

# Psykiiskt störda agövertredare

Änkande av 1971 års  
föreskrift om behandling av  
psykiiskt avvikande

SOU 1977:23

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013



National Library  
of Sweden



# Psykiiskt störda ogöverträdare

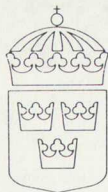
Änkande av 1971 års  
föreskrift om behandling av  
psykiiskt avvikande

SOU 1977:23









Statens offentliga utredningar  
1977:23  
Justitiedepartementet

# Psykiskt avvikande lagöverträdare

Betänkande av 1971 års utredning om  
behandling av psykiskt avvikande

Stockholm 1977



Omslag av Håkan Lindström  
ISBN 91-38-03221-X  
ISSN 0375-250X  
Gotab, Stockholm 1977

## Till Statsrådet och chefen för justitiedepartementet

Den 23 april 1971 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen för justitiedepartementet att tillkalla högst sju sakkunniga med uppdrag att utreda frågan om påföljder för psykiskt avvikande lagöverträdare m. m. och föreslå åtgärder för att avhjälpa brister i det rättspsykiatriska undersökningsväsendet.

Med stöd av detta bemyndigande tillkallade departementschefen den 18 augusti 1971 dåvarande justitieombudsmannen, jur. dr. Alfred Bexelius, ordförande, ledamoten av riksdagen, ombudsmannen Lennart Andersson, överinspektören, med. lic. Ulla Bergqwist, dåvarande ledamoten av riksdagen, borgmästaren Gudmund Ernulf, landstingsrådet Rune Hedlund, ledamoten av riksdagen, jur. kand. Astrid Kristensson och avdelningschefen, docenten Henry Sälde som sakkunniga.

Att såsom experter biträda utredningen förordnades den 31 oktober 1972 professorn Börje Cronholm, överläkaren, docenten Eva Johanson och bitr. överläkaren, docenten Rolf Lindelius.

Till sekreterare åt kommittén förordnades den 8 oktober 1971 hovrätts-assessorn Anita Meyerson.

Kommittén har kallat sig 1971 års utredning om behandling av psykiskt avvikande.

Till kommittén har, för att tagas i övervägande vid fullgörande av uppdraget, överlämnats *dels* en framställning den 18 maj 1972 till Kungl. Maj:t från Svenska Psykiatriska Föreningen och Rättspsykiatriska Föreningen angående rättspsykiatri, *dels* ock en skrivelse till justitiedepartementet från R.H. Lindqvist med vissa synpunkter på valet av påföljd för psykiskt avvikande lagöverträdare.

Till kommittén har vidare, för beaktande vid uppdragets fullgörande, inkommit *dels* skrivelse den 18 april 1973 från Övervakarnas Riksförbund angående väntetider vid rättspsykiatriska undersökningar, *dels* skrivelse den 21 januari 1976 från Riksförbundet FUB angående behandling av psykiskt utvecklingsstörda lagöverträdare, *dels* skrivelse den 27 november 1976 från professorn Olle Hagnell med synpunkter på den framtida rättspsykiatri, *dels* ock skrivelse den 15 december 1976 från advokaten Staffan Briem angående påföljder för narkotikamissbrukare.

Särskilda yttranden har av kommittéen efter anmodan avgivits *dels* över betänkandet Kriminalvård (SOU 1972:64), *dels* över Förslag till häktesorganisation för Stockholm och angränsande län m. m. (DsJu 1974:4) och *dels* över betänkandet Socialvården, Mål och Medel (SOU 1974:39).

Kommittén har samrått med åtalsrättskommittén och socialstyrelsens ar-

betsgrupp för översyn av LSPV. Vidare har kontakt förekommit med Nordiska straffrättskommittén och ungdomsfängelseutredningen samt med den brittiska Committee on Mentally Abnormal Offenders vid denna kommittés besök i Sverige. Kommittén har haft överläggningar med professorerna Gösta Rylander och Lars Magnus Gunne samt ett flertal sjukhusläkare och befattningshavare vid socialstyrelsen ävensom med företrädare för Statens Handikappråd och med representanter för FUB. Vidare har kommittén besökt ett flertal institutioner, bl. a. Karsuddens och Ulleråkers sjukhus, psykiatriska klinikerna vid Sundsvalls lasarett, rättspsykiatriska klinikerna i Stockholm och Uppsala, anstalterna Hall och Håga samt i Danmark rättspsykiatriska undersökningskliniken i Köpenhamn och anstalterna Herstedvester och Horsens. Sekreteraren har deltagit i 7:e Nordiska kriminalistmötet i Köpenhamn samt Nordisk rättspsykiatriskt symposium i Rungsted.

Sedan utredningsuppdraget numera slutförts, får kommittén härmed överlämna sitt betänkande "Psykiskt störda lagöverträdare" med därtill fogade förslag till författningsändringar.

En reglering av den straffrättsliga behandlingen av psykiskt störda lagöverträdare måste grundas på en ingående kännedom om de psykiska störningarna och möjligheterna att behandla dem. Det har därför funnits befogat att i betänkandet intaga en tämligen omfattande redogörelse härför. Denna redogörelse har författats av experterna Cronholm och Lindelius i samarbete.

Till betänkandet har såsom en bilaga fogats en av kommitténs sekreterare Meyerson utarbetad redogörelse för främmande rätt i aktuellt hänseende.

Vid fullgörandet av kommitténs uppdrag har en större del av det erforderliga utredningsarbetet än vad som är vanligt ombesörjts av kommitténs experter. Dessa har medverkat vid alla ställningstaganden och har förklarat sig helt biträda de i betänkandet framförda förslagen, bakom vilka står kommitténs samtliga ledamöter.

Stockholm i april 1977

*Alfred Bexelius*

*Lennart Andersson*

*Rune Hedlund*

*Ulla Bergqwist*<sup>1</sup>

*Astrid Kristensson*

*Gudmund Ernulf*

*Henry Sälde*

*/ Anita Meyerson*



# Innehåll

<i>Förkortningar</i> . . . . .	9
<i>Ordlista</i> . . . . .	11
<i>Författningsförslag</i> . . . . .	13
1 Förslag till lag om ändring i brottsbalken . . . . .	13
2 Förslag till lag om ändring av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall . . . . .	17
3 Förslag till förordning om ändring av kungörelsen den 18 november 1966 angående tillämpningen av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall . . . . .	23
4 Förslag till lag om ändring av lagen den 15 december 1967 angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda . . . . .	25
5 Förslag till förordning om ändring i stadgan den 26 april 1968 angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda . . . . .	27
6 Förslag till lag om ändring i rättegångsbalken . . . . .	28
7 Förslag till lag om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål . . . . .	28
8 Förslag till förordning angående tillämpningen av lagen om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål . . . . .	32
9 Förslag till lag om ändring i lagen den 29 juni 1964 om personundersökning i brottmål . . . . .	34
10 Förslag till förordning om ändring i kungörelsen den 29 juni 1964 med vissa bestämmelser angående tillämpningen av lagen den 29 juni 1964 om personundersökning i brottmål . . . . .	35
11 Förslag till lag om ändring av lagen den 19 april 1974 om kriminalvård i anstalt . . . . .	36
12 Förslag till lag om ändring i lagen den 20 maj 1976 om behandlingen av häktade och anhållna m. fl. . . . .	37
13 Förslag till förordning om ändring i förordningen den 20 maj 1976 om behandlingen av häktade och anhållna m. fl. . . . .	38
<i>Sammanfattning</i> . . . . .	39
1 <i>Psykiska störningar, deras orsaker, indelning och behandling</i> . . . . .	59
1.1 Begreppen psykisk hälsa och sjukdom, normalitet och abnormitet, defekt m. m. . . . .	59
1.2 De psykiska störningarnas orsaker . . . . .	61

1.3	Diagnostik och klassifikation . . . . .	62
1.4	Översikt över psykiatriska behandlingsmetoder . . . . .	63
1.5	Huvudtyper av psykisk störning . . . . .	65
1.5.1	Psykosbegreppet . . . . .	65
1.5.2	Schizofreni . . . . .	66
1.5.3	Affektiva sjukdomar . . . . .	70
1.5.4	Cyklolda psykoser . . . . .	74
1.5.5	Paranoida och paranoiska tillstånd . . . . .	75
1.5.6	Reaktiva (psykogena) psykoser . . . . .	76
1.5.7	Psykoorganiska syndrom . . . . .	78
1.5.8	Psykiska störningar i samband med åldrandet . . . . .	84
1.5.9	Neuroser . . . . .	87
1.5.10	Personlighetsstörning. Persona pathologica (patologisk personlighetstyp). Psykopati . . . . .	89
1.5.11	Tvångsmässiga driftshandlingar . . . . .	96
1.5.12	Beroendesjukdomar . . . . .	97
1.5.13	Psykisk utvecklingsstörning . . . . .	113
2	<i>Gällande bestämmelser beträffande psykiskt störda lagöverträdare</i> . . . . .	119
2.1	Kort historik . . . . .	119
2.2	1945 års strafflagsreform. Jämställdhetsregelns innebörd . . . . .	121
2.3	Påföljdssystemet enligt brottsbalken . . . . .	123
2.4	Åtalsunderlåtelse . . . . .	130
2.5	Bestämmelser om utskrivning . . . . .	130
2.6	Sjukvård i kriminalvårdsanstalt . . . . .	131
3	<i>Vissa statistiska uppgifter rörande psykiskt störda lagöverträdare</i> . . . . .	133
4	<i>Hur gällande bestämmelser tillämpas</i> . . . . .	143
5	<i>Den offentliga debatten. Utredningens direktiv. Disposition av betänkandet</i> . . . . .	171
6	<i>Vissa grunder för den straffrättsliga behandlingen av lagöverträdare som är psykiskt störda</i> . . . . .	177
6.1	Brottspåföljder för psykiskt störda lagöverträdare . . . . .	177
	Sluten psykiatrisk vård . . . . .	179
	Fängelse, ungdomsfängelse och internering . . . . .	180
	Skyddstillsyn . . . . .	180
	Överlämnande till öppen psykiatrisk vård . . . . .	181
	Särskilda brottspåföljder för psykiskt utvecklingsstörda . . . . .	187
	Övriga påföljder . . . . .	189
6.2	Fråga om påföljd för psykiskt störda lagöverträdare bör kunna ändras och om ökad flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård . . . . .	189
6.3	Förutsättningar för överlämnande till sluten psykiatrisk vård. Upphävande av e)-indikationen i LSPV . . . . .	196

7	<i>Vissa principiella synpunkter på valet av påföljd vid olika psykiska störningar</i>	203
7.1	Innebörden av gällande bestämmelser i 31:3 och 33:2 BrB	203
7.2	Psykos inklusive demens (sinnessjukdom)	204
7.3	Psykisk utvecklingsstörning	208
7.4	Allmänt om de jämställda	209
7.5	Personlighetsstörningar	213
7.6	Psykoorganiska syndrom	219
7.7	Neuroser	223
7.8	Undantagstillstånd och tvångsmässiga driftshandlingar	224
7.9	Alkohol- och narkotikamissbruk	236
7.10	Sammanfattning	253
8	<i>Grunder för den lagtekniska utformningen av kommitténs förslag beträffande den straffrättsliga behandlingen av psykiskt störda lagöverträdare</i>	255
	Terminologiska frågor	255
	Vissa ändringar i LSPV	256
	Förutsättningar för förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård som brottspåföljd	258
	Överlämnande till vård i specialsjukhus eller vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda	261
	Fråga om befogenhet för domstol att förordna att vissa beslut skall underställas psykiatriska nämnden	261
	Förbudsstadgandet i 33:2 BrB	261
9	<i>Behandling av psykiskt störda lagöverträdare under tid före dom</i>	273
10	<i>Rättspsykiatrisk undersökning</i>	281
10.1	Gällande bestämmelser och praxis	281
10.2	Brister i undersökningssystemet och framförda förbättringsförslag	287
10.3	Riktlinjer för en reform	289
11	<i>Överlämnande till sluten psykiatrisk vård, öppen psykiatrisk vård eller vård enligt omsorgslagen</i>	299
11.1	Nuvarande ordning inom den psykiatriska vården	299
11.2	Riktlinjer för den slutna psykiatriska vården av domstolsöverlämnade patienter	316
11.3	Överlämnande till öppen psykiatrisk vård	322
11.4	Överlämnande till vård i specialsjukhus eller vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda	323
12	<i>Behandlingen av psykiskt störda inom kriminalvården</i>	325
12.1	Nuvarande organisation	325
12.2	Riktlinjer för behandling av psykiskt störda inom kriminalvården	328
	Anstaltsplacering i anslutning till domen	328
	Psykiatrisk och psykologisk behandling av anstaltsintagna	329
	Utskrivning och frigivning efter psykiatrisk vård	332
	Kontroll av narkotikamissbruk på anstalterna	333



Särskilt behandlingsprogram för narkomaner . . . . .	333
Psykiatrisk och psykologisk behandling inom frivården . . . . .	336
13 <i>Den rättspsykiatriska organisationen</i> . . . . .	337
13.1 Arbetsuppgifter . . . . .	338
13.2 Beräkning av platsbehov . . . . .	344
13.3 Uppbyggnad av den nya organisationen . . . . .	345
Inventering av nu befintliga resurser inom den rättspsykiatriska organisationen och kriminalvården . . . . .	346
Hur nuvarande resurser disponeras . . . . .	346
En fullt utbyggd rättspsykiatrisk organisation . . . . .	347
13.4 Personalbehov inom den rättspsykiatriska organisationen . . . . .	348
13.5 Huvudmannskap och driftsansvar . . . . .	354
13.6 Övergångsfrågor . . . . .	357
Successiv utbyggnad av den nya organisationen . . . . .	357
Reformens verkningar för den vanliga sjukvårdsorganisa- tionen . . . . .	357
14 <i>Specialmotivering</i> . . . . .	359
14.1 Förslaget till ändringar i BrB . . . . .	359
14.2 Förslagen till ändringar i LSPV och i kungörelsen angående tillämpningen av LSPV . . . . .	363
14.3 Förslagen till ändringar i omsorgslagen och i stadgan angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda . . . . .	367
14.4 Förslaget till ändringar i rättegångsbalken . . . . .	368
14.5 Förslaget till lag om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål . . . . .	368
14.6 Förslaget till förordning angående tillämpning av lagen om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål . . . . .	374
14.7 Förslagen till ändringar i lagen om personundersökning i brottmål och i kungörelsen angående tillämpningen av samma lag . . . . .	376
14.8 Förslaget till ändring av lagen den 19 april 1974 om kriminalvård i anstalt . . . . .	376
14.9 Förslagen till ändringar i lagen den 20 maj 1976 om behandlingen av häktade och anhållna m. fl. och i förordningen om behand- lingen av häktade och anhållna m. fl. . . . .	377
<i>Summary</i> . . . . .	379
<i>Bilaga 1</i> Översikt över utländsk rätt . . . . .	393
<i>Bilaga 2</i> Litteraturförteckning . . . . .	409

## Förkortningar

BrB	= brottsbalken
BvL	= lagen (1960:97) om samhällets vård av barn och ungdom (barnavårdslag)
HD	= högsta domstolen
JO	= riksdagens justitieombudsman
KvaL	= lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt
LSPV	= lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall
LRPU	= lagen (1966:301) om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål
NJA	= Nytt juridiskt arkiv, avdelning I
NvL	= lagen (1954:579) om nykterhetsvård
Omsorgslagen	= lagen (1967:940) ang. omsorger om vissa psykiskt ut- vecklingsstörda
PBR	= rikspolisstyrelsens person- och belastningsregister
RB	= rättegångsbalken
RÅ	= riksåklagaren
SL	= strafflagen
SOU	= statens offentliga utredningar
SvJt	= Svensk Juristtidning



## Ordlista

(Listan upptar psykiatriska termer som förekommer i texten utan förklaring i omedelbar anslutning till termen)

affektiv	= känslomässig
amnesi	= minnesförlust
anamnes	= sjukhistoria
anankasm	= tvångsföreställning, tvångshandling
autism	= självförsjunkenhet, inåtvändhet
atypisk	= avvikande från det typiska
deterioration	= mental avtrubning
dysfori	= känsla av olust, irritation och otålighet
empati	= inlevelseförmåga
fugue	= omtöckningstillstånd med planlöst kringirrande
hypomani	= måttligt förhöjd sinnesstämning och motorisk oro
hypertymi	= annan beteckning för hypomani
inkontinens	= bristande förmåga att behålla något i kroppen
ixofreni	= omständlighet, vidhäftningstendens och explosivitet
ixoid	= lindring form av ixofreni
konation	= viljemässig aktivitet
syndrom	= en kombination av symtom som vanligen uppträder tillsammans i typiska sjukdomsbilder





# Författningsförslag

## 1. Förslag till Lag om ändring i brottsbalken

Härigenom föreskrives i fråga om brottsbalken  
*dels* att däri skall införas två nya paragrafer, 26 kap. 25 § och 29 kap. 13 §, av  
nedan angivna lydelse,  
*dels* att 30 kap. 7 §, 31 kap. 3 och 4 §§, 33 kap. 2 och 4 §§, 36 kap. 8 § och 37  
kap. 3 § skall ha nedan angivna lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

### *Föreslagen lydelse*

#### 26 kap. 25 §

*Befinnes att den som dömts till fängelse är i långvarigt behov av sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus eller vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda och beredes honom sådan vård med stöd av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall eller 35 § lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda, må den i 37 kap. 3 § angivna särskilda nämnden efter hörande av riksåklagaren förordna om straffets upphörande.*

#### 29 kap. 13 §

*Befinnes att den som dömts till ungdomsfängelse är i långvarigt behov av sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus eller vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda och beredes honom sådan vård med stöd av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall eller 35 § lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda, må ungdomsfäng-*

*Nuvarande lydelse*

Befinnes att den dömda är i *varaktigt* behov av sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda och beredes honom *efter utgången av minsta tiden* sådan vård med stöd av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall eller 35 § lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda, må interneringsnämnden förordna om interneringens upphörande.

Kan den som begått brottslig gärning, enligt vad som framgår av föreskriven medicinsk utredning, beredas vård med stöd av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall eller vård i specialsjukhus med stöd av 35 § lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda, må rätten, om den finner behov av sådan vård föreligga, förordna att han skall överlämnas till sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda. *Om gärningen icke begåtts under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan själslig abnormitet av så djupgående natur, att den måste anses jämställd med sinnessjukdom, må dock sådant förordnande meddelas allenast såframt särskilda skäl äro därtill.*

*Föreslagen lydelse*

*elsenämnden efter hörande av riksåklagaren förordna om påföljdens upphörande.*

## 30 kap. 7 §

Befinnes att den dömda är i *långvarigt* behov av sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus *eller vårdhem* för psykiskt utvecklingsstörda och beredes honom sådan vård med stöd av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall eller 35 § lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda, må interneringsnämnden *efter hörande av riksåklagaren* förordna om interneringens upphörande.

## 31 kap. 3 §

Kan den som begått brottslig gärning, enligt vad som framgår av föreskriven medicinsk utredning, beredas vård med stöd av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall eller vård i specialsjukhus *eller vårdhem* med stöd av 35 § lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda, må rätten, om den finner behov av sådan vård föreligga, förordna att han skall överlämnas till sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus *eller vårdhem* för psykiskt utvecklingsstörda. *Förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård må dock icke meddelas, om den psykiska störning som föranleder vårdbehovet icke förelåg vid tiden för brottet och vårdbehovet bedöms som kortvarigt.*

*Kan den, beträffande vilken förordnande enligt första stycket meddelas, anses vara på grund av psykisk störning farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa, må domstolen förordna att beslut om utskrivning eller utskrivning på försök*



## Nuvarande lydelse

## Föreslagen lydelse

icke får verkställas utan att beslutet dessförinnan fastställts av psykiatriska nämnden.

## 31 kap. 4 §

Är någon, som begått brottslig gärning, i behov av psykiatrisk vård eller tillsyn, och meddelas ej förordnande enligt 3 §, må rätten, om mera ingripande åtgärd av särskilda skäl ej finnes påkallad, förordna att han skall överlämnas till öppen psykiatrisk vård.

Framgår av föreskriven medicinsk utredning att den som begått brottslig gärning lider av sådan psykisk störning, att vård kan beredas honom med stöd av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, men anses förutsättningar för utskrivning på försök enligt 19 § samma lag föreligga, må rätten förordna att han skall överlämnas till öppen psykiatrisk vård.

## 33 kap. 2 §

För brott som någon begått under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan själslig abnormitet av sådan djupgående natur, att den måste anses jämställd med sinnessjukdom, må ej tillämpas annan påföljd än överlämnande till särskild vård eller, i fall som angives i andra stycket, böter eller skyddstillsyn.

Led den som begått brott därvid av sådan psykisk störning att sluten psykiatrisk vård kunnat beredas honom med stöd av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, må ej dömas till fängelse, ungdomsfängelse eller internering, ej heller till anstaltsbehandling i samband med skyddstillsyn, såvida icke sådan påföljd framstår som lämpligare än annan påföljd. Vid bedömningen skall särskilt beaktas störningen art och grad, dess samband med brottet och gärningsmannens behov av vård.

Till böter må dömas, om det finnes ändamålsenligt för att avhålla den tilltalade från fortsatt brottslighet. Skyddstillsyn må ådömas, därest sådan påföljd med hänsyn till omständigheterna finnes lämpligare än särskild vård; ej må i sådant fall förordnas om behandling varom stadgas i 28 kap. 3 §.

För brott som begåtts av den, som är så psykiskt utvecklingsstörd att vård kan beredas honom i specialsjukhus eller vårdhem med stöd av 35 § lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda, må ej heller dömas till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården, såvida inte sådan påföljd framstår såsom lämpligare än annan påföljd. Vid bedömningen skall särskilt beaktas utvecklingsstörningens grad, dess samband med brottet och gärningsmannens behov av vård.

Finnes påföljd som här sagts inte böra ådömas, skall den tilltalade vara fri från påföljd.

Finnes i fall som avses i första och andra styckena tillräckliga skäl för ådömande av påföljd ej föreligga, skall

*Nuvarande lydelse*

Har någon begått brott innan han fyllt aderton år, må efter omständigheterna ådömas lindrigare straff än för brottet är stadgat. Lindrigare straff må ock, om särskilda skäl äro därtill, bestämmas för brott som *någon begått under inflytande av själslig abnormitet.*

Om synnerliga skäl äro därtill och hinder uppenbarligen ej möter av hänsyn till allmän laglydnad, må jämväl i annat fall ådömas lindrigare straff än som stadgats för brottet.

Finnes på grund av särskilda omständigheter uppenbart, att påföljd för brottet ej är erforderlig, må påföljd helt eftergivas.

## 33 kap. 4 §

*Föreslagen lydelse*

*rätten förordna att den tilltalade skall vara fri från påföljd.*

Har någon begått brott innan han fyllt aderton år, må efter omständigheterna ådömas lindrigare straff än för brottet är stadgat. Lindrigare straff må ock, om särskilda skäl äro därtill, bestämmas för brott som *begåtts av den som därvid var psykiskt störd.*

## 36 kap. 8 §

Har brott begåtts av någon som ej fyllt femton år eller som *handlat under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan själslig abnormitet av så djupgående natur att den måste anses jämställd med sinnessjukdom,* må rätten förordna om förverkande av egendom eller om annan särskild rättsverkan, som kan följa å brottet, allenast om och i den mån det med hänsyn till hans *sinnestyp,* gärningens beskaffenhet och omständigheterna i övrigt kan anses skäligt.

Har brott begåtts av någon som ej fyllt femton år eller som *vid brottets begående led av sådan psykisk störning att slutet psykiatrisk vård kunnat beredas honom med stöd av lagen om beredande av slutet psykiatrisk vård i vissa fall,* må rätten förordna om förverkande av egendom eller om annan särskild rättsverkan, som kan följa å brottet, allenast om och i den mån det med hänsyn till hans *psykiska tillstånd,* gärningens beskaffenhet och omständigheterna i övrigt kan anses skäligt.

*Vad som stadgas i första stycket skall gälla även för det fall att gärningsmannen är så psykiskt utvecklingsstörd, att vård i specialsjukhus eller vårdhem kan beredas honom med stöd av 35 § lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda.*

## 37 kap. 3 §

För prövning enligt vad nedan stadgas av ärenden angående villkorlig frigivning skall finnas en särskild nämnd, kriminalvårds-

För prövning av ärenden som avses i 26 kap. 25 § eller enligt vad nedan stadgas av ärenden angående villkorlig frigivning skall finnas en



*Nuvarande lydelse*

nämnden. Denna skall bestå av en ledamot som är eller varit innehavare av domarämbete och som skall vara ordförande i nämnden *samt ytterligare fyra ledamöter. Ersättare utses till det antal regeringen bestämmer.* Regeringen utser ordförande, övriga ledamöter och ersättare. Vid förfall för ordföranden tjänstgör i hans ställe av regeringen därtill utsedd ledamot eller ersättare som kunnat förordnas till ordförande.

*Föreslagen lydelse*

särskild nämnd, kriminalvårdsnämnden. Denna skall bestå av en ledamot som är eller varit innehavare av domarämbete och som skall vara ordförande i nämnden och *en ledamot som är psykiater, båda med särskilda ersättare som uppfylla de för ledamoten stadgade behörighetsvillkoren, samt ytterligare tre ledamöter jämte ersättare till det antal regeringen bestämmer.* Regeringen utser ordförande, övriga ledamöter och ersättare. Vid förfall för ordföranden tjänstgör i hans ställe av regeringen därtill utsedd ledamot eller ersättare som kunnat förordnas till ordförande.

Ordförande, övriga ledamöter och ersättare utses för fem år. Avgår ledamöter eller ersättare före tidens utgång, utses ny ledamot eller ersättare för återstående tid.

Denna lag träder i kraft den

**2. Förslag till****Lag om ändring av lagen den 16 juni 1966 (nr 293) om beredande av slutna psykiatrisk vård i vissa fall m. m.**

Härigenom föreskrives i fråga om lagen den 16 juni 1966 (nr 293) om beredande av slutna psykiatrisk vård i vissa fall m. m.

dels att 1, 3-7, 12, 16 och 17 §§ skall erhålla nedan angiven lydelse,

dels att i lagen skall införas två nya paragrafer, 12 a § och 20 a §, av nedan angivna lydelse.

*Nuvarande lydelse*

Den som lider av *psykisk sjukdom* får oberoende av eget samtycke beredas slutna psykiatrisk vård med stöd av denna lag, om sådan vård är oundgängligen påkallad med hänsyn till *sjukdomens* art och grad och till att han

a) dels till följd av *sjukdomen* uppenbarligen saknar sjukdomsin-sikt eller till följd av *beroende av narkotiska medel* uppenbarligen är ur

*Föreslagen lydelse*

## 1 §

Den som lider av *psykisk störning som icke utgör psykisk utvecklingsstörning* får oberoende av eget samtycke beredas slutna psykiatrisk vård med stöd av denna lag, om sådan vård är oundgängligen påkallad med hänsyn till *störningens* art och grad och till att han

a) dels till följd av *störningen* uppenbarligen saknar sjukdomsin-sikt eller till följd av *missbruk* av



*Nuvarande lydelse*

stånd att rätt bedöma sitt behov av vård, dels kan få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller avsevärt försämrat om vården uteblir,

b) till följd av *sjukdomen* är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa eller för eget liv,

c) till följd av *sjukdomen* är ur stånd att taga vård om sig själv,

d) till följd av *sjukdomen* har ett för närboende eller andra grovt störande levnadssätt *eller*

e) till följd av *sjukdomen* är farlig för annans egendom eller annat av lagstifningen skyddat intresse som icke avses under b).

