningar	67 (6,4)	29 (14,7)	96 (7,6)
Pyromani	14 (1,3)	0	14 (1,1)
Schizofreni	468 (44,2)	54 (27,4)	522 (41,7)
Vanföreställningssyndrom	55 (5,2)	10 (5,1)	65 (5,2)
Övriga psykotiska tillstånd	91 (8,6)	16 (8,1)	107 (8,5)
Övrigt	74 (7,0)	13 (6,6)	87 (6,9)
Totalt	1 058 (100)	197 (100)	1 255 (100)

TABELL III. Brott som föranlett rättspsykiatrisk vård uppdelade på kön (procent). Modifierat efter det svenska rättspsykiatriska kvalitetsregistret 2010 [23].

	Män	Kvinnor
Egendomsbrott	58 (5,4)	14 (7,0)
Misshandel inkl våld mot tjänsteman	331 (30,8)	58 (29,0)
Mord, dråp inkl försök till	177 (16,5)	27 (13,5)
Mordbrand	108 (10,0)	55 (27,5)
Narkotikabrott	12 (1,1)	2 (1,0)
Olaga hot samt hot mot tjänsteman	167 (15,5)	22 (11,0)
Rån	48 (4,5)	5 (2,5)
Sexualbrott	89 (8,3)	3 (1,5)
Vållande till annans död	5 (0,5)	0
Övriga brott	79 (7,4)	14 (7,0)
Totalt	1 074 (100)	200 (100)

många fall längre än motsvarande kriminalvårdspåföljder [20]. Schizofreni är den klart dominerande diagnosen hos båda könen (Tabell II) [23]. Samsjuklighet i form av missbruk förekommer hos fler än hälften av patienterna [13, 20]. Bland de brott som föranlett vård märks framför allt misshandel, mord, dråp, olaga hot samt mordbrand (Tabell III) [23]. Drygt 90 procent av patienterna hade varit i kontakt med psykiatrin innan de överlämnades till rättspsykiatrisk vård [23].

Den farmakologiska behandlingen av rättspsykiatriska patienter följer i de flesta avseenden den allmänpsykiatriska traditionen [20]. Rapporter om ökad våldsbägenhet och paradoxala reaktioner under behandling med bensodiazepiner och besläktade preparat gör dock att många anser att användningen av dessa ska begränsas [24,25].

Andra viktiga inslag i rehabiliteringen är insatser mot missbruk, brottsbearbetning, underlättande av sjukdomsinsikt och stabilisering av individens sociala situation och ekonomi [20]. Sedan 2008 finns ett rikstäckande kvalitetsregister för den rättspsykiatriska vården [23], som syftar till att skapa förutsättningar för utveckling och kvalitetssäkring av verksamheten.

År 2008 kompletterades tvångsvårdslagstiftningen med de nya vårdformerna öppen psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk vård [16]. Syftet med reformen var att underlätta rehabilitering av patienter som inte längre bedöms vara i behov av inneliggande vård, men där visst tvång även i fortsättningen är nödvändigt. Tanken var att kommuner och landsting ska förbättra sin samverkan, vilket lagstiftaren säkerställt genom krav på en samordnad vårdplan [26]. Förvaltningsrätten beslutar i varje enskilt fall om villkor för den öppna vården, exempelvis att avstå från berusningsmedel eller att regelbundet sköta sin medicinerings. Socialstyrelsen utvärderar lagändringen fortlöpande [27].

■ FAKTA 2. Förändringar i psykiatriutredningen

- Den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen samlas in lag.
- Vid rättspsykiatriska undersökningar föreslås man övergå från dagens bedömning av förekomst av allvarlig psykisk störning till värdering av tillräknelighet.
- Påföljden rättspsykiatrisk vård avskaffas. Verkställighet av fängelsepåföljd ska kunna ske under pågående psykiatrisk tvångsvård, förutsatt att kriterierna för sådan vård är uppfyllda.
- Införande av en »tvångsåtgärdsnämnd« som ska kunna ge dispens för vissa extraordinära tvångsåtgärder samt för användande av traditionella tvångsåtgärder utöver gällande tidsfrister.
- Samhällsskyddsaspekten föreslås bli oberoende av påföljdssystemet i och med införandet av särskilda skyddsåtgärder som syftar till att förhindra återfall i allvarlig våldsbrottslighet.
- För vissa lagöverträdare med psykisk funktionsnedsättning införs en ny form av verkställighet av fängelse vid så kallade slutna stödenheter, som föreslås vara utformade enligt principerna för bostad med särskild service enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).

Rättspsykiatrisk vård initieras oftast genom domstol, och är i de fallen en påföljd enligt brottsbalken. Det förekommer även att människor som är häktade eller på annat sätt frihetsberövade är i behov av ett kvalificerat psykiatriskt omhändertagande som inte kan tillgodoses inom kriminalvården. Inneiggande psykiatrisk vård i frivilliga former kan då bli aktuell, men i en betydande del av fallen behöver vårdintyg enligt 5 § LRV primärt utfärdas, och patienten överförs till en enhet för rättspsykiatrisk vård. Kriterierna för vårdintyg enligt LRV liknar dem som i LPT; skillnaden är att vårdbehovet inte behöver vara oundgängligt [10, 16]. Lagstiftarens intention med den formuleringen kan förstås mot bakgrund av att patienten redan är frihetsberövad, varför även ett mindre vårdbehov kan rättfärdiga ofrivillig dygnet runt-vård.