*Med psykisk sjukdom jämställes i denna lag psykisk abnormitet, som icke är psykisk sjukdom eller utgöres av hämning i förståndsutvecklingen.*

Vård beredes på sjukhus som drives av staten, landstingskommun eller kommun som ej tillhör landstingskommun.

Vad som sägs om överläkare i denna lag avser även biträdande överläkare som anförtrotts särskild sjukavdelning.

## 3 §

Intagning på sjukhus med stöd av denna lag äger rum efter ansökan eller på grund av domstols förordnande enligt 31 kap. 3 § brottsbalken. *Intagning efter ansökan får icke ske på grund av omständighet som avses i 1 § första stycket e).*

*Föreslagen lydelse*

*beroendeframkallande medel* uppenbarligen är ur stånd att rätt bedöma sitt behov av vård, dels kan få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller avsevärt försämrat om vården uteblir,

b) till följd av *störningen* är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa eller för eget liv,

c) till följd av *störningen* är ur stånd att taga vård om sig själv, *eller*

d) till följd av *störningen* har ett för närboende eller andra grovt störande levnadssätt.

Vård beredes på sjukhus som drives av staten, landstingskommun eller kommun som ej tillhör landstingskommun. *Vård kan beredas även på rättspsykiatrisk klinik. Vad som sägs om sjukhus i denna lag skall i tillämpliga delar gälla även sådan klinik.*

## 4 §

Ansökan om intagning får göras av make till den som ansökningen avser, om makarna sammanbo, av annan som stadigvarande sammanbor med honom eller av hans barn, fader, moder, syskon, förmyndare eller gode man. Ansökan får göras även av ordförande i socialnämnd, barnavårdsnämnd, nykterhetsnämnd eller hälsovårdsnämnd, eller av polismyndighet. Om kommun-

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

fullmäktige besluta det, äger socialnämnden uppdraga åt annan ledamot i nämnden än ordförande eller åt tjänsteman i ledande ställning hos kommunen att göra ansökan om intagning.

Läkare vid sjukhus eller klinik, där sluten psykiatrisk vård icke meddelas, eller vid sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka eller specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda eller rektor för särskola eller föreståndare för vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda får göra ansökan i fråga om den för vars vård han svarar. Militär chef, dock lägst kompanichef eller motsvarande chef, får göra ansökan beträffande den som står under hans befäl.

I fråga om den som genom lagakraftvunnen dom dömts till skyddstillsyn eller som villkorligt frigivits från kriminalvårdsanstalt eller villkorligt utskrivits från arbetsanstalt eller som överförs till vård utom anstalt efter att ha dömts till ungdomsfängelse eller internering får ansökan göras av ordföranden i den övervakningsnämnd under vars tillsyn han står.

Beträffande den som är intagen i kriminalvårdsanstalt, arbetsanstalt, häkte, allmän vårdanstalt för alkoholmissbrukare eller ungdomsvårdsskola och vistas inom anstalten får ansökan göras endast av tjänsteman som har att sörja för den intagne. Sådan tjänsteman får i annat fall än som avses i tredje stycket göra ansökan även i fråga om den som vistas utom anstalten utan att vara slutligt utskrivna därifrån.

Beträffande den som är intagen i kriminalvårdsanstalt, arbetsanstalt, häkte, allmän vårdanstalt för alkoholmissbrukare eller ungdomsvårdsskola och vistas inom anstalten får ansökan göras endast av tjänsteman som har att sörja för den intagne. Sådan tjänsteman får i annat fall än som avses i tredje stycket göra ansökan även i fråga om den som vistas utom anstalten utan att vara slutligt utskrivna därifrån. *Beträffande den som är misstänkt för brott må ansökan, utan hinder av vad som eljest stadgats, göras även av åklagare som handlägger utredning om brottet.*

Regeringen äger förordna om behörighet att vid krig eller krigsfara göra ansökan i fråga om den som tillhör krigsmakten.

## 5 §

Ansökan om intagning göres skriftligen. Vid ansökningshandlingen skall fogas vårdintyg angående den som ansökningen avser. Vårdintyget får icke vara äldre än en månad, när ansökningen göres.

Vårdintyg skall, om ej annat följer av 7 § andra stycket, innehålla dels uttalande att sannolika skäl föreligga för att den som ansökningen avser lider av psykisk *sjukdom* och för att sluten psykiatrisk vård är oundgängligen påkallad med hänsyn till *sjukdomens* art och grad och till någon

Vårdintyg skall, om ej annat följer av 7 § andra stycket, innehålla dels uttalande att sannolika skäl föreligga för att den som ansökningen avser lider av psykisk *störning* och för att sluten psykiatrisk vård är oundgängligen påkallad med hänsyn till *störningens* art och grad och till någon



*Nuvarande lydelse*

eller några av de i 1 § första stycket a)–d) angivna omständigheterna, dels redogörelse för *sjukdomen* och de omständigheter i övrigt som föranleda vårdbehovet.

Regeringen äger förordna att vårdintyg vid krig eller krigsfara icke behöver innehålla redogörelse som avses i andra stycket.

*Föreslagen lydelse*

eller några av de i 1 § första stycket a)–d) angivna omständigheterna, dels redogörelse för *störningen* och de omständigheter i övrigt som föranleda vårdbehovet.

## 6 §

Behörig att utfärda vårdintyg är legitimerad läkare samt den som utan att vara legitimerad är förordnad att uppehålla befattning som läkare i allmän tjänst och genomgått för medicine licentiatexamen föreskriven kurs i psykiatri. Från sistnämnda krav äger socialstyrelsen medge undantag, om särskilda skäl föreligga. Vårdintyg med åberopande av omständighet som avses i 1 § första stycket a) får dock utfärdas endast av läkare som har specialistkompetens avseende psykiska och nervösa sjukdomar eller erhållit socialstyrelsens tillstånd att utfärda vårdintyg av detta slag.

Vårdintyg får utfärdas endast i omedelbar anslutning till personlig undersökning av den som ansöknings avser. Den som får göra ansökan om intagning äger föranstalta om sådan undersökning.

Vårdintyg utfärdat av läkare, som tjänstgör inom den slutna psykiatriska vården, får icke godtagas för intagning på det sjukhus där läkaren är verksam. Om betydande olägenhet skulle uppstå genom anlitan- de av annan läkare, får dock vårdintyg utfärdat av läkare vid sjukhuset godtagas för intagning på annan klinik än den där han är verksam.

Vårdintyg utfärdat av läkare, som tjänstgör inom den slutna psykiatriska vården, får icke godtagas för intagning på det sjukhus där läkaren är verksam. Om betydande olägenhet skulle uppstå genom anlitan- de av annan läkare, får dock vårdintyg utfärdat av läkare vid sjukhuset godtagas för intagning på annan klinik än den där han är verksam. *Under samma förutsättning får vid intagning på rättspsykiatrisk klinik vårdintyg utfärdat av läkare vid kliniken godtagas.*

Vårdintyg får icke godtagas, om det är utfärdat av den som gör ansökan om intagning.

Bestämmelserna i 4 och 5 §§ förvaltningslagen (1971:290) äga icke tillämpning i ärende om utfärdande av vårdintyg.

## 7 §

Föreligga sannolika skäl för att någon lider av psykisk *sjukdom* och är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv, äger polismyndighet omhändertaga honom, om fara är i dröjsmål.

Friges den omhändertagne icke omedelbart, skall polismyndigheten

Föreligga sannolika skäl för att någon lider av psykisk *störning* och är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv, äger polismyndighet omhändertaga honom, om fara är i dröjsmål.

Friges den omhändertagne icke omedelbart, skall polismyndigheten



*Nuvarande lydelse*

genast föranstalta om undersökning som avses i 6 § andra stycket. Utfärdas vårdintyg, skall polismyndigheten genast ansöka om den omhändertagnes intagning på sjukhus för sluten psykiatrisk vård. I fall som avses i denna paragraf behöver vårdintyget icke innehålla annat än uttalande att sannolika skäl föreligga för att den omhändertagne på grund av psykisk *sjukdom* är i behov av sluten psykiatrisk vård och för att han är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv jämte en redogörelse för de iakttagelser på vilka läkaren grundar sin uppfattning.

Sker intagning enligt 8 §, skall polismyndigheten senast andra dagen efter dagen för intagningen tillställa överläkaren protokoll rörande de omständigheter som föranlett ansökningen.

Utfärdas icke vårdintyg eller avslås ansökningen om intagning, får den omhändertagne icke längre kvarhållas av polismyndigheten med stöd av denna lag.

Bestämmelserna i andra-fjärde styckena äga icke tillämpning, om den omhändertagne redan intagits på sjukhus med stöd av denna lag och icke utskrivits därifrån enligt 16 §. Friges den omhändertagne i sådant fall icke omedelbart av polismyndigheten, skall han genast föras till sjukhuset.

## 12 §

*Har någon genom lagakraftvunnen dom överlämnats till sluten psykiatrisk vård, skall socialstyrelsen föranstalta om att han utan dröjsmål intages på sjukhus för sådan vård. Är han redan intagen på sjukhus för sluten psykiatrisk vård, skall han i fortsättningen anses intagen på grund av domstolens förordnande.*

*Har domstol förordnat att någon skall överlämnas till sluten psykiatrisk vård, skall han skyndsamt intagas på sjukhus för sådan vård. Åtgärd för intagning skall vidtagas av överläkaren vid den rättspsykiatriska klinik, till vars upptagningsområde den dömda hör. Motsätter sig överläkaren vid det sjukhus, där intagning föreslås skola ske, att intagning sker där eller är fråga om intagning vid specialenhet eller annat sjukhus än hemortssjukhuset, skall frågan hänskjutas till socialstyrelsen, som förordnar om var intagning skall ske. Är den dömda redan intagen på sjukhus för sluten psykiatrisk vård, skall han i fortsättningen anses intagen på grund av domstolens förordnande.*

*Föreslagen lydelse*

genast föranstalta om undersökning som avses i 6 § andra stycket. Utfärdas vårdintyg, skall polismyndigheten genast ansöka om den omhändertagnes intagning på sjukhus för sluten psykiatrisk vård. I fall som avses i denna paragraf behöver vårdintyget icke innehålla annat än uttalande att sannolika skäl föreligga för att den omhändertagne på grund av psykisk *störning* är i behov av sluten psykiatrisk vård och för att han är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv jämte en redogörelse för de iakttagelser på vilka läkaren grundar sin uppfattning.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

## 12 a §

*Har domstol förordnat att någon skall överlämnas till öppen psykiatrisk vård, skall han inskrivas vid det sjukhus där vården lämpligast kan beredas honom. Beträffande inskrivningen skall vad i 12 § stadgas äga motsvarande tillämpning.*

## 16 §

Den som beretts vård med stöd av beslut enligt 9 § andra stycket eller på grund av domstols förordnande skall ofördröjligen utskrivas, om förutsättningar enligt 1 § för att bereda honom vård icke längre föreligga. *Omständighet som avses i 1 § första stycket e) får icke utgöra grund för kvarhållande i annat fall än då patienten beretts vård på grund av domstols förordnande.*

Den som beretts vård med stöd av beslut enligt 9 § andra stycket eller på grund av domstols förordnande skall ofördröjligen utskrivas, om förutsättningar enligt 1 § för att bereda honom vård icke längre föreligga.

Frågan om utskrivning skall prövas fortlöpande.

## 17 §

Om utskrivning beslutar överläkaren, om annat ej följer av andra stycket. Han äger hänskjuta frågan om utskrivning till utskrivningsnämnden.

Utskrivningsnämnden beslutar om utskrivning enligt 16 § av patient som intagits på grund av domstols förordnande eller som under inflytande av psykisk *sjukdom* begått brott mot annans personliga säkerhet, för vilket åtal icke väckts, eller som varit intagen i kriminalvårdsanstalt för undergående av påföljd för brott och under tiden för anstaltsvården eller i samband med att denna upphört intagits för sluten psykiatrisk vård med stöd av denna lag och icke skall återföras till anstalten.

Utskrivningsnämnden beslutar om utskrivning enligt 16 § av patient som intagits på grund av domstols förordnande eller som under inflytande av psykisk *störning* begått brott mot annans personliga säkerhet, för vilket åtal icke väckts, eller som varit intagen i kriminalvårdsanstalt för undergående av påföljd för brott och under tiden för anstaltsvården eller i samband med att denna upphört intagits för sluten psykiatrisk vård med stöd av denna lag och icke skall återföras till anstalten.

När anledning föreligger till utskrivning av patient som avses i andra stycket, skall överläkaren ofördröjligen anmäla detta hos nämnden.

*Beslut av utskrivningsnämnd om utskrivning eller utskrivning på försök av den, beträffande vilken domstol meddelat sådant förordnande som*



*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

*avses i 31 kap. 3 § andra stycket brottsbalken, skall skyndsamt underställas psykiatriska nämnden och må ej verkställas, utan att denna fastställt beslutet.*

*20 a §*

*Den som på grund av domstols förordnande överlämnats till öppen psykiatrisk vård skall anses försöksutskrivnen för en tid av sex månader från det sjukhus vid vilket han inskrivits enligt 12 a §. Vad som stadgas i 16, 19 och 20 §§ gäller även sådan patient.*

Denna lag träder i kraft den

**3. Förslag till****Förordning om ändring av kungörelsen den 18 november 1966 (nr 585) angående tillämpningen av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall m. m.**

Härigenom föreskrives i fråga om kungörelsen den 18 november 1966 (nr 585) angående tillämpningen av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall m. m.

*dels att däri införes en ny paragraf, 3 a §, av nedan angivna lydelse,*

*dels att 3 och 5 §§ skall ha nedan angivna lydelse.*

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse***3 §**

Särskild föreskrift i samband med tillstånd att vistas på egen hand utom sjukhusområdet eller utskrivning på försök får avse vistelseort, bostad, utbildning, arbetsanställning, förfogande över arbetsförtjänst eller andra tillgångar, förbud att använda alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel, förbud att besöka viss ort eller viss person samt skyldighet att underkasta sig läkarvård eller annan vård eller behandling.

När omständigheterna föranleda det, får den som meddelat föreskrift ändra denna eller meddela ny föreskrift. Står patienten under tillsyn får den som utövar tillsynen vidtaga sådan jämkning i meddelad föreskrift som är omedelbart påkallad. Jämkningsen skall skyndsamt anmälas till den som meddelat föreskriften.

*Beträffande patient, som varit intagen i kriminalvårdsanstalt och under tiden för anstaltsvistelsen intagits för sluten psykiatrisk vård med stöd av*

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

*lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall och som efter utskrivning skall återföras till anstalten, skall, innan tillstånd att vistas på egen hand utom sjukhusområdet lämnas, samråd ske med vederbörande kriminalvårdsmyndighet.*

*3 a §*

*Om intagning skett efter ansökan av åklagare eller polismyndighet, som handlägger utredning om misstanke om brott av den intagne, eller efter ansökan av tjänsteman som har att sörja för den som är intagen i häkte eller kriminalvårdsanstalt, skall den som gjort ansökan underrättas, innan utskrivning eller utskrivning på försök sker.*

*5 §*

*Har någon genom lagakraftvunnen dom överlämnats till sluten psykiatrisk vård, skall socialstyrelsen från åklagaren eller domstolen skaffa avskrift av handlingarna i målet i den mån de behövas för att ge upplysning om den dömdes personliga förhållanden och de huvudsakliga omständigheterna vid brottet.*

*Styrelsen skall överlämna avskriften till det sjukhus, där patienten skall vårdas. Överföres patienten till annat sjukhus, skall överlämna avskriften till det sjukhus dit patienten överförts.*

*Har domstol förordnat att någon skall överlämnas till sluten psykiatrisk vård, skall överläkaren vid den rättspsykiatriska klinik, till vars upp-tagningsområde den dömda hör, från åklagaren eller domstolen skaffa avskrift av handlingarna i målet, i den mån de behövas för att ge upplysning om den dömdes personliga förhållanden och de huvudsakliga omständigheterna vid brottet.*

*Avskriften skall av överläkaren överlämnas till det sjukhus, där patienten skall vårdas. Överföres patienten till annat sjukhus, skall avskriften överlämnas till det sjukhus dit patienten överförts.*

Denna förordning träder i kraft den



#### 4. Förslag till

#### Lag om ändring av lagen den 15 december 1967 (nr 940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda

Häri genom föreskrives i fråga om lagen den 15 december 1967 (nr 940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda

*dels att 35 § andra stycket skall upphöra att gälla,*

*dels att 37, 40 och 41 §§ skall ha nedan angivna lydelse,*

*dels att i lagen skall införas en ny paragraf, 42 a §, av nedan angivna lydelse.*

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

##### 35 §

Psykiskt utvecklingsstörd som fyllt 15 år får oberoende av samtycke som avses i 34 § första stycket beredas vård i vårdhem eller specialsjukhus, om vården är oundgängligen påkallad med hänsyn till utvecklingsstörningens grad och till att han till följd av utvecklingsstörningen

- a) är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa eller för eget liv,
- b) är ur stånd att taga vård om sig själv,
- c) är ur stånd att skydda sig själv mot att bli sexuellt utnyttjad eller
- d) har ett för närboende eller andra grovt störande levnadssätt.

*Vård i specialsjukhus oberoende av samtycke får beredas även när vården är oundgängligen påkallad med hänsyn till, förutom utvecklingsstörningens grad, att den utvecklingsstörde till följd av utvecklingsstörningen är farlig för annans egendom eller annat av lagstiftningen skyddat intresse som icke avses i första stycket under a). Vården får dock beredas endast med stöd av domstols förordnande enligt 31 kap. 3 § brottsbalken.*

##### 37 §

Har någon genom lagakraftvunnen dom överlämnats till vård i specialsjukhus skall socialstyrelsen föranstalta om att han utan dröjsmål inskrives i sådant sjukhus. Är den psykiskt utvecklingsstörde redan inskriven i sådant sjukhus, skall han i fortsättningen anses inskriven på grund av domen.

Har någon genom dom överlämnats till vård i vårdhem eller specialsjukhus, skall han utan dröjsmål inskrivas i sådant hem eller sjukhus. Åtgärd härför skall vidtagas av överläkaren vid den rättspsykiatriska kliniken, till vars upptagningsområde den dömden hör. Motsätter sig vederbörande vårdchef eller överläkare att intagning sker vid det vårdhem eller specialsjukhus, där intagning enligt överläkaren vid den rättspsykiatriska kliniken bör

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

*ske, skall frågan hänskjutas till socialstyrelsen för avgörande.*

Är den psykiskt utvecklingsstörde redan inskriven i sådant *hem eller sjukhus*, skall han i fortsättningen anses inskriven på grund av domen.

## 40 §

Den som inskrivits i vårdhem eller specialsjukhus med stöd av 35 § skall ofördröjligen utskrivas slutligt, om förutsättningar enligt nämnda paragraf för att bereda honom vård icke längre föreligger. *Den omständigheten att patienten är farlig för annans egendom eller annat av lagstiftningen skyddat intresse, som icke avses i 35 § första stycket under a, får icke utgöra grund för kvarhållande i annat fall än när patienten beretts vård på grund av domstols förordnande.*

Den som inskrivits i vårdhem eller specialsjukhus med stöd av 35 § skall ofördröjligen utskrivas slutligt, om förutsättningar enligt nämnda paragraf för att bereda honom vård icke längre föreligger.

## 41 §

Fråga som avses i 38–40 §§ och som rör patient i vårdhem prövas av vårdchefen efter samråd med överläkaren hos styrelsen för omsorger om psykiskt utvecklingsstörda eller, i fråga om patient i specialvårdhem, av föreståndaren efter samråd med hemmets läkare.

Fråga som avses i 38 §, 39 § första eller andra stycket eller i 40 § prövas dock av beslutsnämnd för psykiskt utvecklingsstörda, om

vårdchefen, överläkaren hos styrelsen för omsorger om psykiskt utvecklingsstörda eller föreståndaren eller läkaren vid vårdhemmet begär det,

meningsskiljaktighet i frågan uppstått mellan den som enligt första stycket äger besluta och vårdnadshavaren, förmyndaren eller patienten, om han fyllt 15 år,

nämnden i andra fall finner att den bör pröva frågan.

*Beslutsnämnd prövar alltid fråga som avses i 39 § första eller andra stycket eller i 40 § beträffande patient som av domstol överlämnats till vård i vårdhem.*

I fråga om specialvårdhem avser bestämmelserna i andra stycket beslutsnämnd i den landstingskommun där vårdhemmet är beläget.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

42 a §

*Beslut av beslutsnämnd om utskrivning eller utskrivning på försök av den, beträffande vilken domstol meddelat sådant förordnande som avses i 31 kap. 3 § andra stycket brottsbalken, skall skyndsamt underställas psykiatriska nämnden och må ej verkställas, utan att denna fastställt beslutet.*

Denna lag träder i kraft den

## 5. Förslag till

### **Förordning om ändring i stadgan den 26 april 1968 (nr 146) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda**

Med stöd av 59 § lagen den 15 december 1967 (nr 940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda föreskrives att 98 § i stadgan den 26 april 1968 (nr 146) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda skall ha nedan angivna lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

98 §

Bestämmelserna i 3 § kungörelsen den 18 november 1966 (nr 585) angående tillämpningen av lagen den 16 juni 1966 (nr 293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall m. m. äger motsvarande tillämpning i fråga om den som inskrivits i vårdhem eller specialistsjukhus med stöd av 35 § lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda.

Bestämmelserna i 5 § nämnda kungörelse äger motsvarande tillämpning, när någon genom lagakraftvunnen dom överlämnats till vård i specialistsjukhus.

Bestämmelserna i 5 § nämnda kungörelse äger motsvarande tillämpning, när någon genom dom överlämnats till vård i *vårdhem eller* specialistsjukhus.

Bestämmelserna i 6 och 7 §§ nämnda kungörelse äger motsvarande tillämpning vid och efter inskrivning i specialistsjukhus med stöd av 35 § lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda. Därvid skall vid tillämpning av 7 § första stycket tredje punkten vad som sägs om patient som avses i 17 § andra stycket lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, gälla patient som avses i 42 § tredje stycket lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda, och vad som sägs om utskrivningsnämnd gälla beslutsnämnd.

Denna förordning träder i kraft den



## 6. Förslag till Lag om ändring i rättegångsbalken

Härigenom föreskrives i fråga om 20 kap. rättegångsbalken dels att 7 § första stycket 4. skall ha nedan angivna lydelse, dels att däri skall införas en ny paragraf, 7 a § av nedan angivna lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

7 §

Åklagare må besluta att icke tala å brott:

4. om brottet uppenbarligen begåtts under inflytande av sådan själslig abnormitet, som avses i 33 kap. 2 § brottsbalken, samt slutet psykiatrisk vård eller vård i vårdhem eller specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda kommer till stånd utan lagföring och åtal ej är påkallat av särskilda skäl.

4. om den som begått brottet är psykisk störd och vård som avses i 31 kap. 3 eller 4 § brottsbalken eller annan vårdåtgärd kommer till stånd utan lagföring samt åtgärden kan anses ägnad att främja den misstänktes anpassning i samhället, och åtal ej är påkallat av särskilda skäl.

7 a §

Finner åklagaren när fråga uppkommer om tillämpning av 7 § första stycket 4. att utfallet av där avsedd åtgärd bör avvaktas, får han förklara åtalsfrågan vilande.

Denna lag träder i kraft den .

## 7. Förslag till Lag om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål

Enligt riksdagens beslut föreskrives följande.

1 §

I brottmål äger rätten förordna om rättspsykiatrisk undersökning.

Rättspsykiatrisk undersökning utföres av läkare vid undersökningsenhet inom den rättspsykiatriska organisationen eller av annan läkare som utses av överläkaren vid sådan enhet eller av socialstyrelsen. Socialstyrelsen bestämmer undersökningarnas fördelning på undersökningsenheter inom den rättspsykiatriska organisationen.

2 §

Beslut om rättspsykiatrisk undersökning får meddelas, om den misstänkte erkänt gärningen eller eljest sannolika skäl föreligger att han begått den och undersökningen kan antagas få betydelse för bestämmande av brottspåföljd eller i annat hänseende för målets avgörande.

Finner rätten att svårare straff än böter ej bör följa på brottet, får rättspsykiatrisk undersökning beslutas endast om särskilda skäl föreligger.



## 3 §

Rätten får ej förordna att någon skall överlämnas till sluten eller öppen psykiatrisk vård eller till vård i specialsjukhus eller vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda utan att rättspsykiatrisk undersökning företagits. Rättspsykiatrisk undersökning skall också verkställas, innan någon första gången dömes till internering eller någon som ej fyllt aderton år dömes till ungdomsfängelse.

Förordnande som avses i första stycket behöver dock ej föregås av rättspsykiatrisk undersökning, om den misstänkte är intagen på sjukhus för sluten psykiatrisk vård med stöd av beslut enligt 9 § andra stycket lagen den 16 juni 1966 (nr 293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall eller på grund av domstols förordnande eller är inskriven vid sjukhus på grund av domstols förordnande om öppen psykiatrisk vård eller är utskriven på försök enligt 19 § samma lag eller är inskriven i specialsjukhus eller vårdhem med stöd av 35 § lagen den 15 december 1967 (nr 940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda. I sådant fall är det tillräckligt att i målet föreligger utlåtande av den överläkare eller, vid vård i vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda, den vårdchef som är ansvarig för vården av den misstänkte, enligt vilket det är uppenbart att denne kan beredas fortsatt vård med stöd av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall eller med stöd av 35 § lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda.

## 4 §

Av rätten beslutad rättspsykiatrisk undersökning skall utföras med största möjliga skyndsamhet. Skriftligt utlåtande över undersökningen skall avges till rätten, om den misstänkte är häktad, inom två veckor och eljest inom sex veckor från det beslutet om undersökningen inkom till den undersökningsenhet till vilken undersökningen hör. Rätten äger medge anstånd i särskilt fall.

Om den tilltalade är häktad må dock den tid, inom vilken utlåtandet skall avges, inte utsträckas utöver tre veckor eller, om åtal ej väckts inom denna tid, utöver den tidpunkt då åtal skall väckas, med mindre den misstänkte erkänt gärningen eller övertygande bevisning förebragts att han begått den.

## 5 §

Utlåtande över rättspsykiatrisk undersökning skall, om annat ej följer av rättens beslut, innehålla uttalande dels om förutsättningarna för att bereda den misstänkte vård med stöd av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, vård i specialsjukhus eller vårdhem med stöd av 35 § lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda eller öppen psykiatrisk vård enligt 31 kap. 4 § brottsbalken, dels om den misstänktes psykiska tillstånd vid gärningens begående. Anser undersökningsläkaren att den misstänkte bör bli föremål för annan åtgärd än sluten eller öppen psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus eller vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda, skall detta anmärkas.

Undersökningsläkaren skall i utlåtandet ange de omständigheter på vilka han grundar sina uttalanden.

## 6 §

Om rätten inforrdar socialstyrelsens utlåtande över verkställd rättspsykiatrisk undersökning, skall styrelsen vid behov komplettera undersökningen.

Socialstyrelsen skall i sitt utlåtande taga ställning till undersökningsläkarens uttalande och, om styrelsens mening avviker från undersökningsläkarens, ange skälen härtill.

## 7 §

Den som är häktad och skall undergå rättspsykiatrisk undersökning må, om det anses behövt för undersökningens genomförande eller om hans tillstånd ger anledning till det, intagas på rättspsykiatrisk klinik.

Har misstänkt, som är häktad, för rättspsykiatrisk undersökning förvarats på annan plats än i häkte, skall han, om inte annat föranledes av hans hälsotillstånd, återföras till häktet så snart undersökningen avslutats. Är han enligt undersökningsläkarens utlåtande i behov av sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus eller vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda, skall han i stället förvaras på rättspsykiatrisk klinik.

Har rätten förordnat att någon skall överlämnas till sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus eller vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda och därvid förklarat att han skall vara häktad, skall han vårdas på rättspsykiatrisk klinik till dess han intages på sjukhus enligt 12 § lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall eller på specialsjukhus eller vårdhem. Han får, även sedan domen i målet vunnit laga kraft, hindras att lämna kliniken och i övrigt underkastas det tvång som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med vården eller för att skydda honom själv eller omgivningen.

## 8 §

Den som är på fri fot och skall undergå rättspsykiatrisk undersökning är skyldig att inställa sig för undersökningen på tid och plats som undersökningsläkaren bestämmer. Undersökningen bör om möjligt bedrivas på sådant sätt att den misstänkte ej hindras i sin förvärvsverksamhet eller åsamkas annan allvarlig olägenhet.

## 9 §

Underlåter misstänkt som är på fri fot att inställa sig till rättspsykiatrisk undersökning eller föreligger annat skäl att antaga att han ej kommer att frivilligt medverka till undersökningen, äger rätten besluta om hans intagning på viss rättspsykiatrisk klinik. I beslutet skall fastställas den längsta tid, högst två veckor, under vilken den misstänkte får hållas kvar på kliniken. Kan undersökningen ej avslutas inom fastställd tid, äger rätten besluta om fortsatt intagning under ytterligare högst två veckor.

Den som är intagen på rättspsykiatrisk klinik med stöd av första stycket får hindras att lämna kliniken och i övrigt underkastas det tvång som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med intagningen eller för att skydda honom själv eller omgivningen.



## 10 §

Vill misstänkt som vistas på rättspsykiatrisk klinik enligt 7 eller 9 § avsända brev, får chefen för kliniken kvarhålla brevet, om den misstänkte lider av allvarlig psykisk störning och anledning föreligger antaga att brevet har ett sådant av störningen påverkat innehåll att dess avsändande kan föranleda betydande olägenhet för den misstänkte. Medger den misstänkte att brevet får öppnas och granskas, får brevet kvarhållas om brevet visar sig uppenbarligen ha ett sådant innehåll som nu har sagts.

Första stycket gäller ej brev som är ställt till svensk myndighet eller den misstänktes offentlige försvarare.

Vad i denna paragraf är föreskrivet om brev gäller även annan skriftlig handling.

## 11 §

Polismyndighet skall på begäran av undersökningsläkaren lämna handräckning, om misstänkt, som är på fri fot, inte ställer sig till förfogande för rättspsykiatrisk undersökning som han skall undergå.

## 12 §

Talan mot beslut, varigenom rätten med stöd av 9 § första stycket förordnat att någon skall vara intagen för undersökning på rättspsykiatrisk klinik, föres särskilt.

Beslut som rätten meddelat med stöd av denna lag länder omedelbart till efterrättelse. Beträffande beslut enligt 9 § första stycket gäller detta dock endast om beslutet innefattar förordnande om fortsatt intagning för undersökning på rättspsykiatrisk klinik.

## 13 §

Talan mot beslut i särskilt fall av kriminalvårdsstyrelsen eller socialstyrelsen rörande tillämpningen av 7 eller 9 § föres hos kammarrätten genom besvär.

Talan mot annat beslut av kriminalvårdsstyrelsen eller socialstyrelsen rörande tillämpningen av denna lag föres hos regeringen genom besvär.

## 14 §

Närmare föreskrifter för tillämpningen av denna lag meddelas av regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer.

---

Denna lag träder i kraft den . . . . . då lagen den 16 juni 1966 (nr 301) om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål skall upphöra att gälla.



## **8. Förslag till Förordning angående tillämpningen av lagen om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål**

Med stöd av 14 § lagen den . . . . . om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål förordnas som följer.

### 1 §

Socialstyrelsen bestämmer upptagningsområde för varje rättspsykiatrisk undersökningsenhet.

Rättspsykiatrisk undersökning må utföras vid annan undersökningsenhet än som följer av indelningen i upptagningsområden, om detta av särskilda skäl finnes lämpligt. Beslut härom fattas efter överenskommelse mellan cheferna för undersökningsenheterna eller av socialstyrelsen.

### 2 §

Rättspsykiatrisk undersökning av den som är häktad utföres i häktet eller, om undersökningsläkaren anser det erforderligt, på rättspsykiatrisk undersökningsenhet.

### 3 §

När beslut meddelats om rättspsykiatrisk undersökning, skall rätten skyndsamt sända beslutet jämte övriga handlingar i målet till den rättspsykiatriska undersökningsenhet till vilken undersökningen hör. Avser beslutet någon som är häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt, skall föreståndaren för häktet eller styresmannen för anstalten genast underrättas.

### 4 §

Omfattningen av rättspsykiatrisk undersökning skall anpassas efter undersökningens syfte och undersökningens beskaffenhet. Utlåtandet över undersökningen bör skrivas så kort som fallet medger och bör ej belastas med sådant som kan antagas sakna betydelse för rättens ställningstagande.

### 5 §

Rätten får medge anstånd med avgivande av utlåtande över rättspsykiatrisk undersökning i den mån det är nödvändigt på grund av undersökningens särskilda beskaffenhet eller på grund av arbetsbelastningen vid den undersökningsenhet till vilken undersökningen hör.

Anstånd på grund av arbetsbelastning får medges endast om undersökningen inte lämpligen kan flyttas till annan undersökningsenhet eller kan utföras med anlåtande av utomstående läkare. Chefen för undersökningsenheten skall, då så påkallas av arbetsbelastning, vidtaga åtgärder för flyttning av undersökningen eller anlåtande av utomstående läkare. Leder åtgärderna ej till resultat, skall förhållandet anmälas till socialstyrelsen.

Rätten skall omedelbart lämna åklagaren och den misstänkte eller, om han har försvarare, denne underrättelse om beviljat anstånd och skälen därför.

### 6 §

Utlåtande över rättspsykiatrisk undersökning skall genast överlämnas i två exemplar till rätten och i ett exemplar till kriminologiska centralarkivet.

Därvid skall även handlingarna i målet återställas till rätten.

Ett exemplar av utlåtandet jämte sådana handlingar angående undersökningen som inte överlämnats till rätten skall förvaras på betryggande sätt på den undersökningsenhet till vilken undersökningen hör.

#### 7 §

Har rätten med stöd av 9 § lagen om rättspsykiatrisk undersökning förordnat att misstänkt skall intagas på rättspsykiatrisk klinik, skall undersökningsläkaren, när undersökningen avslutats, till rätten lämna uppgift om den tid under vilken den misstänkte på grund av förordnandet varit intagen på kliniken.

#### 8 §

För undersökning som utförts av utomstående läkare utgår av allmänna medel arvode samt gottgörelse för kostnader med belopp som bestämmes av socialstyrelsen.

#### 9 §

Den som befinner sig på fri fot och på anmaning inställer sig vid rättspsykiatrisk undersökningsenhet för undersökning äger vistas kostnadsfritt där eller på annan plats som anvisas honom under den tid han skall stå till läkarens förfogande. Han äger också få ersättning av allmänna medel för resa till platsen för undersökningen och tillbaka till bostadsorten, om avståndet överstiger fem kilometer. Behöver den som skall undersökas åtföljas av vårdare eller annan för att kunna inställa sig, äger vad som nu sagts om ersättning för resa motsvarande tillämpning på den medföljande.

Resersättning beräknas enligt de grunder som gäller för statstjänstemän i lägsta reseklass vid tjänsteresa inom landet. Kostnad för resa med tåg ersättes dock endast med belopp motsvarande avgift för en plats i 2 klass, i förekommande fall inberäknat avgift för sovplats. Kostnad för resa med fartyg ersättes endast med belopp motsvarande avgift för en hyttplats i 2 klass.

Ersättning för resa kan utbetalas i förskott. Chefen för undersökningsenheten beslutar om ersättning och om förskott.

#### 10 §

När rätten beslutar infordra socialstyrelsens utlåtande över verkställd rättspsykiatrisk undersökning, äger styrelsen uppdraga åt läkare att komplettera undersökningen. Ersättning till läkaren utgår av allmänna medel med belopp som styrelsen bestämmer.

#### 11 §

Socialstyrelsen äger meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för tillämpningen av lagen om rättspsykiatrisk undersökning och denna förordning.

---

Denna förordning träder i kraft den . . . . . , då kungörelsen den 25 november 1966 (nr 613) angående tillämpningen av lagen den 16 juni 1966 om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål skall upphöra att gälla.

## 9. Förslag till

### Lag om ändring i lagen den 29 juni 1964 (nr 542) om personundersökning i brottmål

Härigenom föreskrives i fråga om lagen den 29 juni 1964 (nr 542) om personundersökning i brottmål

*dels att 7 § skall upphöra att gälla,*

*dels att 9 och 10 §§ skall ha nedan angivna lydelse.*

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 7 §

*Rätten må, när skäl äro därtill, förordna läkare att avgiva läkarintyg angående misstänkt. Sådant intyg skall avfattas enligt anvisningar som meddelas av regeringen.*

*Om rättspsykiatrisk undersökning ej verkställt, skall läkarintyg som sägs i första stycket inhämtas från psykiater, innan någon dömes till internering eller överlämnas till öppen psykiatrisk vård eller någon som ej fyllt aderton år dömes till ungdomsfängelse.*

*Misstänkt som ej är häktad är pliktig att för läkarundersökning inställa sig å tid och ort som läkaren bestämmer. Uteblir den misstänkte, må polismyndighet lämna handräckning för hans inställande.*

#### 9 §

I ärende angående nåd äger chefen för justitiedepartementet eller den han bemyndigar därtill förordna, att personundersökning skall äga rum eller läkarintyg anskaffas enligt vad i denna lag sägs. Sådant förordnande må ock meddelas av högsta domstolen.

I ärende angående nåd äger chefen för justitiedepartementet eller den han bemyndigar därtill förordna, att personundersökning skall äga rum enligt vad i denna lag sägs eller om inhämtande av läkarintyg. Sådant förordnande må ock meddelas av högsta domstolen.

#### 10 §

Regeringen meddelar bestämmelser om ersättning åt den som utfört eller biträtt vid utförande av personundersökning eller förordnats till förtroendeman samt åt läkare som avgivit intyg enligt 7 §. Sådant ersättning skall gäldas av statsverket.

Regeringen meddelar bestämmelser om ersättning åt den som utfört eller biträtt vid utförande av personundersökning eller förordnats till förtroendeman samt åt läkare som avgivit intyg enligt 9 §. Sådant ersättning skall gäldas av statsverket.



## 10. Förslag till Förordning om ändring i kungörelsen den 29 juni 1964 (nr 567) med vissa bestämmelser angående tillämpningen av lagen den 29 juni 1964 om personundersökning i brottmål

Härigenom föreskrives i fråga om kungörelsen den 29 juni 1964 (nr 567) med vissa bestämmelser angående tillämpningen av lagen den 29 juni 1964 om personundersökning i brottmål

dels att 1 § fjärde stycket skall upphöra att gälla,  
dels att 8, 13 och 14 §§ skall ha nedan angivna lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

### *Föreslagen lydelse*

#### 1 §

I beslut om personundersökning skall vid behov angivas vilken behandlingsform undersökningen företrädesvis bör avse. Uppdraget att föranstalta om personundersökning skall lämnas till skyddskonsulenten i det distrikt där den misstänkte är bosatt eller eljest uppehåller sig.

Underrättelse angående beslut om personundersökning skall av rätten utan dröjsmål tillställas åklagaren och den misstänkte.

Om utseende av personundersökare och beslut rörande uppdrag som förtroendemän skall skyddskonsulenten ofördröjligen underrätta rätten, åklagaren och den misstänkte.

*Underrättelse angående förordnande att avgiva läkarintyg som avses i 7 § lagen (1964:42) om personundersökning i brottmål skall tillställas socialstyrelsen.*

#### 8 §

Finner den som utför eller biträder vid utförandet av personundersökning anledning antaga, att den misstänkte är i behov av särskild vård eller behandling för sjukdom eller annan kroppslig eller själslig brist eller svaghet, och har ej beslut fattats om

*att anskaffa läkarintyg enligt 7 § lagen (1964:542) om personundersökning i brottmål eller om att verkställa rättspsykiatrisk undersökning skall han utan dröjsmål anmäla sina iakttagelser till rätten och skyddskonsulenten.*

att verkställa rättspsykiatrisk undersökning, skall han utan dröjsmål anmäla sina iakttagelser till rätten och skyddskonsulenten.

#### 13 §

Läkarintyg som avses i 7 § lagen om personundersökning i brottmål skall innehålla uppgifter i de hänseenden som angivas i ett av *kriminalvårdsstyrelsen efter samråd med socialstyrelsen* fastställt formulär. *Intyget skall avlämnas till rätten i tre exemplar.*

Läkarintyg som avses i 9 § lagen om personundersökning i brottmål skall innehålla uppgifter i de hänseenden som angivas i ett av *socialstyrelsen* fastställt formulär.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

*Framgår av läkarintyg angående misstänkt som är häktad att han företer tecken till sjukdom, skall rätten genast sända avskrift av intyget till föreståndaren för häktet.*

## 14 §

Den som enligt skyddskonsulentens förordnande utfört eller biträtt vid utförande av personundersökning, äger av allmänna medel uppbära skäligt arvode för utfört arbete och gottgörelse för nödvändiga utgifter. Vad som sagts nu gäller ej om uppdraget utförts som tjänsteåliggande. För inställelse enligt 12 § utgår ersättning och förskott enligt vad som gäller i fråga om vittne.

Bestämmelsen i första stycket första punkten gäller även läkare, som jämlikt 7 § lagen (1964:542) om personundersökning i brottmål förordnats att avgiva läkarintyg *angående misstänkt. Finnes särskild anledning att göra experimentalpsykologisk undersökning, äger läkaren rätt till ersättning för sina utlägg härför. Arvode för läkarintyg skall utgå med högst trehundraåttiofem kronor.*

Bestämmelsen i första stycket första punkten gäller även läkare, som jämlikt 9 § lagen (1964:542) om personundersökning i brottmål förordnats att avgiva läkarintyg *i ärendet angående ansökan om nåd.*

Ersättningen bestämmes av rätten eller, när personundersökning utförts eller läkarintyg avgivits i nådeärenden, av chefen för justitiedepartementet eller den han bemyndigar därtill.

Förtroendeman äger rätt till ersättning enligt vad som gäller för övervakare. För inställelse enligt 12 § utgår ersättning och förskott enligt vad som gäller i fråga om vittne.

Denna förordning träder i kraft den

**11. Förslag till****Lag om ändring av lagen den 19 april 1974 (nr 203) om kriminalvård i anstalt**

Härigenom föreskrives att 37 § lagen den 19 april 1974 (nr 203) om kriminalvård i anstalt skall ha nedan angivna lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

## 37 §

Vid sjukdom skall intagen vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Kan erforderlig undersök-

Vid sjukdom skall intagen vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Kan erforderlig undersök-

*Nuvarande lydelse*

ning och behandling ej lämpligen ske inom anstalten bör den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, får intagen föras över till allmänt sjukhus.

Förlossning av intagen kvinna skall såvitt möjligt ske på sjukhus eller förlossningshem. Om det behövs, skall kvinnan i god tid före förlossningen överföras dit eller till annat hem där hon kan erhålla lämplig vård.

Om anledning föreligger därtill, skall den som enligt första eller andra stycket vistas utom anstalt stå under bevakning eller vara underkastad särskilda föreskrifter.

Denna lag träder i kraft den

*Föreslagen lydelse*

ning och behandling ej lämpligen ske inom anstalten bör den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, får intagen föras över till allmänt sjukhus. *Vård får även beredas inom den rättspsykiatriska organisationen.*

**12. Förslag till****Lag om ändring i lagen den 20 maj 1976 (nr 371) om behandlingen av häktade och anhållna m. fl.**

Härigenom föreskrives i fråga om lagen den 20 maj 1976 (nr 371) om behandlingen av häktade och anhållna m. fl.

dels att 4 § skall ha nedan angivna lydelse,

dels att 19 § skall upphöra att gälla.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

## 4 §

Vid behandlingen av häktad skall hänsyn tagas till hans hälsotillstånd. Häktad som företer tecken till sjukdom eller begär att läkare skall tillkallas, skall så snart det kan ske undersökas av läkare, om ej sådan undersökning uppenbarligen är obehövlig.

Läkares anvisning rörande vården av häktad som är sjuk skall iakttagas. Behöver den häktade sjukhusvård, skall sådan beredas honom så snart det kan ske.

Läkares anvisning rörande vården av häktad som är sjuk skall iakttagas. Behöver den häktade sjukhusvård, skall sådan beredas honom så snart det kan ske. *Sluten psykiatrisk vård må beredas honom även inom den rättspsykiatriska organisationen.*

Förlossning av häktad kvinna skall såvitt möjligt ske på sjukhus.

Om anledning föreligger därtill, skall den som enligt andra eller tredje stycket vistas på sjukhus stå under bevakning.

Om anledning föreligger därtill, skall den som enligt andra eller tredje stycket vistas på sjukhus eller *institution inom den rättspsykiatriska organisationen* stå under bevakning.



*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

## 19 §

*Om behandlingen i vissa fall av häktad som skall undergå rättspsykiatrisk undersökning finns särskilda bestämmelser i 7 a § lagen (1966:301) om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål.*

---

Denna lag träder i kraft den

**13. Förslag till****Förordning om ändring i förordningen den 20 maj 1976 (nr 376) om behandlingen av häktade och anhållna m. fl.**

Härigenom föreskrives att 6 § i förordningen den 20 maj 1976 (nr 376) om behandlingen av häktade och anhållna m. fl. skall ha nedan angivna lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

## 6 §

Överföres enligt 4 § andra stycket lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m. fl. intagen till sjukhus, skall föreståndaren för förvaringslokalen underrätta den läkare som är ansvarig för vården om ändamålet med frihetsberövandet och övriga förhållanden av betydelse för den intagnes vistelse på sjukhuset. Har den intagne berövats friheten på grund av misstanke om brott, skall undersökningsledaren eller åklagaren dessutom underrättas om överförandet.

Överföres enligt 4 § andra stycket lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m. fl. intagen till sjukhus *eller institution inom den rättspsykiatriska organisationen*, skall föreståndaren för förvaringslokalen underrätta den läkare som är ansvarig för vården om ändamålet med frihetsberövandet och övriga förhållanden av betydelse för den intagnes vistelse på sjukhuset *eller institutionen*. Har den intagne berövats friheten på grund av misstanke om brott, skall undersökningsledaren eller åklagaren dessutom underrättas om överförandet.

Avlider intagen eller drabbas han av svårare sjukdoms- eller olycksfall skall någon av hans närmaste anhöriga underrättas härmed.

Föreståndaren för förvaringslokalen skall se till att underrättelse enligt första och andra styckena lämnas omedelbart.

---

Denna förordning träder i kraft den

## Sammanfattning

Kommittén har enligt sina direktiv haft i uppdrag att göra en allsidig översyn av påföljderna för psykiskt avvikande lagöverträdare och att i samband därmed söka komma till rätta med bristerna i det rättspsykiatriska undersökningsväsendet.

### *Praxis vid tillämpningen av gällande bestämmelser*

I 31:3 och 33:2 BrB ges bestämmelser om påföljd för den som begått brott "under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan själslig abnormitet av så djupgående natur, att den måste anses jämställd med sinnessjukdom". För sådant brott må enligt sistnämnda lagrum ej tillämpas annan påföljd än överlämnande till särskild vård, böter eller skyddstillsyn. Kan den som begått brott beredas vård med stöd av LSPV, må rätten, om behov av sådan vård föreligger vid domstillfället, förordna att han skall överlämnas till slutna psykiatrisk vård.

För att få underlag för att bedöma behovet av reformer har kommittén sökt skaffa sig en bild av hur nämnda bestämmelser tillämpats. I sådant syfte har kommittén tagit del av material, som sammanställts av olika forskare. Kommittén har också själv föranställt om vissa undersökningar. Då bestämmelserna om lagöverträdare som enligt BrB:s terminologi är "sinnessjuka" eller "sinnesslöa" inte givit upphov till någon oenhetlig praxis eller aktualiserat reformkrav, har kommitténs undersökningar inriktats på sådana lagöverträdare som begått brott "under inflytande av annan själslig abnormitet av så djupgående natur, att den måste anses jämställd med sinnessjukdom".

Kommittén har studerat rättspsykiatriska utlåtanden, domar, sjukjournaler och andra handlingar rörande ett 100-tal lagöverträdare, som bedömts såsom jämställda och straffrifyklarats eller – efter BrB:s ikraftträdande – överlämnats till slutna psykiatrisk vård. Kommittén har med ledning av tillgängliga uppgifter sökt belysa hur dessa patienter påverkats av den behandling de fått och hur det gått för dem i fortsättningen. Omkring 50 av fallen avser patienter med en vårdtid av över 5 år. Även jämställdhetsfall med korta vårdtider har studerats.

Kommitténs fallstudier visar att jämställdhetsgruppen är mycket heterogen med avseende på de psykiska störningstillstånd som föranlett överlämnandet till slutna psykiatrisk vård. Många av dem som vid rättspsykiatrisk undersökning bedömts såsom jämställda har på sjukhuset visat sig lida



av psykoser och behandlats härför. De flesta av de jämställda har i utlåtandena beskrivits såsom psykiskt abnorma i LSPV:s mening, dvs. varit behäftade med sådan psykisk abnormitet som inte är psykisk sjukdom eller utgörs av hämning i förståndsutvecklingen. Till denna grupp har hänförts inte bara de s. k. psykopaterna utan även personer med sådana varaktiga personlighetsavvikelser efter hjärnsador som ej är att hänföra till demenser. Många av de abnorma har missbrukat alkohol och/eller narkotika.

Samtliga de 197 män, vilka i anledning av domstolsbeslut under år 1967 blivit rättspsykiatriskt undersökta och därvid bedömts såsom jämställda, har blivit föremål för en särskild studie av docenten Lindelius. Han fann vid sin undersökning att jämställdhetsbedömningarna i flertalet av fallen grundats inte på ett utan på ett flertal psykiska störningstillstånd, vilka tillsammans bedömts ha utgjort ett med sinnessjukdom jämställt abnormtillstånd.

Enligt Lindelius företedde emellertid endast 98 av de 197 männen tecken på sådan allvarlig psykisk sjukdom, att deras behov av omhändertagande och behandling i sluten psykiatrisk vård var uppenbart. Det psykiatriska underlaget för jämställdhetsbedömningen av övriga 99 lagöverträdare kunde ifrågasättas. Missbruksproblematiken var en kraftigt bidragande orsak till jämställdhetsbedömningen i 62 fall och i 4 fall grundade sig denna enbart på missbrukets svårhetsgrad.

Jämställdhetsgruppen har visat sig vara mycket heterogen även med avseende på förefintligt vårdbehov. Vårdbehovet för dem, som bedömts såsom psykiskt abnorma i LSPV:s mening, har varit av skiftande slag. Många som tillika varit missbrukare har behövt slutet psykiatrisk vård för avgiftning eller för behandling av reaktiva insufficienser med oro, aggression eller depression. Varaktigheten av vårdbehovet har emellertid oftast varit begränsad. För alla har förelegat ett stort behov av sociala rehabiliteringsåtgärder och stöd av en effektiv eftervård.

I många av de av kommittén studerade jämställdhetsfallen har handlingarna enligt kommitténs psykiatrer inte innefattat tillräckliga skäl att med stöd av LSPV:s vanliga intagningsregler intaga den undersökte till slutet psykiatrisk vård, dvs. intagning har inte framstått såsom oundgänglig på grund av abnormitetens art och grad. Med denna bedömning skulle sjukhusvård inte ha kommit till stånd, om patienten inte begått brott. Att slutet psykiatrisk vård ändock kommit till stånd, kan i flera fall förklaras av att den, som begått brott, kan med stöd av e)-indikationen i LSPV, vilken indikation inte är tillämplig vid administrativa intagningar, överlämnas till slutet psykiatrisk vård, om han på grund av sin abnormitet bedöms såsom farlig för annans egendom. Det kan – anför kommittén – med fog ifrågasättas, om det är meningsfullt och ändamålsenligt att till sjukhusvård överlämna psykiskt abnorma lagöverträdare i fall, där det inte föreligger tillräckliga medicinska eller socialmedicinska skäl för intagning enligt LSPV:s vanliga intagningsregler.

Det är emellertid, även i fall där e)-indikationen inte är tillämplig, tydligt att behovet av slutet psykiatrisk vård för sådana, som är att anse såsom psykiskt abnorma i LSPV:s mening, inte bedöms på samma sätt vid intagning enligt LSPV:s vanliga intagningsregler och vid domstols förordnande om överlämnande till slutet psykiatrisk vård. Habitualtillståndet hos sådana psykiskt



abnorma, som enligt LSPV skall jämföras med psykiskt sjuka, brukar nämligen inte läggas till grund för intagning enligt LSPV:s vanliga intagningsregler. Däremot är det inte ovanligt att så sker vid domstolsöverlämnande till slutna psykiatrisk vård. Anledningen härtill synes oftast ha varit att aktuella brottet varit så allvarligt, att ett omhändertagande i någon form ansetts påkallat och att, då ett omhändertagande inom kriminalvården inte kunnat ske på grund av förbudet mot frihetsstraff i 33:2 BrB, annan påföljd än överlämnande till slutna vård inte ansetts kunnat ifrågakomma.

Vid bedömning av vårdbehovet måste man emellertid beakta, att möjligheterna att verksamt behandla sådana personlighetsstörningar, som omfattas av "abnormindikationen" i LSPV är begränsade. De behandlingsmetoder – framför allt olika miljöterapeutiska åtgärder – som används vid personlighetsstörningar, kräver att patienten aktivt deltar i behandlingen. En sådan medverkan från patienten är svår att få till stånd, om han är tvångsmässigt omhändertagen. Ett tvångsmässigt kvarhållande i slutna vård av en personlighetsstörd, som inte är tillgänglig för psykiatrisk terapi, kan i regel inte anses betingat av medicinska skäl.

Kommittén har vid sina fallstudier funnit ett mycket stort antal fall, där vårdtiden för straffröklarade eller domstolsöverlämnade lagöverträdare, vilka bedömts såsom jämförda, varat mycket länge utan att den behandling de undergått haft någon synbar effekt på deras tillstånd. Dessa patienter har i stor utsträckning i samband med försöksutskrivningar återfallit i missbruk och brott och därefter återförts till sjukhuset. Ofta har återfallen avsett egendomsbrott för att få pengar till uppehälle, alkohol eller narkotika. Att försöksutskrivningar så ofta misslyckats torde delvis sammanhånga med att sjukvården i stor utsträckning saknar resurser till en eftervård som skulle kunna hjälpa personlighetsstörda lagöverträdare till en successiv anpassning i samhället.