REFERENSER

1. Radovic S, Anckarsäter H. Tillräknelighet. Lund: Studentlitteratur; 2009.
2. Herlofson J, Lundin A, Mårtensson B, et al. Psykiatri. Uppgåva 1. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 665-89.
3. Anckarsäter H, Radovic S, Svennerlind C, et al. Mental disorder is a cause of crime: the cornerstone of forensic psychiatry. *Int J Law Psychiatry*. 2009;32(6):342-7.
4. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(2):152-61.
5. Fazel S, Gulati G, Linsell L, et al. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. [review]. *PLoS Med*. 2009;6(8):e1000120.
6. Riskbedömningar inom psykiatri. Kan våld i samhället förutsägas? En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005. SBU-rapport nr 175.
7. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(5):393-401.
8. Fazel S, Långström N, Hjern A, et al. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*. 2009;301(19):2016-23.
9. Sturup J, Kristiansson M, Lindqvist P. Violent behaviour by general psychiatric patients in Sweden – validation of Classification of Violence Risk (COVR) software. *Psychiatry Res*. 2011;188(1):161-5.
10. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18). Västerås: Socialstyrelsen; 2009.
11. Årsredovisning 2010. Stockholm: Rättsmedicinalverket; 2011.
12. Edberg H, Sturup J, Kristiansson M. Återfall i brott hos rättspsykiatriskt undersökta 1992–2002. Projekt nummer 2008:45. Norrköping: Kriminalvårdens utvecklingsenhet; 2010.
13. Lag (1991:137) om rättspsykiatrisk undersökning. Regeringskansliets rättsdatabaser. SFS 2012:939.
14. Brottsbalk (1962:700), kap 30-31. Regeringskansliets rättsdatabaser. SFS 2012:625.
15. Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Regeringskansliets rättsdatabaser. SFS 2011:490.
16. Rättsmedicinalverkets föreskrifter och allmänna råd om rättspsykiatrisk undersökning. Stockholm: Socialstyrelsen; 1996. SOSFS 1996:14.
17. Rättsmedicinalverkets föreskrifter om läkarintyg enligt 7 § lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål, m.m. Stockholm: Rättsmedicinalverket; 2009. SOSFS 2009:12.
18. Påföljder för psykiskt störda lagöverträdare. Prop. 2007/08:97. Stockholm: Justitiedepartementet; 2008.
19. Innehållet i den rättspsykiatriska vården. Delrapport till Nationell psykiatrisamordning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
20. Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2010.
21. Socialstyrelsens föreskrifter om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. SOSFS 2006:9.
22. Rättspsykiatri. Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister. Årsrapport för verksamhetsåret 2010. Örebro, Uppsala: Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister; 2010.
23. Ben-Porath DD, Taylor SP. The effects of diazepam (valium) and aggressive disposition on human aggression: an experimental investigation. *Addict Behav*. 2002;27(2):167-77.
24. Jones KA, Nielsen S, Bruno RF, et al. Benzodiazepines – Their role in aggression and why GPs should prescribe with caution. *Aust Fam Physician*. 2011;40(11):862-5.
25. Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården. Prop. 2007/08:70. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
26. Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
27. Frivården i Sverige. En kartläggning. Rapport 2010:10. Brottförebyggande rådet. 2010.
28. Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd. SOU 2012:17. Stockholm: Socialdepartementet. Psykiatrilagsutredningen (S 2008:09); 2012.

»Den reformerade psykiatriska tvångsvårdslagen föreslås träda i kraft 1 januari 2016, men hur det slutgiltiga lagförslaget kommer att se ut återstår att se...«

Sedan några år tillbaka finns det en handfull enheter för rättspsykiatrisk öppenvård. Målgruppen är till övervägande del personer som är dömda enligt LRV. Oftast välkomnas även icke lagförda individer som till följd av beroendeproblematik och/eller psykisk sjukdom uppfattas som farliga i allmänpsykiatri och därmed inte erbjuds adekvat vård. Tätt samarbete förekommer med frivården, som är kriminalvårdens enhet för påföljder i frihet. Skyddstillsyn med föreskrift om att underkasta sig behandling är en vanlig kriminalvårdspåföljd för människor med mindre uttalad psykisk sjuklighet och/eller beroendeproblematik [28]. Dessa patienter kan med fördel ha kontakt med rättspsykiatrisk öppenvård där personalen vanligen har stor erfarenhet av att hantera patienter med mångfacetterad problematik. Där kan det även finnas resurser som krävs för att upprätthålla säkerheten, t ex hög personalitet och bemannad port.

Framtidens rättspsykiatri

Sedan år 2008 har Psykiatrilagsutredningen på regeringens uppdrag arbetat med en översyn av LRV och LPT. Den 1 april 2012 presenterades utredningens betänkande [29], vilket inkluderar förslag till omfattande lagändringar på området. Det drygt 1000-sidiga dokumentet kan knappast göras rättvisa i den här typen av text, men en sammanställning av förslagens viktigaste punkter presenteras i Fakta 2. Den reformerade psykiatriska tvångsvårdslagen föreslås träda i kraft 1 januari 2016, men hur det slutgiltiga lagförslaget kommer att se ut återstår att se efter sedvanlig remissgång.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*