Vid sina fallstudier har kommittén fått ett starkt intryck av att det bland läkare och domare inte råder någon enhetlig uppfattning om när abnormitet är så djupgående, att den skall anses jämförd med sinnessjukdom. Denna oenhetlighet i bedömningen har kommit till synes i många olika sammanhang. I åtskilliga fall har det förekommit att psykiskt abnorma lagöverträdare som underkastats flera rättspsykiatriska undersökningar med kort mellanrum bedömts på olika sätt utan att någon egentlig förändring inträtt i det psykiska störningstillståndet. Inte sällan har det inträffat att den som överlämnats till slutna psykiatrisk vård kort därefter utskrivits, därför att sjukhusets läkare haft en annan uppfattning om vårdbehovet och ansett att patienten inte kunnat kvarhållas med stöd av LSPV. Även läkarna vid sjukhusen har ofta olika meningar om vårdbehovet hos sådana psykiskt abnorma som bedömts såsom jämförda. Dessa meningsskiljaktigheter har bl. a. kommit till uttryck i fråga om varaktigheten av vården. Vårdtiden har även i likartade fall kunnat bli av mycket skiftande längd. I flera uppmärksammade långvårdsfall (10–20 år) har utskrivning skett kort efter byte på överläkarposten utan att någon ändring av tillståndet åberopats. Att lagbestämmelserna ger utrymme för så skiftande bedömningar är inte tillfredsställande med hänsyn till att skiljaktigheterna i bedömningarna har en avgörande betydelse för den fortsatta behandlingen av lagöverträdarna.

Det synes kommittén uppenbart, att jämställdhetsregeln fått en vidsträcktare tillämpning än som varit avsedd. Att personlighetsstörda överlämnats till sluten psykiatrisk vård även i fall, då deras tillstånd varit sådant, att det inte skulle ha kunnat medföra intagning enligt LSPV:s vanliga intagningsregler, har fått till följd att sjukvårdsresurser, som kunnat få en mera meningsfull användning, måst tagas i anspråk för en numerärt liten, men svårskött patientgrupp. Detta har givetvis varit till förfång för övriga patienter som härigenom gått miste om behandlingsresurser.

En revision av gällande bestämmelser rörande den straffrättsliga behandlingen av psykiskt avvikande lagöverträdare har av nu anförda skäl framstått såsom nödvändig.

### *Vissa medicinska synpunkter på valet av påföljd vid olika psykiska störningar*

I de flesta fall torde en psykisk störning av så allvarlig beskaffenhet, att den enligt gällande rätt innefattar hinder för ådömande av frihetsstraff, medföra behov av sluten psykiatrisk vård, om tillståndet alltjämt består vid tiden för domen. Ibland kan dock störningen vara sådan, att den medför hinder för ådömande av frihetsstraff utan att sluten psykiatrisk vård för den skull kan anses oundgängligen påkallad på grund av störningens art och grad. Vårdbehovet på grund av en störning, som förelåg vid tiden för brottet och medför hinder för ådömande av frihetsstraff, kan ha upphört eller minskat i sådan mån, att sjukhusvård inte längre erfordras. Ej sällan är situationen den att domstolen vid bestämmande av påföljd för brott har att ta hänsyn till en efter brottet uppkommen psykisk störning som påkallar sjukhusvård.

Mot bakgrunden härav har kommittén i anslutning till ett flertal fallstudier sökt närmare belysa, hur valet av påföljd ter sig ur medicinsk synpunkt vid olika psykiska störningar, och därvid ange i vilka fall fängelse eller annan frihetsberövande påföljd inom kriminalvården framstår såsom en olämplig brottspåföljd och i vilka fall överlämnande till sluten psykiatrisk vård är att föredra framför annan påföljd.

Det torde råda allmän enighet om att frihetsstraff inte bör ådömas den som vid tiden för brottet led av *psykos*, till vilken sjukdomsgrupp räknas även hjärnskadebetingade tillstånd av demensgrad. Denna princip bör gälla, även om lagöverträdaren vid tiden för domen inte är i behov av sjukhusvård, och överlämnande till sluten vård alltså inte kan ske. Vissa psykotiska patienter kan med fördel behandlas i öppen vård, t. ex. defektläkta schizofrena. Öppen psykiatrisk vård eller skyddstillsyn torde då vara tillräckligt ingripande påföljd. Om ett våldsbrott begåtts under inflytande av ett psykotiskt tillstånd måste man i regel anta att behov av sluten psykiatrisk vård förelåg vid brottstillfället. Även om vårdbehovet upphört vid tiden för domen, kan ett överlämnande till sluten psykiatrisk vård vara motiverat för att lagöverträdaren skall stå under observation så lång tid, att man kan vara förvissad om att hans hälsotillstånd stabiliserats och att det inte föreligger påtaglig risk för försämring med nya våldshandlingar som följd. Undantag från vad nu sagts om påföljd för den som vid brottet befann sig i psykotiskt tillstånd bör kunna göras, om psykosen var uppenbart självförvållad genom bruk av beroendeframkallande medel och direkt samband mellan psykosen och brottet ej



föreligger.

Det är inte ovanligt att den som begått brott efteråt drabbas av depression eller liknande tillstånd. Dylika reaktiva insufficienser är erfarenhetsmässigt av övergående natur. Om vårdbehovet kan antas vara kortvarigt, möter från medicinsk synpunkt inte några betänkligheter mot att lagöverträdaren dömes till frihetsstraff under förutsättning att man kan räkna med att han får den sjukhusvård som hans tillstånd kräver.

Vid bedömning av vad som i det särskilda fallet är den lämpligaste påföljden för en *psykiskt utvecklingsstörd* som begått brott är det viktigt, att man noga undersöker graden av utvecklingsstörningen och eventuella komplikationer i form av andra psykiska störningar. Den som är så utvecklingsstörd att han enligt nu tillämpad praxis bedöms såsom "sinnesslös" bör ej dömas till fängelse eller annan frihetsberövande påföljd inom kriminalvården. Vid mindre allvarlig brottslighet kan skyddstillsyn i förening med föreskrift om någon form av omsorg vara en lämplig påföljd. Vid allvarigare brottslighet, särskilt om det är fråga om våldsbrott, bör man dock välja en påföljd som innefattar ett omhändertagande. I enstaka fall, då lagöverträdaren är endast lindrigt utvecklingsstörd, bör frihetsberövande påföljd inom kriminalvården kunna ifrågakomma. Med hänsyn till att en utvecklingsstörd ofta har svårt att klara sig i fängelsemiljö och lätt blir utnyttjad av medinterner bör försiktighet iakttagas i detta hänseende.

Med *personlighetsstörning* avser kommittén sådana personlighetsavvikelser, som inte väsentligen karakteriseras av intellektuell utvecklingsstörning, psykos, neuros eller hjärnskadebetingad psykisk störning. En stor del av dem som enligt nu gällande praxis bedöms som jämställda med sinnessjuka har personlighetsstörningar av olika slag. Möjligheterna att verksamhet behandla sådana störningar är, såsom nyss framhållits, mycket begränsade. Enligt kommitténs mening bör sluten psykiatrisk vård som brottspåföljd endast komma i fråga i fall, där personlighetsstörningen är av sådan art och grad, att lagöverträdarens omhändertagande inom sjukvården tveklöst framstår som påkallat av medicinska skäl. Detta innebär att de flesta personlighetsstörda lagöverträdare kommer att dömas till påföljd inom kriminalvården. I den mån fängelsestraff ifrågakommer, bör det behov av tillfällig psykiatrisk vård, som icke sällan uppkommer, tillgodoses genom en ökad flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård.

Vissa typer av personlighetsstörning kan dock i sig vara anledning till att lagöverträdaren bör överlämnas till psykiatrisk vård. Detta gäller t. ex. vissa s. k. schizoida, som kan sägas ständigt balansera på gränsen till psykos. Det gäller också vissa paranoidea personer, som utan att vara klart psykotiska dock är högradigt psykiskt störda, ävensom en del konstitutionellt hypomana personer.

Med *psykoorganiska syndrom* avses störningar, som betingats av en skada eller en förstörelse av nervceller i hjärnan. Denna kan bero på giftverkan, t. ex. av alkohol eller centralstimulerande medel, eller på en bestående förlust av nervceller efter en hjärnoperation eller en hjärnblödning. Skadan eller förstörelsen kan också förekomma diffust i hela hjärnan som vid senil demens. Beträffande sådana fall är det inte möjligt att i detalj ange vilka symtom som bör föranleda överlämnande till sluten psykiatrisk vård och i vilka fall frihetsstraff inte bör ådömas. Vid progressiv hjärnsjukdom, t. ex.



tidig senil eller presenil demens, bör emellertid frihetsberövande påföljd inom kriminalvården inte ådömas. Detta gäller även i fall då man kan konstatera ett klart samband mellan hjärnskada och kriminellt beteende.

*Neuroser* behandlas numera sällan i slutna vård. Slutna psykiatrisk vård som påföljd blir därför sällan aktuell i dessa fall. Vid svåra neuroser som är helt invalidiserande bör frihetsberövande påföljd inom kriminalvården inte ifrågakomma.

*Undantagstillstånd och tvångsmässiga driftshandlingar.* Termen undantagstillstånd används av kommittén för att beteckna en rad, vanligen kortvariga tillstånd, där en individ utför handlingar som är i större eller mindre grad främmande för hans vanliga personlighet. I vissa fall, t. ex. vid begynnande schizofreni, epileptiska tillstånd och hysteriska tillstånd av personlighetsklyvning, är undantagstillstånden av psykotisk karaktär och bör medföra straffrättslig undantagstillställning. Sexualbrott begås inte sällan i psykiska undantagstillstånd eller under inflytande av ett sjukligt tvång. Detsamma gäller vissa former av eldsanläggning och kleptomani. Om handlingarna har begåtts i psykiskt undantagstillstånd sammanhängande med impulsgenombrott av psykoskaraktär eller personlighetsfrämmande tvångsmässig driftshandling, bör frihetsberövande påföljd inom kriminalvården i regel inte ifrågakomma. Oftast är slutna psykiatrisk vård indicerad.

*Alkohol- och narkotikamissbruk.* Kommittén har utförligt diskuterat behandlingen av missbrukare av beroendeframkallande medel med avseende på olika grupper av missbruksfall. Missbruksfallen har härvid indelats i *dels* beroendefall, dvs. fall där beroendet av missbruksmedel framstår som det väsentliga problemet, *dels* psykosfall, dvs. fall där en av missbruket föranledd psykos förelegat i gärningsögonblicket, *dels* fall där missbruket lett till ett psykoorganiskt syndrom med nivå-sänkning och *dels* missbruksfall med bakomliggande psykiska störningar.

Beträffande beroendefallen framhålls till en början att behandlingen av alkoholberoende i regel sker i öppen vård. Med hänsyn till att behovet av slutna vård oftast är kortvarigt är överlämnande till slutna psykiatrisk vård inte en lämplig påföljd för en lagöverträdare som är alkoholmissbrukare. Av kommitténs fallstudier framgår också klart att långvarig slutna vård inte är någon effektiv metod för att komma till rätta med alkoholmissbruk.

I fråga om narkotikamissbrukare synes den allmänna uppfattningen hos psykiatrer vara, att initial behandling bör ske under medicinsk kontroll i slutna vård, medan den mera långsiktiga behandlingen, som ofta består i resocialiserande åtgärder, om möjligt bör ske på frivillig väg. En granskning av praxis visar att narkomaner i större utsträckning än alkoholister bedöms såsom jämställda, även om också i dessa fall personlighetsstörningar anges såsom den huvudsakliga orsaken till vårdbehovet. Sjukhusen har emellertid inte möjlighet att tillse att intagna narkotikamissbrukare hålls giftfria, vilket är en förutsättning för den sociala rehabiliteringen. Vid sjukhusen tillämpas i allmänhet mycket korta vårdtider. De tidiga utskrivningarna av de domstolsöverlämnade narkomanerna bör enligt kommittén ses som ett uttryck för att läkarna anser sjukhusvård inte vara motiverad sedan avgiftning skett. För den ofta starkt socialt handikappade grupp som de narkotikamissbrukande lagöverträdarna utgör har emellertid eftervården inte varit tillräckligt effektiv och de flesta har tämligen omedelbart efter utskrivningen återfallit i missbruk

och kriminalitet. Det ter sig föga rationellt att överlämna narkotikamissbrukare till sluten psykiatrisk vård, vare sig följderna blir en snabb utskrivning eller att missbrukaren, i strid med vad som kan anses ändamålsenligt ur psykiatrisk synpunkt, under lång tid kvarhålls på sjukhuset. Överlämnande till sluten psykiatrisk vård är en påföljd som är föga ägnad att befria den dömda från hans beroende eller att avhålla honom från att begå brott.

I fall där brottsligheten inte är så allvarlig och där det finns anledning tro, att lagöverträdaren vill medverka i en behandling, kan överlämnande till öppen vård eller skyddstillsyn med föreskrifter vara lämpliga påföljder. Är brottsligheten allvarlig krävs mera ingripande åtgärder. Det är orealistiskt att tro att vård i frihet utan andra sanktioner än kortvariga sjukhusintagningar skulle vara tillräckligt för att åstadkomma en resocialisering. Består brottsligheten i olaga narkotikaförsäljning, kräver hänsyn till allmänheten att vederbörande avskärs från möjlighet till fortsatt brottslighet.

Kommittén framhåller att en förutsättning för att narkomanen skall kunna frigöra sig från beroendet är, att han en längre tid hålls giftfri. Möjlighet att hålla honom avskärad från narkotika borde vara större på en kriminalvårdsanstalt än på ett sjukhus. Den långsiktiga, resocialiserande behandlingen i övrigt kan ske lika väl inom ramen för ett fängelsestraff som i samband med sjukhusvistelse.

Det har gjorts gällande att humanitära skäl talar mot att döma en lagöverträdare, som är narkoman, till fängelse. Till stöd härför har bl. a. anförts att exempelvis opiater ger upphov till mycket plågsamma abstinensbesvär och att en narkoman, som av rädsla för sådana besvär gör sig skyldig till brott för att få medel till inköp av giftet, inte kan göras ansvarig för brottet. Kommittén framhåller härom att avvänjningen med de metoder som tillämpas i modern sjukvård i regel kan ske utan alltför svåra plågor. Möjligheten att söka vård står öppen för alla och bör framstå som ett alternativ till fortsatt missbruk. Abstinensbesvär eller rädsla för sådana bör därför i regel icke medföra straffrättslig undantagsställning.

Av nu anförda skäl anser kommittén att kriminalvård bör vara den normala påföljden i de fall, där inte andra allvarliga psykiska störningar än själva beroendet förelåg vid brottstillfället. Det bör emellertid understrykas att en förutsättning för kommitténs ställningstagande är att missbrukare som döms till fängelse vid avgiftning och eljest vid behov får adekvat medicinsk vård inom ramen för den ådömda påföljden.

Vad gäller den andra gruppen av fall, psykosfallen, konstaterar kommittén att det är tämligen vanligt, att missbruk av vissa beroendeframkallande medel ger upphov till psykotiska tillstånd som kan vara av mer eller mindre övergående natur. Om en person vid brottet befann sig i ett otvetydigt, djupgripande psykotiskt tillstånd och det finns ett uppenbart samband mellan tillståndet och brottet, bör frihetsstraff enligt kommitténs mening i princip inte ådömas. Om gärningsmannen till följd av ihållande narkotikamissbruk av och till råkar i mer eller mindre snabbt övergående psykotiska tillstånd, bör han däremot – om han vid brottet skulle ha befunnit sig i sådant tillstånd – dömas till frihetsstraff, om brottsligheten ger anledning till det. Detta kan framför allt bli aktuellt vid olaga narkotikahandling. Undantagsvis bör straff kunna ifrågakomma även i fall, där missbruket gett upphov till allvarliga psykiska störningar. Vid upprepad brottslighet i samband med narkotikapsy-



koser, särskilt om lagöverträdaren vägrat samarbeta i ett behandlingsprogram, bör domstolen vara oförhindrad att döma till frihetsstraff. Anledning därtill är att samhället eljest skulle sakna möjlighet att skydda sig mot denna brottslighet.

Långvarigt alkohol- eller narkotikamissbruk ger ofta upphov till hjärnskador som visar sig i en nivå-sänkning av de psykiska funktionerna. Är nivå-sänkningen mycket betydande, bör påföljd för brott bli överlämnande till sluten psykiatrisk vård.

Missbruksfall med bakomliggande psykiska störningar bör bedömas i enlighet med de allmänna riktlinjer som tidigare angivits.

### *Anvisningar till ledning för påföljdsvalet*

Mot bakgrunden av de medicinska synpunkter beträffande påföljdsvalet, för vilka här redogjorts, har kommittén övervägt huruvida det finns skäl att behålla det nuvarande förbudet mot att döma den, som begått brott under inflytande av sinnessjukdom eller därmed jämställd störning, till fängelse eller andra frihetsberövande påföljder inom kriminalvården.

Frihetsstraff är i många fall en direkt olämplig brottspåföljd för en psykiskt störd lagöverträdare. I vart fall då det gäller andra psykiska störningar än psykoser är det emellertid knappast möjligt att på ett klagörande sätt precisera i vilka fall en psykisk störning bör utgöra hinder för frihetsstraff. Det är vidare med hänsyn till framför allt personlighetsstörningarnas skiftande natur önskvärt, att domstolen och därmed även undersökningsläkaren inte är bunden av snävt avfattade regler utan kan grunda sitt ställningstagande på alla förekommande omständigheter. Det nuvarande förbudet i 33:2 BrB bör därför ersättas med anvisningar till ledning för påföljdsvalet. Utgångspunkten bör därvid vara att en allvarligt psykiskt störd lagöverträdare inte bör dömas till fängelse eller annan frihetsberövande påföljd inom kriminalvården, om inte sådan påföljd framstår som lämpligare än annan brottspåföljd. En grundförutsättning för att annan psykisk störning än utvecklingsstörning skall kunna utgöra hinder för att döma till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården i fall då detta eljest är motiverat bör vara, att störningen med hänsyn till art och grad och därav föranlett vårdbehov är av så allvarligt slag, att intagning till sluten psykiatrisk vård vid tiden för brottet kunnat ske oberoende av eget samtycke. Vårdbehovet är emellertid endast en av de faktorer som bör påverka valet av påföljd. Det kan vara olämpligt att döma till frihetsstraff, även om vårdbehovet upphört vid tiden för domen. Å andra sidan utgör inte alltid den omständigheten, att intagning till sluten psykiatrisk vård kan eller kunnat ske med stöd av LSPV, skäl mot ådömande av frihetsstraff. Såsom tidigare anförts bör t. ex. sådan påföljd kunna ådömas en narkotikamissbrukare, även om han vid tiden för brottet kunnat på grund av missbruket tas in för sluten psykiatrisk vård.

En annan faktor av betydelse för påföljdsvalet är störningens samband med brottet. För det fall att störningen uppkommit efter gärningens begående finns det inte skäl att ge några särskilda anvisningar av nu ifrågasvarande slag. Om störningen förelåg vid brottet kan det – oberoende av vederbörandes behov av psykiatrisk vård – ibland finnas skäl att inte döma till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården av den anledningen, att vederbörande på grund



av psykisk störning inte kan göras ansvarig för den brottsliga handlingen. Vid allvarlig psykisk störning kan samband mellan störningen och brottet oftast presumeras, men även när det gäller ingripande störningstillstånd såsom psykoser kan det ibland finnas anledning att ifrågasätta det. Ett exempel därpå är en person som regelbundet ägnar sig åt olaga narkotikaförsäljning och vid något brottstillfälle varit tillfälligt psykotisk på grund av narkotika-intag. Den omständigheten att det psykotiska tillståndet kan misstänkas sakna betydelse för brottet måste enligt kommitténs mening beaktas i ett sådant fall.

Mot bakgrunden av vad nu sagts har kommittén föreslagit att 33:2 BrB skall ges det innehålllet, att den som begått brott och därvid led av sådan psykisk störning att sluten psykiatrisk vård kunde beredas honom med stöd av LSPV, ej må dömas till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården, om inte sådan påföljd framstår som lämpligare än annan påföljd. Vid denna bedömning skall särskilt beaktas störningens art och grad, dess samband med brottet och gärningsmannens behov av vård. Dömer domstol i nu avsett fall till fängelse, måste i domskälen närmare anges varför denna påföljd framstår som lämpligare än annan påföljd.

#### *Förutsättningar för överlämnande till sluten psykiatrisk vård såsom brottspåföljd*

En förutsättning för förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård bör givetvis liksom hittills vara att lagöverträdaren vid domstillfället lider av så allvarlig psykisk störning, att vård kan beredas honom med stöd av LSPV. Detta innebär att sådan vård skall vara oundgängligen påkallad med hänsyn till störningens art och grad och till någon av de i lagen upptagna specialindikationerna.

Enligt kommitténs förslag skall vårdbehovet avgöras helt på medicinska eller socialmedicinska grunder. Kommittén har därför föreslagit att e)-indikationen i 1 § LSPV skall upphävas. Denna indikation, som endast är tillämplig vid domstols förordnande om sluten psykiatrisk vård, avser den som på grund av psykisk störning är farlig för annans egendom eller annat av lagstiftningen skyddat intresse än annans personliga säkerhet. Enligt kommitténs mening bör man inte bibehålla en indikation som gör det formellt möjligt att på psykiatriskt sjukhus under obestämd tid kvarhålla en domstolsöverlämnad patient endast av det skälet att han på grund av psykisk störning kan befaras komma att begå nya egendomsbrott. I den mån man anser att vikten av skydd mot förmögenhetsbrottslingar nödvändiggör ett omhändertagande på obestämd tid utan att detta är påkallat av medicinska eller socialmedicinska skäl, bör enligt kommitténs mening omhändertagandet ske genom internering inom kriminalvården.

Om e)-indikationen upphävs, kommer förutsättningarna för domstolsöverlämnande till sluten psykiatrisk vård och intagning för sådan vård på administrativ väg att sammanfalla.

Såsom nämnts vid redogörelsen för praxis brukar habitualtillståndet hos de "psykiskt abnorma", som enligt 1 § andra stycket LSPV skall jämföras med psykiskt sjuka, endast sällan läggas till grund för intagning till sluten vård enligt LSPV:s vanliga intagningsregler. Om överlämnande till sluten psykiat-

risk vård såsom brottspåföljd begränsas till fall, då påföljden är motiverad av medicinska skäl, finns det knappast anledning att behålla abnormbegreppet i LSPV. Detta begrepp överensstämmer varken med psykiatriskt språkbruk eller med vedertagna indelningar av psykiska tillstånd och är därför mindre lämpligt. Intagning oberoende av eget samtycke måste emellertid kunna ske för vissa tillstånd, på vilka begreppet "psykisk sjukdom" i LSPV inte är en helt adekvat benämning. I enlighet härmed har kommittén som en övergripande samlingsbeteckning för alla de psykiska funktionsrubbringar, som skall kunna medföra intagning till sluten psykiatrisk vård med stöd av LSPV, använt termen "psykisk störning". Samma terminologi föreslås tillämpad även i BrB.

BrB uppställer för närvarande såsom förutsättning för överlämnande till sluten psykiatrisk vård såsom brottspåföljd ett principiellt krav på kausalitet mellan den psykiska störningen och brottet. Är lagöverträdaren i oundgängligt behov av sluten psykiatrisk vård – och detta är ju en förutsättning för ett domstolsöverlämnande – finns det inte någon anledning att begränsa domstolens val av påföljd endast därför att man inte kan styrka samband mellan störningen och brottet. Har störningen uppkommit efter gärningens begående, skall emellertid enligt kommitténs förslag förordnande om sluten psykiatrisk vård inte få meddelas, om vårdbehovet bedöms som kortvarigt. Efter brott uppkomna psykiska insufficiencstillstånd är nämligen erfarenhetsmässigt ofta av övergående natur. Med en ökad flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård bör lagöverträdaren i ett sådant fall kunna påräkna den sjukhusvård som hans psykiska tillstånd påkallar, även om han dömes till fängelse.

### *Öppen psykiatrisk vård*

Överlämnande till öppen psykiatrisk vård är en brottspåföljd som används mycket sällan. Anledningen torde vara att den som överlämnas till sådan vård ofta undandrar sig vården och att det inte finns några medel att framtvinga den. Behovet av påföljden i dess nuvarande utformning torde vara ringa. Enligt kommitténs uppfattning finns det emellertid ett behov av öppen vård i form av kontrollerad eftervård. Kommittén har vid sina fallstudier funnit åtskilliga exempel på lagöverträdare, som väl vid tiden för brottet var i behov av sluten psykiatrisk vård men som vid den ofta långt senare tidpunkt, då sjukhusintagning kom till stånd, var så pass återställda att en effektiv eftervård hade varit en lämpligare behandlingsform. Kommittén föreslår därför att påföljden öppen psykiatrisk vård skall få den innebörden, att vederbörande skall vara att betrakta som försöksutskrivnen från sluten psykiatrisk vård och underkastad de regler som gäller för sådan utskrivning. Förordnandet skall alltså kunna förenas med föreskrifter av olika slag, t. ex. avhållsamhet från alkohol eller narkotika, medicinering, boendeform etc. Åsidosättande av föreskrifterna skall, om förhållandena påkallar det, kunna medföra intagning på psykiatriskt sjukhus. Förslaget tar framför allt sikte på sådana fall där vederbörande är vårdbehövande, t. ex. så att han måste medicinera för att förebygga nya sjukliga faser, men vården kan ske i öppen vård. Vidare torde vårdformen kunna få betydelse för lätt dementa kroniska alkoholister och i enstaka fall narkomaner som vid brottet befann sig i ett av missbruket framkallat tillfälligt psykotiskt tillstånd.



### *Brottspåföljder för psykiskt utvecklingsstörda*

Lagöverträdare som är psykiskt utvecklingsstörd skall enligt kommitténs förslag under samma förutsättningar som f. n. kunna överlämnas till vård i specialsjukhus för utvecklingsstörda. Med hänsyn till att omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda numera är väl utbyggda och till att omhändertagandet alltmer utvecklas mot vård i öppnare former i mindre enheter än specialsjukhus har kommittén föreslagit, att domstol skall få möjlighet att överlämna utvecklingsstörd förutom till vård i specialsjukhus till vård i vårdhem. Bestämmelse därom har upptagits i 31:3 BrB. Något krav på samband mellan brottet och utvecklingsstörningen har inte uppställt.

För brott som begåtts av den som är så utvecklingsstörd, att vård kan beredas honom på specialsjukhus eller vårdhem med stöd av 35 § omsorgslagen, bör enligt kommitténs förslag frihetsberövande påföljd inom kriminalvården ej ådömas, om ej sådan påföljd framstår som lämpligare än annan påföljd. Vid bedömningen skall särskilt beaktas graden av utvecklingsstörningen, dess samband med brottet och vårdbehovet. Bestämmelser härom har upptagits i BrB 33:2.

Av samma skäl som anförts beträffande upphävandet av e)-indikationen i LSPV bör dess motsvarighet i 35 § andra stycket omsorgslagen upphävas.

### *Förslag om ökad flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård*

Vad kommittén föreslagit beträffande valet av påföljd för psykiskt avvikande lagöverträdare innebär, att åtskilliga personlighetsstörda och många missbrukare av beroendeframkallande medel, som med nuvarande praxis överlämnas till sluten psykiatrisk vård, kommer att dömas till fängelse eller annan frihetsberövande påföljd inom kriminalvården. Detta klientel har otvivelaktigt ett inte oväsentligt större behov av psykiatrisk tillsyn och behandling än andra som döms till sådan påföljd. En förutsättning för en ändring av nuvarande praxis med avseende på gränsdragningen mellan kriminalvård och sjukvård är givetvis att nyssnämnda behov kan tillgodoses utan hinder av den ådömda påföljden. Enligt kommitténs förslag skall de fängelsedömdas behov av psykiatrisk sjukvård tillgodoses genom en ökad flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård. Överföring till sjukhus skall kunna ske efter ansökan av kriminalvårdsmyndighet så snart förutsättningar för intagning med stöd av LSPV är för handen. Behandling inom den allmänna sjukvården bör emellertid kunna komma till stånd inte bara då LSPV är tillämplig utan även eljest på den dömdes begäran med stöd av sjukvårdslagen. Den som är intagen på kriminalvårdsanstalt bör sålunda kunna med kriminalvårdsmyndighets medgivande frivilligt intagas på sjukhus för att få den behandling som han har behov av.

Kommittén betonar starkt principen att den som dömts till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården vid behov skall få samma tillgång till sjuk- och hälsovård som övriga medborgare. Redan enligt gällande lag skall den tid under vilken en anstaltsintagen vårdats på sjukhus inräknas i verkställigheten, om ej särskilda skäl talar däremot. Om vårdbehovet upphör, innan strafftiden gått till ända, skall han i regel återföras till kriminalvårdsanstalten. Lagens bestämmelser om permission och villkorlig frigivning ger



emellertid stort utrymme för möjligheter till eftervård i behandlingsinstitutioner utanför kriminalvården.

### *Befogenhet att förordna om upphörande av straff*

Om en person som dömts till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården tas in för sluten psykiatrisk vård med stöd av LSPV och vårdbehovet bedöms såsom långvarigt, aktualiseras fråga om hur man skall göra med den ådömda påföljden. Bestämmelser härom finns beträffande internering. Interneringsnämnden äger sålunda i ett dylikt fall förordna att påföljden skall upphöra, dock endast under förutsättning att minsta tiden för interneringen gått till ända. Motsvarande bestämmelser för den som dömts till fängelse eller ungdomsfängelse saknas. Bortsett från den begränsade möjligheten att förordna att internering skall upphöra på grund av psykisk störning, kan ådömd påföljd endast genom nåd bringas att upphöra.

Vad kommittén föreslår beträffande påföljd för psykiskt avvikande kommer att medföra att kriminalvården tillförs ett ökat antal psykiskt labila personer. Åtskilliga av dem kan förutses komma i behov av sjukhusvård för kortare eller längre tid. Den successiva avveckling av kriminalvårdens egen psykiatriska sjukvårdsorganisation som blir en följd av kommitténs förslag i organisatoriskt hänseende kommer också att leda till att den allmänna sjukvården får omhänderta ett ökat antal personer som dömts till påföljd inom kriminalvården. Man bör därför räkna med ett ökat behov av att kunna i samband med att man överför anstaltsintagna till sluten psykiatrisk vård förordna om upphörande av straff. Det kan inte vara rationellt att utnyttja nådeinstitutet härför. Kommittén föreslår därför att de centrala nämnderna – kriminalvårdsnämnden, ungdomsfängelsenämnden och interneringsnämnden – får befogenhet att beträffande den, som är i långvarigt behov av sluten psykiatrisk vård, förordna att ådömd påföljd skall upphöra.

### *Särskilda utskrivningsregler för vissa domstolsöverlämnade*

Även om i fortsättningen större restriktivitet kommer att iakttagas vid överlämnande av lagöverträdaren till sluten psykiatrisk vård, kan det inte undvikas att till sjukvården även framdeles kommer att hänföras patienter, vilkas behov av sjukhusvård ger utrymme för olika meningar. I praxis har sådana meningsskiljaktigheter hittills uppmärksamrats främst beträffande sådana psykiskt störda, som begått våldsbrott eller som eljest visat sig vara farliga för annans personliga säkerhet. Kommittén har vid sina fallstudier sett många exempel på att domstolsöverlämnade patienter efter kort sjukhusvistelse utskrivits, oaktat de alltfjämt varit att uppfatta såsom farliga för annans personliga säkerhet. Anledningen härtill har i de flesta fall varit att patienterna ansetts inte kunna tillgodogöra sig den terapi sjukhusen tillhandahåller. Till säkerställande av att skyddsaspekten tillräckligt beaktas och till främjande av en enhetlig praxis i hela landet föreslår kommittén, att domstol får befogenhet att i samband med förordnande om sluten psykiatrisk vård för den, som på grund av psykisk störning bedöms såsom farlig för annans personliga säkerhet, föreskriva att beslut om utskrivning eller utskrivning på försök inte får verkställas utan att beslutet fastställts av psykiatriska nämnden.

Till förekommande av att domstolsöverlämnad patient kvarhålls i sluten psykiatrisk vård under längre tid än som ur medicinsk synpunkt kan anses motiverat har kommittén också föreslagit att överinspektören för den psykiatriska vården årligen skall granska handlingarna begräffande domstolsöverlämnade patienter som vårdats under mer än två år. Om överinspektören därvid finner, att det är tveksamt om tillräckliga skäl för kvarhållande finns, skall han föredraga ärendet i psykiatriska nämnden för prövning.

### *Åtgärder i samband med gripande, anhållande och häktning*

Kommittén utgår från att den grundläggande principen, att psykiskt störda lagöverträdare snabbt och effektivt får den psykiatriska vård som deras tillstånd påkallar, skall såvitt möjligt gälla redan på utredningsstadiet, även om utrednings- och säkerhetsintressena därigenom måste i någon mån eftersättas. De är ingalunda ovanligt att psykiska insufficienser av olika slag uppstår hos personer som omhändertagits i häkte. Den nuvarande psykiatriska hälsovården av häktade och anhållna har påtagliga brister. Dessa bör i möjligaste mån avhjälpas genom anlitande av samhällets allmänna sjukvårdsresurser. I vissa fall är det emellertid nödvändigt att den misstänkte sätts under effektiv bevakning, så att han hindras från att rymma eller få kontakt med medbrotslingar. För sådana fall föreslår utredningen att intagning skall kunna ske för vård på rättspsykiatrisk klinik. Om en person som är gripen, anhållen eller häktad visar tecken på psykisk störning skall polisen eller föreståndaren för förvaringslokalen tillse att han omedelbart blir läkarundersökt. Om det därvid befinns att vederbörande lider av sådan störning, att han kan beredas vård med stöd av LSPV, bör ansökan göras om hans intagning på sjukhus eller rättspsykiatrisk klinik. Kommittén föreslår att kretsen av personer, som äger göra ansökan om sjukhusintagning med stöd av LSPV, skall utökas till att omfatta även åklagare som handhar utredning rörande misstänkt.

I fall då sjukhusintagning sker torde omständigheterna ofta vara sådana att åklagaren kan underlåta att åtala. Ibland kan det vara motiverat att uppskjuta åtalsfrågan och låta denna bli beroende av resultatet av behandlingen. En väl genomförd behandling kan också medverka till att domstolen, om åtal kommer till stånd, väljer påföljder som skyddstillsyn med behandlingsföreskrifter eller öppen psykiatrisk vård. Det sagda bör gälla även då frivillig intagning för sluten psykiatrisk vård kommer till stånd.

Med hänsyn till de bristfälliga resurserna måste man emellertid räkna med att viss psykiatrisk vård allttjämt bedrivs i arrestlokaler och häkten. Ett särskilt problem är därvid avgiftning av narkomaner. I sådana fall kan vårdbehovet ibland på ett acceptabelt sätt tillgodoses genom i häktet anställda sjuksköterskor med tillgång till psykiatrisk konsult. Detta förutsätter en personalmässig upprustning av häktena.

Även i fall då det föreligger behov av mindre ingripande åtgärder än sluten vård är det av vikt att vård kommer till stånd så snart som möjligt. Om polisen vid gripandet misstänker att en person lider av psykiska störningar och anhållande eller häktning inte erfordras på grund av brottets svårhetsgrad, bör man i möjligaste mån hjälpa vederbörande till kontakt med t. ex. nykterhetsvård, narkomanvård eller psykiatrisk öppenvårdsmottagning.



*Rättspsykiatrisk undersökning*

Det rättspsykiatriska undersökningsväsendet har sedan länge kritiserats. Kritiken har framför allt riktat sig mot de långa väntetiderna för undersökning. Vidare har gjorts gällande att undersökningarna är alltför omfattande och ensidigt inriktade på diagnostik samt att rättspsykiatrerna är isolerade från vårdarbete. Att väntetiderna för undersökningar trots vidtagna åtgärder inte kunnat nedbringas på ett ur rättssäkerhetssynpunkt godtagbart sätt torde till väsentlig del ha sin förklaring i att BrB:s jämställdhetsregel är sådan att undersökningarna i ett stort antal fall måst göras omfattande. Ett genomförande av kommitténs förslag till gränsdragning mellan kriminalvård och sjukvård torde komma att leda till att ett stort antal av de personlighetsstörda lagöverträdare, som nu bedöms såsom jämställda och överlämnas till sluten psykiatrisk vård, kommer att dömas till påföljd inom kriminalvården. Med den föreslagna gränsdragningen skulle undersökningarna i övervägande antalet fall kunna göras väsentligt mindre omfattande än för närvarande. Enligt kommitténs mening behöver undersökningarna i de flesta fall inte göras mera omfattande än som motsvarar en något utvidgad s. k. § 7-undersökning. I komplicerade fall måste undersökningarna givetvis göras mera omfattande. Utredningar som inte är av direkt betydelse för valet av påföljd, men som avses skola ligga till grund för behandlingsplaneringen, torde utan olägenhet kunna förflyttas till verkställighetsstadiet.

Kommitténs förslag beträffande rättspsykiatriska undersökningar syftar till att eliminera eller väsentligt nedbringa väntetiderna för undersökningarna och att frigöra resurser för vårdarbete.

I fråga om förfarandet vid rättspsykiatriska undersökningar föreslås följande.

Sådan undersökning skall beslutas av rätten och föregå förordnande om överlämnande till psykiatrisk vård eller vård enligt omsorgslagen samt dom till inlärning eller dom, varigenom någon som ej fyllt 18 år döms till ungdomsfängelse. Om den misstänkte är intagen på psykiatriskt sjukhus eller specialsjukhus eller vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda bör undersökning emellertid inte vara obligatorisk, om fortsatt vård kan beredas honom enligt utlåtande av den vårdansvarige överläkaren eller socialstyrelsen.

Kommittén utgår från att en undersökning av förut angivna omfattning bör i fall som inte är komplicerade kunna genomföras på två veckor. Med denna utgångspunkt behöver man inte liksom för närvarande såsom förutsättning för ett förordnande om rättspsykiatrisk undersökning uppställa krav på att den misstänkte erkänt gärningen eller övertygande bevisning förebragts att han begått den. Det bör räcka att det finns sannolika skäl för att han begått gärningen. Domstolen kan då ta ställning till fråga om undersökning redan i samband med häktningsförhandling, om sådan förekommer.

För häktade torde tvåveckorstiden endast sällan behöva överskridas. Rätten skall emellertid kunna medge uppskov med ytterligare en vecka utöver två-veckorstiden. Förlängning av undersökningstiden utöver treveckorstiden skall, om åtal väckts och den misstänkte är häktad, endast få ske under förutsättning att han erkänt gärningen eller övertygande bevisning förebragts att han begått den. Beträffande den som inte är häktad föreslås en lagstadgad tid om sex veckor med möjlighet till förlängning. Även då det



gäller icke häktade bör emellertid domstolen se till att uppskov inte medges i onödan.

Den som är häktad och skall undergå rättspsykiatrisk undersökning skall enligt nu gällande bestämmelser överföras till den klinik vid vilken undersökningen skall utföras. Enligt förslaget skall intagning på klinik ske, om det anses behövt för undersökningens genomförande eller om den misstänktes hälsotillstånd ger anledning till det. Detta innebär att han i de flesta fall kan vara kvar i häktet, även om han ofta tillfälligt behöver överföras till kliniken.

Utlåtande över rättspsykiatrisk undersökning skall innehålla uttalande om förutsättningarna för att bereda den misstänkte vård med stöd av LSPV eller omsorgslagen. Om undersökningsläkaren anser att den misstänkte bör bli föremål för andra åtgärder, skall detta anges. Om undersökningsläkaren i samband med utredningen finner, att den misstänkte bör komma under sjukhusvård, skall läkaren ta initiativ till att sådan kommer till stånd på allmänt sjukhus eller på rättspsykiatrisk klinik. Föreslås överlämnande till sluten psykiatrisk vård eller vård enligt omsorgslagen och överförandet till sjukhus inte lämpligen kan ske i direkt anslutning till undersökningen, skall den misstänkte vistas på rättspsykiatrisk klinik i avvaktan på dom. Efter dom till sluten psykiatrisk vård eller vård enligt omsorgslagen skall placering på sjukhus eller vårdhem ske så snart som möjligt. Sådan placering skall kunna ske innan domen vinner laga kraft.

#### *Överlämnande till psykiatrisk vård m. m.*

Sluten psykiatrisk vård av domstolsöverlämnade patienter bör liksom hittills ske inom den allmänna sjukvårdsorganisationen dock med viss möjlighet att placera patienten inom den rättspsykiatriska organisationen. Principen för placering bör liksom hittills vara hemortssjukhuset. Enligt förslaget skall placeringen i flertalet fall ordnas genom ett formlöst samrådsförfarande mellan överläkaren vid den rättspsykiatriska klinik, till vars upptagningsområde den dömda hör, och överläkaren vid hemortssjukhuset. I tveksamma fall eller vid oenighet mellan överläkaren vid den rättspsykiatriska kliniken och överläkaren vid hemortssjukhuset bör saken hänskjutas till socialstyrelsen. På socialstyrelsen bör också ankomma att förordna om placering vid specialenhet, dvs. s. k. fast paviljong eller någon av specialavdelningarna i Växjö eller Sundsvall.

Utskrivning av domstolsöverlämnade skall ske enligt samma regler som gäller för övriga patienter, dvs. så snart förutsättningarna enligt LSPV för att bereda honom vård inte längre föreligger. Liksom hittills skall beslutande-rätten ligga hos utskrivningsnämnden.

I betänkandet understryks med skärpa betydelsen av en effektiv eftervård. Denna bör syfta till att tillgodose inte blott det rent medicinska vårdbehovet utan även behov av social omvårdnad. Det är vidare nödvändigt att sjukvården inför utskrivning av patient samarbetar med socialvården beträffande sociala anpassningsproblem. Definitiv utskrivning av domstolsöverlämnad patient bör inte ske, förrän han under längre tid visat att han kan fungera väl utan den hjälp och kontroll som en väl organiserad försöksutskrivning innebär.

Vården och tillsynen av de patienter som överlämnas till öppen psykiatrisk vård med den innebörd denna påföljd har enligt kommitténs förslag skall i regel handhas av hemortssjukhuset eller av den rättspsykiatriska organisationen. Utformningen av vården skall ske omedelbart efter domen vid samråd mellan undersökningsläkaren och det sjukhus eller den klinik som skall ombesörja vården. Även de sociala organen skall inkopplas. Behandlingsprogrammet skall sedan föreläggas den lokala utskrivningsnämnden som meddelar erforderliga föreskrifter.

Placering av patienter som av domstol överlämnats till vård i specialsjukhus eller vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda skall ske genom samråd mellan överläkaren vid den rättspsykiatriska klinik, till vars upptagningsområde patienten hör, och vederbörande överläkare eller vårdchef. Vid oenighet mellan dem liksom i tveksamma fall bör avgörandet hänskjutas till socialstyrelsen. Beslut om utskrivning av dessa patienter skall, även vid utskrivning från vårdhem, ankomma på beslutsnämnd.

### *Behandlingen av psykiskt störda inom kriminalvården*

Redan bland det nuvarande anstaltsklientelet finns många som lider av psykiska störningar och som har svårt att få sina behandlingsbehov tillgodosedda inom kriminalvårdsorganisationen. Det rör sig i stor utsträckning om missbrukare. Om kommitténs förslag genomförs, kommer antalet intagna med psykiska besvär att ytterligare ökas. Somliga av dessa kommer sannolikt att ådömas långa straff. Man måste därför räkna med ett ökat behov av psykiatrisk vård bland de intagna, såväl ambulansvård som sjukhusvård. Detta behov måste kunna tillgodoses på ett acceptabelt sätt.

Enligt förslaget skall 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 nuvarande psykiatriska avdelningarna inom kriminalvården bör som en konsekvens därav successivt avvecklas. Vissa lindrigare avgiftningsfall bör emellertid kunna omhändertas på anstalternas avdelningar för kroppssjukvård. I det fall vårdbehovet är så starkt att intagning kan ske med stöd av LSPV, skall överföring till psykiatriskt sjukhus eller klinik ovillkorligen ske. Även behov av sluten psykiatrisk vård på frivillig väg måste kunna tillgodoses. Också här bör i största möjliga utsträckning den allmänna sjukvården anlitas.

Om de många psykiskt störda personer, särskilt narkomaner och alkoholister, som vistas på kriminalvårdens anstalter skall kunna erhålla sjukhusvård i erforderlig omfattning, är det emellertid inte realistiskt att tänka sig att vården ombesörjes enbart av den allmänna sjukvården. Förutom missbrukare finns det också vissa grupper av kriminella, framför allt sexualbrottslingar, som borde kunna hjälpas bättre än hittills genom specialinriktad behandling. Kommittén föreslår därför upprättande av särskilda vårdresurser inom den rättspsykiatriska organisationen för nämnda grupper.

Den ambulanta psykiatriska vården skall på lokalanstalterna tillhandahållas genom frivårdens konsulterande psykiatrer och/eller den allmänna sjukvården. I dessa fall är det av vikt att kontakt etableras med den sjukvårdsinrättning eller läkare som skall vårda patienten efter utskrivning



från anstalten. På rixanstalterna skall den ambulanta psykiatriska vården ombesörjas av psykiatrer och övrig personal inom den rättspsykiatriska organisationen, så snart denna blivit erforderligt utbyggd. Vidare bör antalet psykologer ökas.

Anses den som under straffverkställighet överförs till sluten psykiatrisk vård inte längre vara i behov av sjukhusvård, men att behandlingen bör fortsätta i en annan institution, t. ex. behandlingshem, nykterhetsvårdsanstalt eller inackorderingshem, bör sådan behandling kunna komma till stånd genom en generös tillämpning av 34 § lagen om kriminalvård i anstalt.

Ett stort problem när det gäller rehabiliteringen av anstaltsintagna är förekomsten av narkotika på anstalterna. Enligt kommitténs mening kräver tillbörlig omsorg om de intagna att åtgärder vidtages för att försöka hindra spridning av missbruk på anstalterna. Som ett led i uppspårandet av narkotika och dess insmugglingsvägar bör man kunna stickprovsvis företa urinprovskontroll och liknande åtgärder.

### *Försöksverksamhet i "civil commitment"-systemets anda*

Inom kommittén har diskuterats lämpligheten av att efter utländskt mönster i svensk lagstiftning införa en form av "kontraktsvård" (civil commitment) för narkomaner som begått brott. Kommittén ställer sig i princip positiv till detta. En sådan lagstiftning är emellertid tekniskt komplicerad och fordrar ingående överväganden. Vidare behövs behandlingsresurser som nu endast finns i begränsad utsträckning. Kommittén förordar emellertid att man startar en försöksverksamhet i civil commitmentsystemets anda inom ramen för nuvarande lagstiftning med tillämpning av 34 § lagen om behandling i kriminalvårdsanstalt. Försöksverksamheten bör avse personer som har uppenbara narkotikaproblem och som dömts till fängelse i högst ett år. Om det finns medicinska skäl och förutsättningar i övrigt samt den dömde förklarar sig vilja delta i ett narkomanvårdsprogram, bör saken tas upp till prövning vid den övervakningsnämnd som har att besluta i fråga som avses i 34 § lagen om kriminalvård i anstalt. Den dömde bör då snarast möjligt överföras till sjukhus för avgiftning och planering av den fortsatta behandlingen. Då sjukhusvård inte längre anses erforderlig skall patienten skrivas ut till öppen vård. Den öppna vården bör, oavsett vilken vårdform som ifrågakommer, innefatta regelbundna kontroller av att patienten avhåller sig från användning av narkotika och även i övrigt är skötsam. Vid misskötsel kan återtagning till anstalt ske. Kommittén utgår från att försöksverksamheten planeras så att en utvärdering av resultaten kan läggas till grund för vidare utredning angående behovet av civil commitmentlagstiftning.

### *Den rättspsykiatriska organisationen*

Det totala behovet av rättspsykiatriska undersökningar har av kommittén uppskattats till 3 700 om året, av vilka 200 beräknas få samma omfattning som de nuvarande rättspsykiatriska undersökningarna.

Av övriga arbetsuppgifter som skulle ankomma på den rättspsykiatriska organisationen märks slutna psykiatrisk vård av häktade och av intagna på



kriminalvårdsanstalt, i den mån dessa ej omhändertas inom den vanliga sjukvårdsorganisationen. Vidare skall organisationen sörja för den ambulanta psykiatriska vården av klientelet på riksanstalterna samt, i vissa fall, vård av dem som av domstol överlämnats till öppen psykiatrisk vård. Enligt förslaget skall tillfälle i viss begränsad omfattning beredas narkomaner som dömts till frihetsstraff att frivilligt ingå på avdelningar anslutna till den rättspsykiatriska organisationen, där verksamheten bedrivs under former, som till en början är slutna men där övergång till öppnare vårdformer – inom eller utom kriminalvården – successivt sker. Frivilliga behandlingsmöjligheter, t. ex. efter gruppterapeutiska principer, bör skapas också för alkoholister. Kommittén förordar tillika såsom nämnts att inom organisationen tillskapas speciella terapigrupper, där psykiskt störda sexualbrottslingar på frivillig väg kan erbjudas specialinriktad behandling. Skäl kan också anföras för att sammanföra eldsanläggare till en särskild grupp. En annan viktig uppgift för den rättspsykiatriska organisationen är forsknings- och utbildningsuppgifter.

Kommittén har gjort vissa beräkningar av platsbehovet för rättspsykiatriska undersökningar och vård av häktade och intagna i kriminalvårdsanstalt samt därvid kommit till att man med en grov uppskattning skulle behöva tillhoppa 450 platser.

Kommittén har utgått från att resurserna i den nuvarande organisationen skall utnyttjas i möjligaste mån. Det är emellertid uppenbart att befintliga kliniker och stationer kan ombesörja endast en mindre del av de föreslagna uppgifterna. Kommittén föreslår därför att Karsuddens sjukhus, som byggs som en specialinstitution för s. k. psykopatvård och vårdar nästan uteslutande domstolsöverlämnade s. k. jämställdhetsfall, skall överföras till den rättspsykiatriska organisationen. Sjukhuset skulle framför allt utnyttjas för vård, såväl med stöd av LSPV som frivilligt, av den kategori som nu vårdas på kriminalvårdsanstalternas psykiatriska avdelningar och kriminalvårdens sjukhus Håga. Karsudden bör också anförtros de speciella vårduppgifter av narkomaner m. fl. som tidigare omnämnts. De rättspsykiatriska stationerna bör på sikt avvecklas, men tills vidare bibehållas främst för undersökning av icke häktade och vid behov även av häktade som inte tas in på klinik.

En fullt utbyggd rättspsykiatrisk organisation förutsätter att de nuvarande rättspsykiatriska klinkerna i Lund, Uppsala och Göteborg samt de planerade klinikerna i Huddinge och Umeå byggs ut, alternativt övertar befintliga vårdavdelningar vid de sjukhus där de är belägna. Vidare erfordras en ny klinik i Örebro och troligen även i Linköping.

Ett fullständigt genomförande av den föreslagna organisationen måste föregås av en noggrann detaljplanering av och kostnadsberäkning för upprustning och ombyggnad av befintliga lokaler inom den rättspsykiatriska organisationen, övertagande av befintliga lokaler inom den allmänna sjukvårdsorganisationen samt nybyggnad. Vidare krävs ingående förhandlingar mellan stat och landsting. Kommittén föreslår att en särskild arbetsgrupp med tillgång till kvalificerad teknisk och ekonomisk expertis skall tillsättas för att genomföra denna planering.

Kommittén har gjort vissa beräkningar av personalbehovet inom den rättspsykiatriska organisationen. Under en övergångstid föreslår kommittén att den personal som f. n. finns inom de rättspsykiatriska klinikerna och på

Karsuddens sjukhus skall vara kvar samt utökas med bl. a. 14 läkare och ett 20-tal psykologer. En fullständig utbyggnad av organisationen skulle kräva ytterligare bl. a. 6 läkare och 3-4 psykologer samt ett 70-tal skötare. På grund av psykiaterbristen kan emellertid läkartjänsterna inte rekryteras inom överskådlig tid. Man måste därför liksom hittills räkna med att anlita även utomstående läkare för rättspsykiatriska undersökningar.

Kommittén har beräknat den årliga kostnaden för den föreslagna personalökningen till c:a 7,5 milj. kr. för en första utbyggnad och 17 milj. kr. för full utbyggnad.

Kommittén har övervägt olika alternativ rörande huvudmannaskap och driftsansvar för den rättspsykiatriska organisationen. Kommittén har därvid stannat för att föreslå att staten behåller resursansvaret, dvs. planerar och bestämmer vilka resurser organisationen skall ha och erlägger full ersättning för de faktiska kostnaderna. Driftsansvaret skulle däremot ankomma på landstingen. Med en sådan lösning skulle man vinna påtagliga organisatoriska fördelar såsom ett rationellt utnyttjande av lokaler och förenklat förfarande vid flyttning av patienter. Vidare skulle det bli lättare att rekrytera personal.

Den föreslagna ordningen förutsätter förhandlingar mellan staten och berörda landsting.





# 1 Psykiska störningar, deras orsaker, indelning och behandling

## 1.1 Begreppen psykisk hälsa och sjukdom, normalitet och abnormitet, defekt, m. m.

Normalitetsbegreppet är långt ifrån entydigt. Man måste först och främst skilja mellan "statistisk" och "ideal" normalitet. Inom medicin och psykologi är statistiska normalitetsbegrepp tillämpliga i vissa sammanhang, särskilt när det gäller i populationen normalfördelade egenskaper. "Normal kroppslängd" är t. ex. medeltalet av kroppslängden jämte en viss spridning uppåt och nedåt. Huruvida "normalitet" skall innefatta 50 %, 90 % eller 99 % av populationen, är något som man godtyckligt bestämmer. Den som faller utanför gränserna kan då betecknas som "onormalt", kanske t. o. m. "abnormt" lång eller kort. "Intelligensen", mätt som intelligenskvot (IK), är (genom testkonstruktionen) normalfördelad. Mellan IK 90–110 ligger ca 50 % av standardiseringspopulationen. Man har – naturligtvis godtyckligt – valt att kalla detta för "normalzonen"; de som har en IK inom detta område är alltså "normalbegåvade".

Särskilt inom medicinen är det ofta vida mera meningsfullt och fruktbart att tillämpa ett "idealt" än ett "statistiskt" normalitetsbegrepp, dvs. ett begrepp som grundar sig på något slag av värdering – ofta så självklar att man inte tänker på den som sådan. Den i bedömningen ingående värderingen brukar gälla individens biologiska funktioner – de är "normala" när de på ett tillfredsställande sätt tjänar individens, gruppens eller artens överlevande, individens kamp för tillvaron och hans fortplantning. Vid sådan normalitetsbedömning bortser man alltså från om ett tillstånd är vanligt eller ovanligt. Hur vanligt det t. ex. än är med malaria och undernäring i många länder samt hos oss med karies, kan intetdera från denna synpunkt betecknas som "normalt".

En annan viktig aspekt är det sätt på vilket en egenskap eller ett tillstånd uppkommit. Detta kan vara inom ramen för en "normal" variation eller till följd av någon "abnorm" eller "patologisk" faktor. Om man åter tar kroppslängden som exempel, kan litenhet betingas av det slumpmässiga sammanträffandet av en mängd ärftlighetsfaktorer (gener) som verkar i denna riktning. Det är då en *normal* variant. Men litenheten kan också vara betingad av en enda, avvikande gen, som stör kroppsutvecklingen. Den är då en *abnorm* variant. "Abnorm" litenhet kan också ha andra orsaker, t. ex. bristande näringstillförsel, sjukdomar m. m. under uppväxttiden. Sådan "litenhet" behöver i själva verket endast betyda att individen ej nått den med

hänsyn till hans genetiska utrustning optimala längdutvecklingen; han kan eventuellt vara *längre* än genomsnittet i sin population. Intelligensutvecklingen är också "normalt" betingad av samspelet mellan en rad gener. Enstaka gener kan åstadkomma psykisk utvecklingsstörning – det finns en rad sådana former. Skador av olika slag som påverkar hjärnans utveckling kan också ge mer eller mindre uttalad utvecklingsstörning, t. ex. förlösningsskada, svält och vitaminbrist. För normal intelligensutveckling är intellektuell stimulans och träning under uppväxten nödvändig. Om den är otillräcklig förblir intelligensutvecklingen sämre än den – med samma genetiska och miljömässiga förutsättningar i övrigt – skulle ha kunnat bli.

Termerna hälsa och normalitet respektive sjukdom och abnormitet används ibland som ungefär synonyma begrepp men vanligen mer eller mindre klart åtskilda. Tyvärr används termerna alltså inte konsekvent. Abnormitet (abnorm) används oftast för att beteckna relativt konstanta *tillstånd*, sjukdom för *processer*, som ändrar organismens tillstånd tillfälligt eller permanent – i senare fallet uppstår en *defekt*. Ibland används emellertid "abnorm" om alla dessa processer och tillstånd. Kommittén använder termen endast i den mera begränsade meningen.

Mycken möda har lagts ned på att åstadkomma en precis definition av begreppet sjukdom, men detta är uppenbarligen svårt. Enligt Engel (1962) svarar sjukdom mot "brister eller störningar i växt, utveckling, funktioner och anpassning beträffande organismen i dess helhet eller något av dess system". Definitionen är praktiskt användbar. Den innebär, att en sjuk individ har kommit att i något hänseende fungera otillfredsställande från biologisk värderingssynpunkt, i sin helhet eller endast i fråga om vissa organ eller organsystem.

Begreppen psykisk sjukdom, abnormitet och defekt har varit mycket omdiskuterade och diskussionen stundom både förvirrad och inflammerad. Den väsentliga anledningen till att en individ betecknas som psykiskt, i stället för kroppsligt sjuk är emellertid, att man framför allt finner eller fäster avseende vid funktionsrubbnings i beteenden och upplevelser. De beskrivs också i ett särskilt, psykopatologiskt språk, medan kroppsliga sjukdomar beskrivs i t. ex. patofysiologiska, patologiskt-anatomiska eller biokemiska termer. Helt naturligt är det svårt att åstadkomma en helt precis definition av ett så omfattande begrepp som "psykisk sjukdom" måste vara. Ett försök av psykologen Albee (1959) skall citeras: "----- ett ovanligt envist bestående beteendemönster, som individen har ingen eller endast obetydlig kontroll över; det skiljer ut honom från människor i hans grupp; det nedsätter hans funktionsduglighet; det minskar hans förmåga att ta del i livet."

Med psykisk abnormitet menas i detta betänkande sådana psykiska funktionsrubbnings som har en mer permanent karaktär. Psykisk defekt används för tillstånd efter genomgången psykisk sjukdom. Det förekommer, att man vill reservera termen psykisk sjukdom för sådana tillstånd, där det föreligger en påvisad eller ibland endast förmodad cerebral skada eller funktionsrubbnings som underlag. Det är då meningslöst att alls tala om "psykisk" till skillnad från "kroppslig" sjukdom. Det kan emellertid ofta vara en fördel att göra skillnad mellan "psykisk" och "cerebral" sjukdom. Vid vissa hjärnskador och -sjukdomar kan de psykiska symtomen vara obetydliga eller ej ens påvisbara. Å andra sidan vet vi intet säkert om de cerebrala



störningar, som förmodas vara underlaget för t. ex. de schizofrena sjukdomarna. Socialstyrelsen använder i sin "Klassifikation av sjukdomar 1968" termen "Morbi mentis", översatt till "Mentala rubbningar", som samlingsbeteckning för alla slag av psykiska sjukdomar, abnormiteter och defekter, dvs. för alla slag av psykiska funktionsrubbningar, oberoende av orsaken. Kommittén kommer att såsom övergripande samlingsbeteckning använda termen "*psykisk störning*". Detta är i överensstämmelse med terminologin i den av socialstyrelsen 1973 utgivna publikationen "Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation". Det av departementschefen i direktiven för kommittén använda begreppet *psykiskt avvikande* används i betänkandet såsom en synonym till begreppet psykiskt störd.

Som framgår av vad här sagts om normalitetsbegreppet måste gränsdragningen för området "psykisk störning" bli godtycklig. Var man än lägger gränsen uppstår svårigheter. Det gäller ju en konstlad, inte en naturlig gräns.

## 1.2 De psykiska störningarnas orsaker

Individens både kroppsliga och psykiska utveckling bestäms av genetiska faktorer i samverkan med miljöfaktorer. Denna utveckling kan hämmas eller snedvridas genom olika sjukdomar eller skador, som drabbar organismen.

Defekta gener har inte alltid en omedelbar effekt, de kan vara "tidsinställda". Vissa ärftliga nervsjukdomar med psykiska symtom debuterar t. ex. inte förrän i medelåldern. Det är inte osannolikt att den senila demensen är på liknande sätt genetiskt programmerad. För åtskilliga psykosor gäller, att ärftliga faktorer är av stor betydelse. Detta är fallet med åtminstone vissa sjukdomar inom schizofrenigruppen och inom gruppen affektiva sjukdomar. Uppenbarligen är det dock så, att inte alla anlagsbärare sjuknar; något ytterligare måste tillkomma. Det torde därför i regel vara oriktigt att tala om ärftliga psykiska sjukdomar – generna bestämmer ett visst reaktionssätt, en benägenhet att vid vissa påfrestningar av kroppslig eller psykisk art reagera med en psykisk sjukdom. Reaktionssättet kan också förändras till större sårbarhet genom olika slag av skador, som drabbar hjärnan, t. ex. genom gifter (alkohol, narkotika), infektioner eller fysiskt våld.

Vid denna kortfattade beskrivning av de psykiska störningarnas orsaker och utveckling har en medicinsk-biologisk modell tillämpats. Det har visat sig fruktbart att använda en sådan modell särskilt vid analysen av de svåraste psykiska störningarna. Den har varit en förutsättning för upptäckten av moderna psykofarmaka och för vår gryende förståelse av det biokemiska underlaget för vissa psykosor. Andra modeller har dock också prövats och i vissa sammanhang visat sig fruktbara. För förståelsen av neurotiska tillstånd är en psykodynamisk modell ofta mera ändamålsenlig. Den kan vara förutsättningen för en rationellt bedriven psykoterapi. En inlärningsteoretisk modell – där neurotiska symtom betraktas som resultatet av en felaktig inlärning – ligger till grund för s. k. beteendeterapi, som visat sig framgångsrik bl. a. vid fobiska neuroser.



### 1.3 Diagnostik och klassifikation

Att sätta en diagnos på en psykisk sjukdom eller annan störning innebär att man hänför den till en viss klass av sådana tillstånd. Men klassifikationen kan tänkas vara baserad på olika grunder. En klass kan vara definierad genom en enhetlig orsak, genom en likartad symtombild eller genom ett likartat förlopp. Särskilt inom den somatiska medicinen finns en del "sjukdomsenheter", där dessa kriterier sammanfaller; sjukdomen har en bestämd orsak, en likartad symtombild och ett likartat förlopp. Inom psykiatrin kan man isolera endast ett fåtal sådana enheter. Man bör därför välja någon princip för klassifikation. I realiteten har man emellertid ofta hamnat i en inkonsekvent kompromiss.

Två principer kämpar mot varandra när man söker göra ett system för diagnostisk klassifikation av psykiska störningar. Den ena är önskemålet att varje klass skall vara väl definierad och skarpt avgränsad från andra klasser. Den andra är att alla klasser tillsammans skall täcka så stor del av det totala panoramat som möjligt, dvs. antalet "osäkra" fall skall vara så litet som möjligt. Båda önskemålen kan inte annat än i viss mån tillgodoses inom samma klassifikationssystem. Flertalet system är därför kompromisser. Man kan emellertid ha olika syften med en diagnostisk klassifikation. Då det gäller epidemiologiska studier vill man i regel täcka så stor del av populationen som möjligt och offrar hellre den skarpa avgränsningen mellan klasserna. Vill man göra en speciell studie av ett visst syndrom (t. ex. schizofreni, depression eller psykopati) söker man i stället så exakt som möjligt definiera det och låter klassen omfatta endast sådana fall, som väl tillfredsställer kriterierna. Gruppen "osäkra" får hellre växa.

I Sverige används officiellt det diagnossystem, som är upptaget i socialstyrelsens "Klassifikation av sjukdomar 1968". Det är i stort sett en översättning av WHO's "International Classification of Diseases" (ICD 8). Systemet har i hög grad karaktär av kompromiss – indelningen grundar sig ibland väsentligen på en känd orsak, ibland på symptom eller syndrom av skiftande art. Det är emellertid huvudsakligen avsett för epidemiologiska ändamål och kan också vara användbart för en grov klassifikation av ett material eller för summarisk karakteristik av en individ. Det är därför också användbart när man vill disponera en beskrivning av olika psykiska störningar.

Den efterföljande redogörelsen för olika psykiska störningar är framför allt inriktad på sådana, som är av rättspsykiatrisk intresse och följer därför endast delvis den officiella klassifikationen.

I praktiskt-kliniskt liksom i rättspsykiatriskt arbete vill man att diagnosen skall ge en så fullständig bild som möjligt av individen och ge ledning för behandling eller andra åtgärder. Placeringen i en enda diagnostisk kategori blir då ofta både otillräcklig och otillfredsställande. Man har sökt komma ifrån denna svårighet genom att konstruera system, där varje individ karakteriseras med hänsyn till flera variabler samtidigt, dvs. multifaktoriella diagnossystem. Hänsyn tages då både till t. ex. den aktuella symtombilden, habituell personlighetsavvikelse, tillståndets svårhetsgrad, dess orsak och dess förlopp (Ottosson & Perris 1973). Systemet är visserligen komplicerat men mycket väl lämpat för en mera nyanserad karakteristik av enskilda individer, t. ex. i

rättspsykiatriskt arbete. Däremot lämpar det sig sämre för klassifikation av ett material. Antalet klasser bli ju mycket stort.

I den offentliga debatten har det hävdats, att psykiska störningar ej bör diagnostiseras. Att sätta en psykiatrisk diagnos skulle innebära "stämpling", en nedvärdering av individen. Bakom detta torde ligga en övervärdering av diagnosens innebörd, som man kan möta icke blott hos lekmän utan ibland även hos psykiatrer. Man uppfattar sjukdomen som ett "ting" med egen verklighet, medan diagnosen är, eller åtminstone bör vara, en mycket komprimerad beskrivning av vissa väsentliga drag hos individen, eventuellt innebärande en hypotes om orsaker och förlopp, alltså av mycket abstrakt karaktär. Diagnosen kan visserligen missbrukas i nedsättande syfte, men möjligheten till missbruk är icke skäl att avskaffa ett nyttigt instrument.

#### 1.4 Översikt över psykiatriska behandlingsmetoder

Den psykiatriska terapin omfattar en rad olika metoder. De kan grovt indelas i tre grupper: somatiskt-medicinska, psykoterapeutiska och sociala. De somatiskt-medicinska behandlingsmetoderna har utvecklats förhållandevis sent och huvudsakligen under detta århundrade. Sålunda infördes malariabehandling 1917 som effektiv behandlingsmetod mot syfilitisk hjärnsjukdom med paralytisk demens (numera används antibiotika). I början på 1930-talet infördes i tämligen snabb följd och oberoende av varandra insulinomabehandling och krampbehandling. Den förra bestod i att genom hög insulin-dosering framkalla coma, dvs. djup medvetslöshet, ur vilken patienten senare väcktes upp. Denna metod användes med viss framgång vid schizofreni främst under 1940- och 1950-talen men har övergivits efter införandet av neuroleptika (se nedan). Krampbehandling skedde först genom injektion av t. ex. cardiazol, men i slutet av 1930-talet infördes metoden att på elektrisk väg framkalla kramper (elektrokrampbehandling, ECT). Denna senare metod hade avsevärda fördelar och har successivt förfinats mer och mer. Den används alltjämt som ett synnerligen effektivt medel huvudsakligen vid svårare depressionstillstånd, men i betydligt mindre utsträckning än vad fallet var för ett årtionde sedan. Anledningen härtill är tillkomsten av antidepressiva medel. Hjärnkirurgiska ingrepp började användas under 1930-talet. De var otvivelaktigt effektiva vid bl. a. svåra schizofrena orostillstånd och många operationer utfördes särskilt under 1940-talet. Efter införandet av neuroleptika upphörde man i stort sett med sådana ingrepp. Numera tillämpas endast mycket begränsade ingrepp med förfinade metoder vid mycket svåra tvångsneuroser, då ofta med god effekt.

Bland de läkemedel som brukades före införandet av moderna psykofarmaka kan nämnas opium, som alltsedan antiken använts vid melankoli (svår depression). Brom och kloral användes sedan mitten av 1800-talet som lugnande medel och sömnmiddel. Barbituraterna introducerades i början av 1900-talet och har sedan dess haft stor utbredning och bl. a. använts under 1920-talet i de s. k. sömnkurerna.

Av revolutionerande betydelse var emellertid upptäckten i början av 1950-talet att klorpromazin i många fall har en god antipsykotisk effekt, särskilt vid schizofrena tillstånd. En rad andra antipsykotiskt verksamma medel (s. k.



neuroleptika) har senare utvecklats. Mot slutet av 1950-talet infördes medel med god effekt vid depressiva tillstånd. Införandet av antipsykotiska och antidepressiva medel har helt förändrat de svåra psykiska sjukdomarnas prognos och möjliggjort en resocialisering i fall där en sådan tidigare var otänkbar. Den omstrukturering av den psykiatriska sjukvården med kraftig begränsning av tvångsvård och med ökad satsning på öppen vård, som karakteriserar 1960- och 1970-talen, hade varit omöjlig utan dessa medel.

De psykoterapeutiska metoderna kan ges en mer eller mindre vid definition. Psykoterapi i vidsträckt bemärkelse kan definieras som de behandlingsformer, vilka syftar till att genom psykologisk påverkan hjälpa människor med psykiska besvär. Psykoterapi i denna allmänna mening är av stor betydelse vid behandling av alla psykiska störningar och såväl i sjukvården som i socialvården har rådgivning och psykoterapi fått allt större betydelse. En mer specifik och snäv definition har gjorts i den rapport om den psykiatriska vårdens målsättning och organisation som framlades av socialstyrelsens expertgrupp 1973 och lyder på följande sätt:

”Psykoterapi kan definieras som systematiskt målinriktade åtgärder.

- Baserade på psykologisk teori och metod.
- Avsedda att påverka hela personligheten eller sådana tankar, känslor, impulser, relationer, psykosomatiska symtom, etc. som upplevs som besvärande av individerna själva eller av deras omgivning.
- Utförda av för ändamålet utbildade personer vilka bedriver psykoterapi som yrke eller som del av en tjänst i människovårdande verksamhet.”

Psykoterapi i denna snävare mening har sin betydelse framför allt vid neurosbehandling.

En rad former av psykoterapi bedrivs på basen av olika teorier. En detaljerad redogörelse härför faller dock utanför ramen för denna framställning.

Av största betydelse var Sigmund Freuds insatser för utvecklingen av den psykoanalytiska behandlingsmetoden och för de teorier, som framkom under tillämpningen av denna. Hans teorier har bildat grundvalarna för olika former av s. k. insiktsterapi, där målet är att individen skall komma till rätta med sina inre konflikter genom att ledas till en fördjupad, både intellektuell och känslomässig insikt i deras natur och uppkomst. Olika slag av insiktsterapi används framför allt i neurosbehandling.

S. k. beteendeterapi grundar sig i stället på inlärningspsykologiska erfarenheter och teorier. Symtomen betraktas som resultat av felaktig inläring och målet är att korrigera denna. Metoden har visat sig effektiv särskilt vid behandling av fobier. Vissa typer av beteendeterapi har använts vid personlighetsstörningar och sexuella avvikelser.

I många fall är psykoterapi i grupp mera effektiv än individuell terapi. En speciell form av gruppterapi är s. k. miljöterapi.

Miljöterapi, ibland beskriven som terapeutiskt samhälle, har under senare år alltmer börjat användas på olika typer av vårdinstitutioner. Den innebär att man använder miljön inom institutionen som terapeutiskt instrument. Med miljö avses då de relationer som finnes mellan människorna i personalgruppen och mellan människorna i patientgruppen. Miljöterapi grundar sig på antagandet att psykiska störningar i stor utsträckning uppkommer till följd av



att många människor inte kan bearbeta och lösa uppkomna problem och konflikter på ett konstruktivt sätt. Det är mot denna bakgrund man söker använda så mycket som möjligt av det som händer i umgänget mellan människorna på institutionen i terapeutiskt syfte. Man kan härigenom skapa större möjligheter för människor att bättre förstå sina egna och andras reaktioner, vilket i sin tur medför öppnare och mer naturliga relationer till omgivningen. För att miljön skall vara terapeutisk krävs emellertid att den skall vara så lik vardagsmiljön som möjligt. Detta uppnår man genom att gränsen mellan personal och patienter framhävs mindre. I de äldre auktoritärt styrda institutionerna var klyftan mellan olika personalkategorier stor liksom mellan personal och patienter. Ansvar för vårdarbetet låg i rangsystemets topp, där också alla beslut fattades. Det terapeutiska samhället syftar till att vara en demokratisk institution där alla, personal, patienter och deras anhöriga, samarbetar. Patienterna skall läras att vara aktiva och ta ansvar i denna demokrati. Utmärkande för det terapeutiska samhället är bl. a. de många möten som äger rum mellan personal och patienter.

Miljöterapi används inte bara på sjukhus utan även på t. ex. kriminalvårdsanstalter.

Psykiskt störda personer hamnar ofta i socialt svåra situationer. Sanering av miljön, hjälp till kontakter med andra, arbetsvårdande åtgärder m. m. kan därför vara nödvändiga komplement till somatisk-medicinsk behandling och psykoterapi.

## 1.5 Huvudtyper av psykisk störning

Som förut nämnts kommer denna översikt endast i grova drag att basera sig på socialstyrelsens "Klassifikation av sjukdomar 1968". Denna omfattar fyra överordnade rubriker, nämligen Psykoser, Neuroser, Patologisk personlighet och andra mentala, icke-psykotiska rubbningar samt Psykisk utvecklingsstörning. Framställningen är summarisk och avsedd som bakgrund till de ställningstaganden, som kommittén framlägger i kap. 7. För en utförligare beskrivning av de psykiska störningarnas kliniska bild, orsaker och behandling hänvisas till t. ex. Eitinger & Retterstöl (1975, 1976<sup>a</sup>), Freedman, Kaplan & Saddock (1975), Kringlen (1976), och Slater & Roth (1969). Rättspsykiatriska problem behandlas bl. a. av Eitinger & Retterstöl (1976<sup>b</sup>), Freese, Lidberg & Thorén (1973), Perris (1974) och Rylander (1968).

### 1.5.1 Psykosbegreppet

Termen "psykotisk" används om personer, som lider av vissa typer av särskilt allvarlig psykisk störning. Den har samma sakliga innebörd som "sinnessjuk". Vanligen tänker man framför allt på de störningar som föreligger vid schizofreni och svåra affektiva sjukdomar. Termen användes dock i vidsträcktare mening även för andra tillstånd, som karakteriseras av en höggradigt störd relation till omgivningen i samband med sviktande realitetsbedömning oberoende av tillståndets orsak. Förmågan att "korrekt" uppfatta sin situation är allvarligt störd eller har helt gått förlorad hos en psykotisk person. Han kan ej alls eller endast bristfälligt skilja mellan

verklighet och fantasiskapelser, präglade av hans önsningar och farhågor. Han kan helt missförstå händelser omkring sig, vantolka omgivningen som främmande, egendomlig och fientlig eller vara helt desorienterad. En psykotisk person saknar också mer eller mindre fullständigt förmåga att själv bedöma sitt tillstånd. Hans "sjukdomsinsikt" är bristfällig eller saknas helt. Störningen kan bero på en egenartad splittring av personligheten som vid schizofreni, på starkt förändrat känsloläge såsom vid djup depression eller på oförmåga att rätt uppfatta och organisera sinnesintryck samt att intellektuellt analysera dem och förstå omgivningen som vid senil demens.

Vid de sjukdomar som förts till gruppen "psykos" är den sjuke ofta "psykotisk" under långa perioder, ibland definitivt. Psykotiska tillstånd kan emellertid förekomma under en rad andra omständigheter, t. ex. som episoder under giftpåverkan, i samband med epilepsi, vid utmattningstillstånd, etc. Mycket kortvariga, "mikropsykotiska" episoder kan uppträda i samband med emotionell uppladdning, bl. a. hos personlighetsstörda. En individ kan alltså tillfälligtvis vara psykotisk utan att lida av de sjukdomar, som tillhör gruppen "psykos" i socialstyrelsens förteckning. Om en person lider av en av dessa sjukdomar, t. ex. manisk-depressiv sjukdom, behöver han ej alltid vara psykotisk. Till sjukdomsgruppen psykos räknas av organisk hjärnskada betingade demenstillstånd, däremot inte psykiska störningar till följd av mycket tidiga hjärnskador, vilka förs till gruppen psykisk utvecklingsstörning.

### 1.5.2 *Schizofreni*

Ofta talar man om "schizofreni" som om det vore en enhetlig sjukdom. Redan Bleuler, som införde termen, använde emellertid uttrycket "schizofrenigruppen" ("Die Gruppe der Schizophrenien"). Trots att man kan abstrahera vissa gemensamma drag varierar både symtom och förlopp avsevärt, och sannolikt omfattar gruppen flera sjukdomar med olika orsaker (olika etiologi och patogenes). För enkelhetens skull används dock i fortsättningen termen "schizofreni".

Schizofreni (grek, schizein, klyva; phren, själ) är sjukdomstillstånd, som utmärkes bl. a. av ett bristfälligt sammanhang mellan olika delar av personligheten, ett sönderfall, en splittring eller klyvning av denna. Benämningen härrör från Eugen Bleuler (1911), men sjukdomsbilden var känd långt tidigare. Bleuler beskriver fyra grundsymtom som han betraktade som centrala vid schizofreni. *Splittringen i tankeförloppet* ansåg han vara det mest karakteristiska grundsymtomet. Den sjuke klagar över svårigheter att tänka och svårighet att samla tankarna. Dessa glider isär och kan ibland stoppa upp eller klippas av på ett mycket obehagligt sätt. Splittringen kan variera i svårhetsgrad från ett maximum som medför, att talet kan bli helt oförståeligt, till ett minimum, där förändringarna knappt är märkbara på annat sätt än att man någon gång i den sjukes framställning kan finna egendomliga till synes oförståeliga ord eller ordvändningar. Ett annat grundsymtom är *förändringar i känslolivet*. Karakteristiskt är de indekvata känsloreaktionerna. De stämmer inte med situationen eller med vad patienten säger. Dessutom kan andra, mer ospecifika förändringar förekomma, t. ex. olust, nedstämdhet, känslomässig labilitet eller apati. I början av sjukdomen upplevs inte sällan en våldsam



ångest i samband med känslor av en hotande katastrof, kanske som uttryck för hotet av personlighetens sönderfall. I framskridna fall kan vederbörande te sig känslomässigt avtrubbad. Det rör sig emellertid ej om en sådan avtrubning som man kan se vid svåra organiska skador. Även efter mångårig sjukdom kan schizofrena patienter, ibland utan synbar anledning, plötsligt "vakna upp" och visa helt adekvata känslomässiga reaktioner. *Autismen*, självförsjunkenheten, beskrevs också som ett grundsymtom. Det uppfattas av en del psykiatrer som särskilt väsentligt. Man avser därmed benägenheten hos den sjuke att dra sig inom sig själv och leva i sin egen föreställningsvärld utan att låta sig påverkas utifrån. Detta kan leda till att den sjuke helt tappar kontakten med omgivningen och verkligheten. Det fjärde grundsymtomet enligt Bleuler är *ambivalensen*. Därmed menas en svårighet att fatta beslut på grund av samtidigt föreliggande motstridiga känslor, tankar och strävanden. Hos den schizofrene är ambivalensen ej sällan mycket framträdande. Den samtidiga förekomsten av starkt positiva och starkt negativa känslor inför personer i vederbörandes omgivning kan förklara en del svåra, till synes oförståeliga, aggressiva handlingar som de schizofrena kan begå mot dem som står dem nära.

Symtom som illusioner och hallucinationer (sinnesvillor) och vanföreställningar (tankevillkor) uppfattade Bleuler som accessoriska eller sekundära. De kan i stor utsträckning ses som individens sätt att komma till rätta med, att försöka tolka eller försvara sig mot de mer primära störningarna. De kan alltså också betecknas som produktiva. Både sinnes- och tankevillor är vanliga vid schizofreni men kan också förekomma vid andra psykotiska tillstånd. Hallucinationer kan uppträda inom alla sinnesområden, men hörsel- och känselhallucinationer är vanligast. Vanföreställningarna rör sig ofta om upplevelser av att vara förföljd, förgiftad eller påverkad utifrån, exempelvis av strålning.

Det bör påpekas, att gränsdragningen mellan primära och sekundära symtom göres något olika av olika författare.

Inte så sällan börjar schizofreni med en neurosliknande bild. Den sjuke klagar över trötthet, sömnlöshet, dålig aptit, huvudvärk och allmän olustkänsla. Ångest, tvångssymtom, fobier och hypokondriska besvär kan vara mer eller mindre framträdande och avlösa varandra under olika perioder.

Sjukdomsbilden är ibland okarakteristisk även i mera framskridna fall. Det förekommer att schizofrena personer har lärt sig vad som av omgivningen betraktas som sjukligt och därför håller inne med sina symtom, de dissimulerar. I sådana fall kan man kanske inte ens vid den mest noggranna penetration få fram några för schizofreni karakteristiska symtom. I vissa fall kan sjukdomstillståndets natur fastställas efter en tids observation, men det finns fall, där man inte ens efter en sådan observation får fram något annat än en misstanke om schizofreni. En del slutsatser om patientens sinnestillstånd brukar kunna dras med ledning av hans beteende. Exempelvis kan patienten inta en lyssnande attityd, prata för sig själv, skratta eller gråta utan synbar anledning. Sådana beteenden berättigar inte i sig till slutsatsen att patienten är psykotisk, men de utgör viktiga pusselbitar som hjälper oss att förstå patientens upplevelser. Patientens egendomliga beteende kan sammanhånga med att han hör röster och vara ett svar på hallucinationernas innehåll. Först när frågan om eventuella röster tas upp med patienten berättar vederbörande



kanske om sina funderingar och upplevelser, och frågorna kan ställas med större säkerhet och behandling insätts på tillförlitlig indikation. En sådan observation sker bäst på sjukhus med psykiatriskt välutbildad personal.

I vissa fall kan arten av olika handlingar, t. ex. brott, i sig själv väcka misstanken att de begåtts av en schizofren person. Det kan röra sig om till synes helt oförklarliga handlingar, t. ex. nedslagning av en obekant person på gatan, till synes meningslösa mord och dråp eller mordbrand. Den obekante personen som slagits ned kan i vederbörandes sjuka värld ha varit en förföljare som allvarligt ville skada honom. Mot denna bakgrund blir brottet förklarligt. I en del fall begås brott på anmodan av s. k. befallande röster, imperativa hallucinationer, som patienten känner sig tvingad att lyda. Det har också beskrivits allvarliga brott som har sin orsak i en slags ingivelse, en patologisk, obetvinglig handlingsimpuls inför vilken patienten själv senare kan ställa sig helt främmande. Han kan förklara att han ej har någon del i brottet, eftersom det i själva verket inte var han som begick det. I sådana fall kan det hända att patienten ej visar ångerkänsla utan ställer sig relativt kylig och oberörd inför brottet.

Schizofrenin förlöper ej sällan i s. k. skov, vilket innebär att sjukdomen återkommer i perioder avlösta av mer eller mindre friska intervall. Ett fullt tillfrisknande är möjligt efter varje skov, även om sannolikheten härför avtar med varje sjukdomsattack. Sjukdomen har en benägenhet att efterlämna ett mer eller mindre svårt resttillstånd, vilket visar sig i förändringar i den sjukes personlighet. Lindrigare sådana defektillstånd, defektläkt schizofreni, kan vara svåra att upptäcka. Sådana personer visar inga produktiva sjukdomssymtom, såsom hallucinationer och vanföreställningar. De kan dock te sig misstänksamma och säregna, känslomässigt avtrubbade, initiativlösa, ointresserade av sin omgivning och de lever ej sällan ett isolerat liv. Eventuellt kan de klara av ett yrkesarbete men som regel på en avsevärt lägre nivå än den de ursprungligen hade. De svåraste defektillstånden har betecknats som schizofrena demenser. Schizofrenigruppen betecknades tidigare som "dementia praecox", dvs. tidig demens. Det rör sig emellertid ej om en demens på basen av en organisk hjärnskada som vid senil eller arteriosklerotisk demens. Med införandet av antipsykotiska farmaka och aktiv rehabilitering har sådana tillstånd blivit allt ovanligare. Dessa tillstånd torde i betydande utsträckning kunna uppfattas som sekundära till anstaltsvistelsen, "anstaltsartefakter", dvs. resultat av den sociala isolering och sysselsättningsbrist som dessa personer varit utsatta för. Till viss del kan det röra sig om ej adekvat behandlade fall, vilka lett till tillstånd som präglats av grundsymtomen och ej förbättrats spontant. I ytterligare en del fall torde tillståndet vara en oundviklig följd av själva sjukdomsprocessen.

### *Frekvens, orsaker*

Insjukningsrisken för schizofreni i befolkningen uppskattas till omkring 1 procent, medan densamma för nära anhöriga till schizofrena är avsevärt förhöjd. Orsaksförhållandena rörande sjukdomen är trots decenniernas forskning otillräckligt kända. Resultaten från olika ärfvlighetsundersökningar – familje-, tvillings- och adoptionsstudier – visar att ärftliga faktorer är av



betydelse. Huruvida det rör sig om specifika gener eller om en ogynnsam kombination av gener, som var för sig ej skulle leda till sjukdomen, vet man ej med säkerhet. Arv- och miljöproblemet är vid schizofreni som vid många andra psykiska sjukdomar komplicerat, men andra än ärftliga faktorer är säkert av betydelse för att sjukdomen skall manifesteras sig. Många ärftligt belastade individer sjuknar aldrig. Till utvecklingen av schizofreni synes tidiga, även lindriga hjärnskador kunna bidra. Det psykiska klimatet i familjen tycks vara av väsentlig betydelse. I stor utsträckning har schizofreni kunnat tolkas som en på basen av vissa konstitutionella egenheter skeende utveckling, som så småningom leder till ett psykotiskt sammanbrott. Mycket är dock fortfarande osäkert och en omfattande forskning pågår, bl. a. på sådana riskgrupper som barn till schizofrena.

Den biokemiska schizofreniforskningen har under de senaste årtiondena alltmer intensifierats. Den går tillbaka till 1930-talet, då normannen R. Gjessing gjorde sina ingående studier över en speciell form av schizofreni, cirkulär eller periodisk katatoni, karakteriserad av växlingar mellan oro och stuportillstånd med total inantikvit. Han fann ett samband mellan vissa somatiska skeenden och de psykiska förändringarna. Även om fyndet har kunnat bekräftas av andra forskare, har orsakssammanhangen ej kunnat klarläggas. Upptäckten att den gynnsamma verkan av antipsykotiska farmaka har samband med att effekten av vissa signalsubstanser i hjärnan blockeras, har gett nya uppslag till förståelsen av schizofrenins patologiska underlag.

Förhållandet att forskningsresultaten rörande schizofrenins etiologi ej tillåter bestämda slutsatser kan bero på att schizofreni inte är en enhetlig sjukdom, vilket förutsätts i många undersökningar.

### *Behandling*

Fram till 1930-talet var möjligheterna att behandla schizofreni mycket begränsade. Därefter introducerades insulinkoma, ECT och psykokirurgi. Under 1940-talet dominerade dessa metoder den slutna psykiatriska vården. Under 1950-talet började den allttjämt pågående psykofarmakologiska eran. Den minskning av beläggningen med kroniskt schizofrena patienter på psykiatriska sjukhus som inträtt under 1950- och 1960-talen världen över har man tillskrivit dels antipsykotiska medel (neuroleptika), dels andra förändringar i behandlingsmönstret beträffande psykiskt sjuka. Man har framhållit betydelsen av kvalificerad arbetsterapi, socioterapi, gruppterapi och andra mer psykodynamiska behandlingsformer. Neuroleptika har en specifik effekt på psykotiska symtom som agitation, förvirring, hallucinationer och vanföreställningar. Om man ger rätt preparat i rätt dos och i rätt tid, verkar neuroleptika inte förslöande utan många gånger klart aktiverande. Det är ingen överdrift att påstå att neuroleptika har reformat den psykiatriska sjukvården. Inte minst de schizofrena patienterna har dragit nytta av dessa medel. I och med att de psykotiska symtomen elimineras eller lindras kan patienterna på ett tidigt stadium bli föremål för aktiverande och rehabiliterande åtgärder. Med nuvarande behandlingsmetoder kan sålunda sjukdomen hållas i schack, och de fortfarande förekommande schizofrena defekttillstånden tillåter därför i regel en tillfredsställande social rehabilitering.

Psykoterapi av schizofrena patienter kan bedrivas såväl individuellt som i grupper. I flertalet fall kan psykoterapi ej ersätta den medikamentella behandlingen, men den är ett värdefullt komplement till denna. I många fall är den en förutsättning för att man överhuvudtaget skall få patienter att acceptera medicineringen som ofta är långvarig. Den psykoterapi som ges är framför allt av allmänt stödjande karaktär. Patienten behöver förståelse och adekvat uppmuntran, lugnande och klarläggande upplysningar om sin sjukdom samt hjälp att bearbeta och lösa de problem som står i samband med sjukdomen. Ett väsentligt mål är att försöka få patienten att ta aktiv del i sin behandling.

Genom olika sociala åtgärder söker man förändra ogynnsamma förhållanden i patientens dagliga miljö. Det kan här röra sig om störda förhållanden inom familjen eller på arbetsplatsen. Påfrestningarna på den sjukes närmaste kan bli stora. Dessa kan därför vara i behov av olika stödjande åtgärder med information och råd om såväl sjukdomen som det behandlingsprogram som är planerat. I vissa fall kan det bli fråga om en regelrätt *familjeterapi*. En sådan bör dock endast ske av en härför speciellt utbildad terapeut. Med hjälp av *arbetsterapi* söker man aktivera de många gånger passiva och inåtvända patienterna och få dem att intressera sig såväl för sig själva som för deras omgivning. Syftet härmed är att återföra patienten till ett verksamt liv och till en normal kontakt med andra människor. Arbetsterapin måste rätta sig efter det stadium av sjukdomen som patienten befinner sig i. Under den mer aktiva fasen i patientens sjukdom kan den vara mer eller mindre hobbybetonad. Alltefter som patienten förbättras kan den ges en mer produktiv form som tar sikte på patientens framtida verksamhet. Som ett led i behandlingen anordnar man också olika gruppaktiviteter, exempelvis olika idrottsövningar samt musik och konst m. m. Under sådana gemensamma aktiviteter lever patienten ofta upp. Aktiviteterna är inte bara kontaktskapande. Det skänker också tillfredsställelse att vara medlem i en grupp och att utföra något gemensamt med gruppen.

### 1.5.3 *Affektiva sjukdomar*

De affektiva sjukdomarna karakteriseras av att en förskjutning av stämningsläget dominerar sjukdomsbilden, att de vanligen förlöper periodiskt med intervall av full hälsa samt att de – till skillnad från schizofreni – inte efterlämnar något bestående defekttillstånd.

De viktigaste syndromen inom de affektiva sjukdomarna är depression och mani. Även vissa ångesttillstånd förs av en del författare till denna grupp. Här skall dessa emellertid behandlas under rubriken ångestneuros.

#### *Depression*

Ibland används termen depression för att beteckna ett symptom, nämligen sänkt stämningsläge eller nedstämdhet, men i psykiatriskt språkbruk oftare för att beteckna ett syndrom. Det depressiva syndromet karakteriseras – förutom av en djupgående nedstämdhet som inte bara är tillfällig utan har en viss varaktighet – även av en rad andra symptom. Ofta är nedstämdheten förenad med mer eller mindre svår ångest. En hämning av alla psykiska och



kroppsliga funktioner är mycket karakteristisk. Den sjuke klagar över att det går långsamt att tänka, över koncentrationssvårigheter och dåligt minne. Han klagar också över torftighet i känslolivet. Han kan inte som förut uppleva kärlek och tillgivenhet i förhållande till sina närmaste – det är som om nedstämdheten och ångesten är de enda känslor som får rum hos honom. Denna känslolöshet kan, i viss mån paradoxalt, upplevas som ytterst plågsam. Den sjuke rör sig långsamt som mot ett motstånd, mimiken blir fattig, talet långsamt och klanglöst. Han svarar först efter långt dröjsmål, kanske inte alls. Till hämningen av de kroppsliga funktionerna hör också torrhet i munnen på grund av minskad salivavsöndring, förstoppning, minskat sexuellt intresse samt hos kvinnor ofta uteblivande av menstruationerna. Tankeinnehållet blir dystert, präglad av pessimism och hopplöshet. Den sjuke är övertygad om att detta tillstånd är oföränderligt och att det aldrig skall kunna bli annorlunda – detta även om han haft flera depressionsperioder tidigare och dessa restlöst gått över. I lindrigare fall har den sjuke åtminstone en viss grad av sjukdomsinsikt, men i svårare fall kan de depressiva föreställningarna anta karaktär av vanföreställningar, helt omöjliga att förnuftsmässigt korrigera. De är helt präglade av den depressiva grundstämningen och ångesten. Ofta har de karaktär av självanklagelser, försyndelseidéer och skuld-känslor. Den sjuke kan uppleva sig som i religiös mening förtappad och vara övertygad om att han begått något svårt brott och skall straffas för detta. Oftare är dock vanföreställningarna något mindre dramatiska och innehåller förebråelser för att inte ha kunnat sköta sitt arbete, att inte ha gjort rätt för sig eller att inte kunna känna tillräckligt för de anhöriga. Det farligaste symtomet vid svåra depressionstillstånd är livsledan, som sammanhänger med nedstämdheten, ångesten och vanföreställningarna och kan leda till självmord. Av särskilt rättspsykiatriskt intresse är s. k. utvidgat självmord, då den sjuke vill befria icke blott sig själv utan även anhöriga från livets börda. Ett lyckligtvis sällsynt typfall är då en deprimerad moder lyckas döda sitt barn men misslyckas med det därpå följande självmordsförsöket. Karakteristisk för svårare depressioner är den typiska dygnsrytmen och därmed sammanhängande sömnrubbingar. Den sjuke vaknar tidigt med svår ångest och vånda. Så småningom framåt dagen mildras plågorna. Mot kvällen kan tillståndet vara i hög grad förbättrat, och han somnar in någorlunda normalt för att nästa morgon vakna med samma ångest. I många fall förekommer även en karakteristisk årstidsrytm med vår- och höstdepressioner.

### *Mani*

Vid mani (grek, mania = raseri) är känsloläget förhöjt med exaltation, upprymdhet och oproportionerlig lyckokänsla. Detta hindrar inte att en ganska översvämande ångest samtidigt kan föreligga. Självkänslan är stegrad och manikern övervärderar sin egen förmåga. Detta kan vara förenat med storhetsidéer av exempelvis ekonomisk, erotisk eller politisk art. Hyperaktiviteten under det maniska tillståndet leder oftast till en oordnad, oplanerad och oorganiserad verksamhet. Tankeförloppet är snabbare än normalt. Associationerna är i fullt utvecklade fall så livliga att vederbörande inte blir i stånd att fullfölja en tankegång utan ständigt kommer in på fel spår. Talet blir då osammanhängande. Patienten klagar själv ofta över att han får så många tankar och infall att han inte hinner fullfölja dem. För att karakterisera

manikerns tankeförlopp brukar man tala om idéflykt eller tankeflykt. Karakteristiskt är att associationerna mindre kontrolleras av ordens mening än av deras yttre klang, ljudlighet. Det är en fråga om rim- och klangassociationer, och manikerns osammanhängande tal präglas därför av en viss begriplighet. Han rimmar, leker med ord, vitsar, allt i anslutning till det som finns i omgivningen. Detta skiljer manikern från den schizofrene, hos vilken tankeförloppet är sönderhackat och fragmentariskt utan några klara associativa samband mellan enskildheterna. Affektlabilitet är ett annat mycket karakteristiskt drag vid sjukdomen och kan leda till aggressivitet. Vredesutbrott inför t. o. m. obetydliga händelser är ej ovanliga. Dessa kan bli mycket häftiga och den sjuke kan gå till våldshandlingar. Utbrotten är dock som regel snabbt övergående. Manikerns upprymdhet, självöverskattning och omdömeslöshet medför ej sällan att han slösar med pengar och egendom. Utan att tänka sig för kan han ta medel ur anförtrödda kassor, skriva ut checkar utan täckning, etc. Det behöves i dessa fall inte röra sig om medvetna bedrägerier eller avsiktlig stöld utan beteendet sammanhänger med manikerns omdömeslösa optimism. Han överskattar sina personliga möjligheter och ekonomiska resurser. Den förhöjda självkänslan och ökade stridbarheten leder lätt till konflikter med omgivningen. Manikern kan göra sig skyldig till ärekränkning, kanske hot och våldsamheter mot dem som vill hindra honom i hans verksamhet. Den sexuella aktiviteten är ofta stegrad. Detta kan leda till att manikern uppträder hänsynslöst mot andra och skandaliserar sig själv utan att hindras av normala hämningar och vanliga sociala och personliga hänsyn.

Mindre uttalad mani brukar kallas hypomani. Den hypomane ter sig som en intellektuellt rörlig och livlig person. Han är iderik och charmerande och gör kanske ett i hög grad pålitligt intryck. Även hypomani kan emellertid leda till kriminella handlingar, t. ex. bedrägerier eller förfalskningar. Det kan i sådana fall vara svårt att ställa en korrekt diagnos, särskilt om det inte förelegat någon tidigare sjukdomsperiod.

### *De affektiva sjukdomarnas klassifikation*

Affektiva sjukdomar kan förekomma *sekundärt* som delsyndrom vid andra sjukdomar såsom hjärnarterioskleros eller schizofreni. Då detta icke är fallet betecknas de som *primära*.

Inom svensk och kontinentaleuropeisk psykiatri har det varit tämligen självklart att skilja mellan två typer av primär depression, nämligen *endogen* och *reaktiv* (psykogen, neurotisk). Till den endogena gruppen har förts de tillstånd som ansetts bero på övervägande inre närmast genetiska faktorer. Övriga fall har ansetts bero på övervägande yttre eller på psykologiska faktorer och förts till den andra gruppen. De båda grupperna representeras också i viss mån olika syndrom. Den endogena gruppen karakteriseras sålunda av svårare, mera fixerade psykiska störningar, markerad dygnsrytm och uttalad psykomotorisk hämning. Medan de båda grupperna i svensk och kontinentaleuropeisk psykiatri uppfattas som från varandra klart avgränsbara sjukdomar har man i anglosaxisk litteratur uppfattat dem som extremformer inom samma grupp.

En annan indelning är den i två andra grupper nämligen *bipolära* och



*unipolära* sjukdomar. I den förstnämnda gruppen förekommer både depression och mani omväxlande hos samma patient. Detta är alltså den klassiska manisk-depressiva sjukdomen. I den andra gruppen förekommer endast depressionsperioder (endast manier är mycket sällsynt). Undersökningar på senare år av bl. a. Perris (1966) och Angst (1966) talar för att det rör sig om två biologiskt skilda grupper. Bl. a. synes den hereditära belastningen vara olika.

En i anglosaxisk litteratur vanlig indelning av depressioner är den i *psykotiska* och *icke-psykotiska* tillstånd. Indelningen sammanfaller delvis men inte helt med den i endogena och reaktiva depressioner.

Flera författare uppför *involutionmelankoli* som en särskild sjukdom. Det rör sig om svåra depressionstillstånd, som debuterar i åldern 40–60 år. Symtombilden är tämligen karakteristisk med uttalad nedstämdhet, stark ångest, svåra skuld känslor och självanklagelser, ofta helt orimliga. Ibland föreligger hypokondriska vanföreställningar av bisarrt slag och, inte sällan, även paranoida symtom i form av misstänksamhet och vaga förföljelseteori. Uttalad rastlöshet, motorisk oro och agitation är ofta förekommande. Dessa depressioner är ofta mycket långvariga och svårbehandlade. De har intet större rättspsykiatriskt intresse.

Det är möjligt att hittillsvarande klassifikationer av de affektiva sjukdomarna alltför mycket tagit fasta på sådana symtom, som är lätt observerbara men kanske inte väsentliga. Det kan tänkas att klassifikation på basen av biokemiska skillnader skulle kunna ge en mera meningsfull indelning. Det synes klart att de affektiva sjukdomarna på något sätt har med störningar i omsättningen av vissa av hjärnans signalsubstanser att göra. Forskningsresultat från senare år talar för att man kan urskilja två biokemiskt olika grupper, nämligen sådana med låg och sådana med ungefär normal halt av signalsubstansen serotonin's viktigaste nedbrytningsprodukt i ryggmärgsvätskan. Fortsatta forskning är emellertid nödvändiga.

### *Förlopp, frekvens*

Både bipolära och unipolära sjukdomar har ett periodiskt förlopp. Periodernas längd är varierande, i regel från några månader upp till ca 1/2 år i obehandlade fall. Både kortare och längre perioder förekommer dock. Intervallen kan också växla i längd. Oftast rör det sig om något eller några år, men det kan också röra sig om årtionden. Det kan förekomma att den sjuke har endast ett enda skov i hela sitt liv, men det händer också att depressiva och maniska perioder ständigt avlöser varandra utan friska intervall. Sjukdomsperiodernas svårhetsgrad varierar. De kan vara mycket svåra, då den sjuke är klart psykotisk. Det kan också hända att det rör sig om lindriga, för omgivningen knappast märkbara stämningsväxlingar. Med åren brukar sjukdomsperioderna komma tätare, men de blir i regel också lindrigare.

Risken för insjuknande i affektiv sjukdom anges olika, framför allt beroende på de olika kriterier som använts. Den är dock minst 3–4 ‰ och enligt vissa författare avsevärt högre, ca 1–2 %.

### *Sjukdomsorsaker*

Insjukningsrisken i affektiv sjukdom är avsevärt förhöjd hos anhöriga till sjuka. Både bipolära och unipolära sjukdomar har säkerligen ett genetiskt underlag, men yttre faktorer, både psykisk och somatisk belastning, tycks spela en viktig roll för sjukdomens manifestation. Detta gäller icke blott "reaktiva" utan även "endogena" sjukdomar.

### *Behandling*

Depressionstillstånd behandlas vanligen i första hand med antidepressiva psykofarmaka såsom imipramin och nortriptylin. En förbättring inträder då i regel efter någon vecka. I svårare fall bör ECT ges. Effekten är då snabbare och även säkrare. Vid behandling av mani används neuroleptika och något litiumsalt. Av synnerligen stor betydelse är upptäckten att kontinuerlig underhållsmedicinering med litium i betydande utsträckning förebygger både mani och depression. Detta gäller även vid unipolära depressioner.

### *Kroniska förstämningstillstånd*

Det finns personer, som under hela sitt liv är deprimerade med en allmän pessimistisk livsinställning. Det finns å andra sidan de, som utmärkes av en förhöjd, överdrivet optimistisk inställning i förening med stor uppslagsrikedom och aktivitet. Ofta är deras omdöme bristfälligt. De kan också vara retliga och aggressiva. De ter sig alltså som ständigt hypomana. I regel torde sådana personer ha karakteriserats som personlighetsstörda eller som psykopater. En del av tillstånden torde dock biologiskt höra till gruppen av affektiva sjukdomar. Både stämningssläge och hyperaktivitet kan normaliseras om patienten sättes på kontinuerlig litiumbehandling.

#### *1.5.4 Cykloida psykoser*

Man har sedan länge känt till att det finns patienter, som under loppet av en psykotisk episod eller under olika psykotiska episoder uppvisar symtom, som hör till bilden av affektiva psykoser, och symtom som är vanliga vid schizofrena syndrom. Man talade tidigare om "blandpsykoser" (Mischpsychosen) och ansåg att de uppstod på grund av att anlag för såväl schizofreni som manisk-depressiv sjukdom förelåg hos dessa patienter. Enighet om huruvida syndromet skall hänföras till schizofrena eller affektiva psykoser föreligger ej. Man kan inte utesluta möjligheten att syndromet är fristående från båda dessa grupper. Bland andra benämningar som förekommit i litteraturen kan nämnas atypisk psykos och schizo-affektiv psykos. Beteckningen cykloid psykos har föreslagits som benämning på syndromet (Leonhard 1957). Denna benämning refererar till det cykliska förloppet och inkluderar ej några antaganden om etiologin.

Enligt Leonhards definition karakteriseras cykloida psykoser av växlingar mellan motsatser, exempelvis mellan agitation och hämning, ångest och lyckokänsla, orörlighet (akinesi) och överaktivitet (hyperkinesi). Leonhard har också framhållit att den kliniska bilden kan vara mycket olika i olika fall



och att symtombilden även hos samma person kan variera mellan olika sjukdomsperioder. Även Perris (1974) har i sin undersökning påvisat variabiliteten både vad gäller symtombilden och psykosens svårhetsgrad. I en del fall förekommer tankestörningar av schizofren typ, dock alltid förenade med rubbningar i stämningläget eller förvirring (konfusion). Vanligt förekommande symtom är förvirring, tankevillor, ångest, hallucinationer för hörsel och syn samt depersonalisations- och derealisationsfenomen, dvs. en känsla av att man själv eller omgivningen förändrats.

Sjukdomsattacken börjar som regel akut och ej sällan finner man en utlösande, psykisk eller somatisk, faktor. Risken för recidiv synes vara mycket stor. Karakteristiskt är dock att patienten efter varje sjukdomsattack tillfrisknar utan påvisbar psykisk defekt. Endast om sjukdomsperioderna kommer mycket tätt kan patienterna bli så handikappade att de kan anses som kroniskt sjuka.

Som tidigare nämnts råder ingen enighet om hur syndromet skall klassificeras. Enligt Perris är dock gruppen cykloida psykosor relativt enhetlig, exempelvis beträffande debut, förlopp och prognos och även i fråga om symtombilden. Han framhåller också att dessa psykosor har en tendens att samlas i vissa familjer.

Alla typer av psykiatriska behandlingsmetoder har använts vid cykloida psykosor, men någon systematisk utvärdering av de olika metoderna har ej skett. ECT synes vara att föredraga i fall där det föreligger konfusion. Alltefter symtombilden i enskilda fall kan neuroleptika, antidepressiva medel eller litium vara indicerade.

### 1.5.5 *Paranoida och paranoiska tillstånd*

Dessa tillstånd karakteriseras av vanföreställningar dvs. övertygelser, som baseras på grovt felaktiga resonemang. De är oåtkomliga för logisk argumentering och alltså nästan undantagslöst sakligt oriktiga. De har karaktär av försvar mot övermäktiga konflikter. Orsaken till t. ex. misslyckanden av olika slag projiceras ut i yttervärlden. Den sjuke vantolkar också fenomen i omvärlden i överensstämmelse med sina förväntningar och affekter på liknande sätt som då en mörkrädd person i en skog på kvällen tror sig se skrämmande saker – en stubbe blir till en person som hukar sig i försåt, etc. Den paranoide gör på samma sätt skrämmande iakttagelser i sin omgivning. Människor hänler, deras minspel har hotande innebörd. I insjukningsstadiet gör även den paranoide realitetstestningar, dvs. han bedömer sina upplevelser förnuftsmässigt. Emellertid går han ständigt i stark affekt och blir allt mer övertygad om sina upplevelsers verklighet. Förmågan att förnuftmässigt bearbeta dem går successivt förlorad. Termerna paranoid och paranoisk används inkonsekvent även av psykiatrerna själva och det är svårt att dra en gräns mellan dem. I regel används termen paranoid när det är fråga om delsymtom vid andra psykiska sjukdomar, exempelvis schizofreni och manisk-depressiv sjukdom, medan man då det gäller mera självständigt uppträdande men varaktiga vanföreställningar talar om paranoiska tillstånd. De patologiska föreställningarna brukar då byggas upp omkring en liten kärna med verklighetsunderlag. Det kan t. ex. röra sig om en verklig motgång i arbetet vid en befördran eller störning i äktenskapet. Kring den verkliga

kärnan byggs sedan hela den sjuka föreställningsvärlden upp. Utanför de paranoida komplexen är personligheten ofta väl bevarad. Vid en enskild undersökning eller t. o. m. under en observation har dessa personer ofta en förmåga att dölja sina paranoida idéer. Det är i dessa fall nödvändigt att ta in upplysningar från omgivningen och försiktigt konfrontera vederbörande med beteendet. Om man väl har kommit in på komplexen, brukar snabbt den sjuka föreställningsvärlden rullas upp.

I samband med olika sociala situationer kan en i övrigt helt normal person få för sig att "alla tittar", kanske ondskefullt. Utesluten ur gemenskapen exempelvis genom hörselskada eller språksvårigheter och avvikelser i kulturellt hänseende kan en person börja uppleva yttervärlden som förändrad, eventuellt som fientlig.

Det finns även personer som i stort sett genom hela livet dras med en sjuklig misstänksamhet. Så fort något går dem emot, accentueras dessa drag, och det kan bli en fullt utvecklad paranoia. Det rör sig i regel om personer som är häftiga och oresonliga. Allt som går dem emot tolkar de som trakasserier från omgivningen. De brott som de begår kan bli hänsynslösa och står inte i proportion till de verkliga omständigheter som gav upphov till den paranoida reaktionen. Omständigheterna bakom brotten och det sätt på vilket de utförts gör att brotten kan ge en uppfattning om den bakomliggande psykiska strukturen. Några hallucinationer framkommer aldrig i dessa fall och utanför de paranoida komplexen förefaller vederbörande att fungera normalt. Sådana personer är ofta starkt självhävdande, viljekraftiga, överkänsliga för personliga motgångar och råkar lätt i affektiva spänningstillstånd. Affekten avklingar långsamt. Sin oro projicerar de utåt. På grund av sina särdrag råkar de lätt i konflikter, missförstår omgivningen och blir missförstådda. Dessa tillstånd är svårbehandlade. Behandlingsmässigt finns det dock möjlighet att nå dem genom en försiktigt genomförd stödjande psykoterapi, eventuellt kombinerad med neuroleptika.

### 1.5.6 *Reaktiva (psykogena) psykoser*

Psykotiska tillstånd som uppstår till följd av en traumatiserande psykologisk situation brukar betecknas som reaktiva eller psykogena psykoser. Efter symtomatologin kan dessa psykoser grovt sett indelas i tre huvudgrupper 1) emotionella syndrom, 2) medvetanderubbningar, 3) paranoida syndrom. Gränserna mellan de tre grupperna är dock icke alltid skarpa. Ej sällan förekommer dessa syndrom i kombination.

Reaktiva psykoser uppstår vanligen som en för den utomstående förståelig reaktion på en belastningssituation, antingen en som har uppstått plötsligt och oväntat eller en kronisk konfliktsituation som akutiserats. I en del fall har vederbörandes psykiska motståndskraft även på annat sätt blivit försvagad, exempelvis beroende på någon tillstötande somatisk sjukdom, vilken har bidragit till att psykosens manifesterat sig. Under en extrem yttre belastning synes även tidigare friska och robusta personer kunna utveckla en reaktiv psykos. Som regel rör det sig dock om personer med minskad psykisk motståndskraft. Neurotiska, personlighetsstörda, hjärnskadade och svagt begåvade personer synes ha större benägenhet än andra att utveckla sådana tillstånd.



Vid den reaktiva depressionen domineras patientens tankeinhåll av den aktuella konflikten. Sorgen förefaller även för en utomstående rimlig och förståelig, men kan utvecklas till en psykos, då dess innehåll inte förblir begränsat till föreställningar som har samband med den utlösande händelsen utan vidgas till livssituationen i dess helhet. Liksom vid andra depressioner kan det även här föreligga en stor suicidrisk och även risk för s. k. utvidgat suicid (se s. 71). Det kan också förekomma att vederbörande missköter sin kroppsliga hälsa, näringsvägrar, nonchalerar och underlåter undersökning och behandling av somatiska åkommor.

Affektiva reaktioner på psykisk belastning begränsas dock inte till depressioner. I vissa fall kan sinnesstämningen vara förhöjd. Hypomana och maniskt färgade tillstånd är dock mindre vanliga än depressiva.

I en del fall utvecklas i anslutning till ett akut psykiskt trauma förvirringstillstånd med desorientering eller tillstånd med mer eller mindre drömligt medvetande. I sistnämnda fall är den sjuke i stånd att utföra vissa mer eller mindre rutinbetonade handlingar och kan för en utomstående som ej känner honom te sig normal. Reaktiva förvirrings- och omtöckningstillstånd kan debutera plötsligt och kan också upphöra plötsligt. Efteråt föreligger ofta en mer eller mindre total minnesförlust. Psykoga bortträngningsmekanismer är här av väsentlig betydelse.

Vid vissa reaktiva psykoser domineras bilden av paranoida symtom. Sådana symtom kan emellertid även förekomma vid de förut nämnda två formerna. Vid de psykogent utlösta paranoida tillstånden är medvetandet som regel klart och orienteringen bibehållen. Vanföreställningar av förföljelse- eller storhetskaraktär kan vara av olika svårhetsgrad.

Av särskilt rättspsykiatriskt intresse är sådana reaktiva psykoser, som ibland kan uppträda hos häktade eller till fängelse dömda personer. Tillståndet kan te sig som en pseudodemens, dvs. vederbörande gör ett "dumt" intryck men svarar dock på sådant sätt att det framgår att han förstått frågan (t. ex. "Hur många ben har en häst?" Svar: "Tre"). Dessa psykoser betecknas i litteraturen som hysteriska förvirringstillstånd eller Gansersyndrom.

Medikamentell behandling är ofta nödvändig i det akuta skedet av en reaktiv psykos. Utan sådan behandling kan tillståndet ibland bli livshotande (suicidrisk, mat-och dryckesvägran, allmän påverkan till följd av svår oro). Alltefter symtomatologin kan neuroleptika, antidepressiva medel eller sedativa komma ifråga. Vid svåra och långdragna förvirringstillstånd kan ECT behöva tillgripas. Behandlingen av de psykoga psykoserna går eljest ut på att förändra den situation som utlöst psykosen eller psykoterapeutiskt bearbeta den underliggande konflikten. Efter att sjukdomsperioden klingat av kan alltefter omständigheterna i det enskilda fallet psykoterapi, individuellt eller i grupp, vara av värde icke minst för att förebygga ett återinsjuknande. Sådan terapi skall som regel vara av stödjande, jagstärkande slag och går ut på att göra vederbörande mer motståndskraftig mot skadliga miljönflytelser. Behandlingstiden är varierande. Vid paranoida psykoser blir den ofta långvarig, och prognosen är osäker.

### 1.5.7 Psykoorganiska syndrom

Till denna grupp hör i vidsträckt mening alla "organiskt" betingade psykiska störningar, dvs. alla sådana störningar, som betingas av en skada eller en förstörelse av nervceller i hjärnan. Det kan gälla en giftverkan, t. ex. av alkohol eller centralstimulerande medel, eller en bestående förlust av nervceller antingen lokalt som efter en hjärnoperation eller en hjärnblödning, eller diffust i hela hjärnan som vid senil demens.

Med en sådan vid definition blir symtomen inom gruppen mycket varierande. Man kan urskilja tre huvudtyper av reaktioner:

1. *Förändring i medvetandetillståndet.* En sänkning av medvetandet från normal vakenhet via somnolens ända ner till medvetlöshet dominerar vid åtskilliga akuta skadeverkningar, framför allt vid förgiftningar, t. ex. med alkohol eller sömnmedel, men även vid syrebrist, t. ex. till följd av koloxidförgiftning, efter skallskador, etc. Denna dimension av medvetandeförändring torde sakna rättspsykiatriskt intresse. Sådant intresse har däremot de mycket mera komplicerade förändringar, som kan sammanfattas under rubriken grumling av medvetandet. Med detta avser man olika slag av omtöckning eller förvirring (konfusion). Den sjuke är då mer eller mindre desorienterad till tid och rum, ofta även till person. Dessutom föreligger ofta hallucinationer, särskilt för synen. Grumling av medvetandet ser man vid olika förgiftningar, vid svåra febertillstånd och vid olika kroppsliga sjukdomar, särskilt hos barn och åldringar, samt vid uppvaknandet från medvetlöshet, t. ex. efter en skallskada med hjärnskakning. Då förvirringen är förenad med stark motorisk oro och i regel även livliga hallucinationer, betecknas tillståndet som ett *delirium*. Ett exempel är delirium tremens (se sid. 110). Organiskt betingande förvirringstillstånd sammanfattas ibland under beteckningen *toxiska psykos*.

2. *Neurasteniskt syndrom.* Vid en rad olika former av skadlig cerebral påverkan av lindrig art dominerar bilden av ett s. k. neurasteniskt syndrom. Man ser det vid akuta eller kroniska infektioner, efter skallskador med lätt eller måttlig hjärnskakning och efter förgiftningar – t. ex. efter alkoholförgiftning, s. k. bakrus. Bilden domineras av ökad uttrötthet, olust, ängslan och retlighet i förening med olika kroppsliga besvär som huvudvärk, ökad känslighet för olika sinnesintryck såsom ljud och ljus, dålig koncentrationsförmåga och subjektivt "dåligt minne".

3. *Nivåsänkning.* Vid alla mera allvarliga hjärnskador med förlust av nervceller, lokalt eller diffust, ser man tecken på en försämring av psykiska funktioner av olika slag. Påtaglig är den intellektuella reduktionen, dvs. försämrade intellektuella funktioner med t. ex. dåligt minne och dålig koncentrationsförmåga samt svårighet att lösa problem, särskilt om de fordrar abstrakt tänkande. Ibland dominerar en ökad intellektuell uttrötthet – en hjärnskadad person kan i utvilat skick fungera ungefär som före skadan, men efter kanske endast en kort stunds ansträngning sjunker prestationsförmågan högst avsevärt. De känslomässiga förändringarna varierar, men vanlig är en viss olust, ofta med retlighet och otålighet, ibland stegrad till explosivitet. En del fall – särskilt svårt skadade – präglas i stället av ligkiltighet och apati. Stämningsläget kan vara deprimerat men ibland i stället



slappt förhöjt (eufori). Mycket vanlig är affektinkontinens, särskilt blödighet. Patienten visar starka känslomässiga reaktioner (särskilt ofta gråt) utan att det samtidigt tycks föreligga någon starkare känsloupplevelse.

Vid nivå-sänkning på grund av organisk hjärnskada kompliceras bilden av att det man kan observera inte endast – ofta inte ens i första hand – är primära och negativa symtom såsom försämrade intellektuella funktioner eller dåligt minne. Det man främst lägger märke till är ofta sekundära, produktiva symtom. Av särskild betydelse är de sekundära symtom som har karaktären av kompensationer av organismens försök att så bra som möjligt klara sin situation med den defekta hjärnan. Sådana kompensationer kan vara mer eller mindre lyckade. Ett typiskt, adekvat sätt att kompensera en defekt är den långsamhet, som många hjärnskadade visar. De kompenserar sin nedsatta förmåga i olika hänseenden genom att minska sitt tempo. Ett annat ganska adekvat sätt är noggrannhet, ibland stegrad till pedanteri, hos en del hjärnskadade. Genom att alltid utföra handlingar på samma sätt och i samma ordning besparar de sig många besvärliga val eller beslut. Ett helt inadekvat kompensatoriskt beteende ser man ibland vid svåra minnesstörningar, t. ex. vid Korsakows syndrom (se sid. 111). Den sjuke fyller ut sina minnesluckor med konfabulationer, som han själv tror på. Detta skyddar honom visserligen från den ångest som skulle framkallas om han insåg sin oförmåga, men det hjälper honom inte på annat sätt. Något liknande gäller den meningslösa ström av ordliknande ljud, som en del patienter med hjärnskadebetingade språkstörningar kan frambringa. En annan viktig grupp av sekundära symtom är sådana, som har karaktär av en psykologiskt förställd reaktion på upplevelsen av de primära störningarna. Detta gäller t. ex. den depression, som man ofta ser vid hjärnarterioskleros och som är begriplig med tanke på den sjukas upplevelse av fortskridande minnesstörningar och intellektuell försämring.

En rad olika faktorer bestämmer symtombilden efter en hjärnskada. Symtombilden blir sålunda olika om det gäller en lokaliserad eller en diffus skada. I förra fallet ser man ofta ganska väl avgränsade bortfallssymtom, t. ex. en relativt isolerad språkstörning, medan man vid diffusa skador får en allmän nivå-sänkning av de psykiska funktionerna. Åldern spelar en betydande roll. Vid tidigt inträffade skador – t. ex. i samband med förlossningen eller under de första levnadsåren – ger även lokaliserade skador en mera allmän nivå-sänkning. Samtidigt har unga hjärnor en vida större förmåga att kompensera även ganska betydande skador än äldre hjärnor. En annan viktig faktor är huruvida hjärnan drabbats av en skada som sedan förblir stationär (t. ex. efter en skallskada eller en operation) eller om det föreligger en progredierande sjukdom (t. ex. vid senil demens, hjärnarterioskleros eller multipel skleros). Möjligheterna till anpassning till defekten och till adekvat kompensations är givetvis större i förra fallet. Å andra sidan kan det ge bättre möjlighet till kompensations om en skada inträffar långsamt än om den kommer plötsligt. Inte minst viktig är individens personlighet före skadan, hans habituella sätt att handskas med motgångar och svårigheter. För symtombilden är det avgörande inte bara vilken skada som drabbat hjärnan utan också vad för sorts hjärna, som blivit skadad.

Nivå-sänkningens grad beror dels på hjärnskadans omfattning, dels på om

den är *diffus* eller *lokaliserad* samt i senare fallet på var den är belägen. Vid höggradig nivå-sänkning blir individens personlighet så förändrad, hans verklighetsuppfattning så förvriden och hans sociala anpassning så dålig att tillståndet kan betecknas som en psykos. Man betecknar det då som en organiskt betingad *demens*. Denna term användes dock ibland även för lindrigare grader av nivå-sänkning.

Hjärnskadebetingad nivå-sänkning kan ha en mängd olika orsaker. Diffusa skador kan vållas övervägande av genetiska faktorer. Detta gäller sannolikt både presenila och senila demenser samt med säkerhet vissa mera ovanliga sjukdomar såsom den s. k. Huntingtons chorea. Svåra förgiftningar av olika slag kan efterlämna bestående hjärnskador. Detsamma gäller otillräcklig blodförsörjning på grund av hjärtinsufficiens, svår blodbrist, svår undernäring, inre förgiftning på grund av lever- och njursjukdomar, allvarliga rubbningar i den inre sekretionen m. m. Både diffusa och lokaliserade skador förekommer vid hjärnarterioskleros och efter skallskador. Relativt väl lokaliserade skador ser man t. ex. vid hjärntumörer, efter hjärnoperationer och efter blodpropp i hjärnan m. m.

Av mycket stor praktisk betydelse är, att hjärnskador ofta leder till en förändrad reaktion på alkohol, till minskad tolerans och ofta till patologiska reaktioner såsom uttalad aggressivitet. De disponerar dessutom för ett s. k. patologiskt rus (se sid. 110). Detta är desto mer betydelsefullt som alkoholmissbrukare ofta ådrar sig hjärnskador, bl. a. genom att råka ut för skallskador.

### *Diffusa hjärnskador*

Den kliniska bilden vid nivå-sänkning till följd av en diffus hjärnskada karakteriseras av både intellektuella, känslomässiga och viljemässiga störningar. Vid lindriga grader av nivå-sänkning domineras bilden av klagomål över dåligt minne och dålig koncentrationsförmåga samt över ökad uttrötbarhet. Gränsen till det neurasteniska syndromet är i själva verket flytande. Detta kan dock gå helt tillbaka, vilket en nivå-sänkning till följd av en bestående skada inte gör. Till syndromet hör att man vid undersökning kan verifiera klagomålen över dåligt minne och dålig koncentrationsförmåga. Dessutom finner man andra symtom på intellektuell reduktion, framför allt i form av försämrad förmåga att lösa nya problem på abstrakt nivå samt försämrad skärpa i varseblivningen. Slutligen föreligger vissa emotionella förändringar framför allt i form av olust och irritabilitet. Vid svårare skador försämras de intellektuella funktionerna ytterligare. Minnet blir ännu sämre. Som regel är inprägling och närminne mest drabbade, medan fjärrminnet kan vara relativt väl bevarat. Uthålligheten är som regel låg och vederbörande har en nedsatt förmåga att för längre stund koncentrera sig på att fullfölja någon målinriktad verksamhet. Orienteringen till såväl tid, rum som person och situation försämras. Tanke- och föreställningslivet karakteriseras av en tilltagande utarmning och primitivisering och i samband därmed inträder en inskränkning av intressesfären. Abstraktionsförmågan avtar och tänkandet blir allt mer konkret. Den avtrubning på känslö- och viljelivets område som äger rum medför en personlighetsförändring och omdömet kan komma att svikta. Affekterna blir ytliga men även labila. Med tilltagande nivå-sänkning



kan labiliteten bli mycket påtaglig och leda till affektutbrott utan synbar anledning. Vilka sidor av personligheten som drabbas mest varierar från individ till individ bl. a. beroende på tidigare reaktionsätt och graden av skador inom olika delar av hjärnan. Sekundärt kan vid diffusa hjärnskador också utvecklas funktionella psykiska störningar av olika slag som neuroser, depressioner och paranoida tillstånd, allt efter den individuella dispositionen och miljön.

### *Begränsade hjärnskador*

Vid begränsade hjärnskador blir symtombilden i mycket hög grad beroende på var skadan är belägen. Analysen av psykiska förändringar till följd av en lokaliserad hjärnskada kan vara synnerligen komplicerad. Här kan endast några exempel nämnas. Lokaliserade skador i hjässloberna ger ofta framför allt neurologiska bortfallssymtom som förlamningar eller rubbningar i känselsinnet. Skador i nackloberna ger ofta synrubbningar. Vid skador av vänster hjärnhalva drabbas ofta språkfunktionerna, vid svårare skador uppträder alltså olika former av *afasi*. Vid skador på höger hjärnhalva kan istället dominera störningar i förmågan att uppfatta former och föremål och att orientera sig i rummet.

Skador i pannloberna kan vid en ytlig undersökning tyckas ha gett mycket obetydliga förändringar. Några påtagliga neurologiska bortfallssymtom behöver t. ex. inte föreligga, ej heller någon påtaglig intellektuell reduktion. En närmare undersökning och utredning kan emellertid visa att det föreligger en mycket allvarlig och genomgripande personlighetsförändring med en höggradig nivellering av många högre funktioner. Det föreligger t. ex. en märkbar svårighet att handskas med abstrakta begrepp, en viss sorglös höjning av stämningsläget med slapphet och initiativlöshet (eufori), bristande förmåga till empati, dvs. förmåga att leva sig in i andra människors känsloliv och reaktioner. Det senare kan leda till en anmärkningsvärd hänsynslöshet, främmande för individens grundpersonlighet. De pannlobsskadade har åtskilliga drag gemensamma med psykopaterna (i inskränkt mening, se sid. 89 ff).

Isolerade skador i vissa delar av tinningloben och mellanhjärnan kan ge mycket höggradiga minnesrubbningar, ett s. k. amnestiskt syndrom. Detta karakteriseras bl. a. av att förmågor och kunskaper, som funnits tidigare, är väl bevarade, medan det föreligger en i det närmaste total oförmåga att inhämta och fixera nytt material. Ofta kompenseras minnesluckorna som nämnts med konfabulationer. Ett exempel är Korsakow-syndromet, som uppträder hos en del svåra alkoholmissbrukare och där underlaget är en mycket begränsad skada i mellanhjärnan.

### *Skallskador*

Kraftigt våld mot huvudet kan påverka hjärnan. Även måttligt våld kan medföra en *hjärnskakning*, ofta med medvetlöshet som följd. Medvetlöshetens längd är ett ungefärligt mått på hur kraftig hjärnskakningen varit. Kraftigare våld medför – förutom hjärnskakning – en *hjärnkontusion*, dvs. blödningar och förstörelse av hjärnsubstans i olika områden. Det uppstår

alltså påtagliga, traumatiska hjärnskador. Även vid sådana tillstånd som kliniskt betecknas som "hjärnskakning" kan det finnas små kontusioner. Det bör även påpekas att svåra hjärnskador *kan* uppstå utan att den skadade omedelbart blivit medvetslös. Detta gäller t. ex. då ett kärl skadats och en blödning så småningom uppkommer, samt vid skottsador.

Efter en hjärnskakning föreligger ofta ett "posttraumatiskt cerebralt syndrom" med framförallt neurasteniska symtom. Utmärkande är huvudvärk, yrsel, överkänslighet för ljud och irritabilitet. Vanligen går det tillbaka inom någon vecka eller månad. Det kan emellertid bli bestående under mycket lång tid och även förvärras. Man har då anledning förmoda, att besvären inte är en direkt följd av hjärnskakningen, utan betingas av neurotiska komplikationer.

Upprepade, även relativt lindriga hjärnskakningar kan ge upphov till allvarliga följdtilstånd. Detta ser man framför allt hos gamla boxare ("punch drunk"). Bilden är typisk med rörelsearmod, torftig mimik och stel blick, minnesstörningar, personlighetsavtrubning med benägenhet för affektexplosioner samt neurologiska symtom som tremor, osäker gång och talsvårigheter.

Efter hjärnkontusioner kan alla de för nivå-sänkning vid lokala och diffusa hjärnskador typiska symtomen förekomma. Resultatet kan bli en verklig posttraumatisk demens med höggradig intellektuell och personlighetsmässig nivå-sänkning. Vanligare är mera måttliga psykiska störningar, som dock kan vara tillräckligt allvarliga för att få rättspsykiatrisk betydelse. En allvarlig komplikation är epileptiska anfall, som kan börja uppträda långt efter skadan. Av särskilt intresse är traumatiska hjärnskador hos alkoholister. Alkoholisten har mycket lätt för att råka ut för skallskador, som inte alltid blir adekvat behandlade. Dessutom medför den traumatiska hjärnskadan en förändrad alkoholreaktion med risk för bl. a. okontrollerade våldshandlingar och s. k. patologiskt rus (se sid. 110).

### *Epilepsi*

"Epilepsi" är inte någon enhetlig sjukdom utan symtom på olika slag av patologiska förändringar i hjärnan. Inte sällan kan man visa, att anfällen utlöses från ett av någon anledning skadat område i denna – t. ex. ett ärr efter ett trauma, en blödning eller en inflammation. Anfall kan också utlösas på kemisk väg och man ser inte sällan epileptiska anfall vid plötslig abstinens efter alkohol- eller narkotikamissbruk.

Kunskapen på området har vidgats oerhört sedan elektroencefalografin (EEG) infördes för några årtionden sedan. Genom att mäta och registrera den elektriska aktivitet, som åtföljer processerna i hjärnan, kan man t. ex. se varifrån ett anfall utlöses och hur det sprids. Man kan också studera de abnormiteter i hjärnans verksamhet, som föreligger mellan anfällen.

De flesta personer, som har epileptiska anfall, visar inga psykiska särdrag. Då anfällen sammanhänger med någon mera uttalad hjärnskada, finner man de för sådana skador typiska psykiska störningarna. Vid mycket täta anfall tycks dessa i sig medföra vissa skador, som kan addera sig till varandra och leda till en "epileptisk demens".

Det har också hävdats att hjärnskadade personer med epilepsi är i särskilt



hög grad ixoida, dvs. vidhäftande och omständliga med benägenhet att fastna i detaljer samt med en tendens till uppladdning, att samla på sig oförrätter tills trycket blir för stort och det kommer ett aggressionsutbrott. Häftigheten i detsamma kan i ogynnsamma fall medföra farlighet för omgivningen. Sådana drag kan dock förekomma även hos hjärnskadade utan epilepsi.

Av störst rättspsykiatriskt intresse är dock vissa medvetandestörningar, som kan förekomma i samband med stora anfall eller oberoende av dem.

Omedelbart efter ett stort anfall med medvetlöshet och kramper föreligger ett omtöckningstillstånd. Vanligen varar det mycket kort tid, kanske endast några minuter, men det kan vara flera dagar. Ibland är patienten då höggradigt orolig, han kan ha paranoida vanföreställningar och hallucinationer och i detta psykiska tillstånd bli farlig både för sig själv och andra. Patienten brukar ha total amnesi (minnesförlust) för vad som inträffat under denna tid.

Av speciellt intresse är de egendomliga omtöckningstillstånd, som sammanhänger med en från någon skada i tinningloben utlöst, abnorm aktivitet i hjärnan. Patienten kan i ett sådant tillstånd av "fugue" – vilket kan vara flera dagar – utföra många och komplicerade handlingar, t. ex. företa en resa, utan att omgivningen lägger märke till något egendomligt hos honom. Patienten "vaknar" plötsligt till normalt medvetande, har amnesi för det inträffade och vet varken var han är eller hur han kommit dit. Kriminella handlingar under sådana psykotiska tillstånd torde vara sällsynta men kan givetvis förekomma. Vanligen är sådana fall dock betingade av hysteriska mekanismer och differentialdiagnosen kan vara svår. Vid epileptiska fugues kan amnesin emellertid ej hävas genom narkoanalys eller hypnos, vilket brukar vara fallet vid hysterisk amnesi (se även sid. 88).

### *Diagnos av psykoorganiska syndrom*

Ibland är förekomsten av en hjärnskadebetingad psykisk störning mycket lätt att konstatera, men i vissa fall kan man ställas inför svårlösta problem. Förutom sedvanlig klinisk observation med intervjuer och studium av patientens beteende bör de psykiska funktionerna analyseras med hjälp av psykologiska undersökningar. Dessa bör utföras av en psykolog med vana vid sådana problem. Man kan på detta sätt kartlägga de psykiska störningarna och komma till slutsatser om de rimligen kan vara hjärnskadebetingade. Anhöriga eller andra personer i omgivningen kan ofta lämna upplysningar av stort värde. De kan t. ex. beskriva en personlighetsförändring med mer eller mindre plötsligt inträdande initiativlöshet och ökad uttrötthet hos en tidigare driftig och uthållig person. Detta kan då tyda på en begynnande, hjärnskadebetingad nivå-sänkning. Man måste vidare företa en omfattande neurologisk undersökning, ofta innefattande elektroencefalografi samt röntgenundersökningar av skallen och om möjligt även av hjärnan.

Eftersom hjärnskadebetingad nivå-sänkning kan disponera för kriminella handlingar, kan en korrekt diagnos härav vara mycket betydelsefull inom rättspsykiatri. Ofta gäller det sådana fall, där diagnosen är svår. Höggradigt dementa personer hos vilka diagnosen är lätt att ställa, begår sällan några brott. Det diagnostiska ställningstagandet måste därför ske på basen av ett omfattande undersökningsmaterial och med noggrant övervägande av olika

möjligheter. Det föreligger annars stora risker både för över- och underdiagnostik. Det kan t. ex. hända att man finner neurologiska tecken på en hjärnskada men att psykiska förändringar av betydelse för den rättspsykiatriska bedömningen saknas. Det kan också hända, att den neurologiska och psykologiska undersökningen inte ger säkra hållpunkter för hjärnskada eller intellektuell reduktion men att man kliniskt observerar och anamnesticiskt får rapport om sådana psykiska förändringar som är typiska vid t. ex. pannlobsskador.

### 1.5.8 *Psykiska störningar i samband med åldrandet*

Liksom övriga organ undergår hjärnan till en början en utveckling, som befordras av en lämplig fysisk miljö. Funktionerna förbättras som följd av miljöstimuli, genom inlärning och övning. Även sådana vanliga skador som banala infektioner och måttliga traumata kan åtminstone tillfälligt inverka menligt på de cerebrala funktionerna. Redan tidigt sätter regressiva förändringar in. Dessa är säkerligen delvis genetiskt styrda men delvis resultatet av sådana smärre skador. Tillsammans kan detta betraktas som det "normala" cerebrala åldrandet. Att isolera ett "rent", alltså uteslutande genetiskt styrt åldrande måste bli en teoretisk konstruktion. De psykiska funktionsförändringarna med stigande ålder är inte resultatet enbart av dessa förändringar utan även av olika aktiviteter under livet, ny inlärning och träning av redan inlärd funktioner etc. Resultatet av alla dessa olika faktorer blir det som kan kallas ett " normalt " psykiskt åldrande. Så småningom sker en försämring av olika färdigheter. Försämringen sker olika snabbt i olika hänseenden och med olika hastighet hos olika individer. Vissa karakteristiska personlighetsförändringar inträder med stigande ålder, men får i många hänseenden olika utformning beroende på grundpersonligheten.

Från detta "normala" psykiska åldrande – i vilket alltså inkluderas det som orsakas av lättare skadlig påverkan – kan man skilja ett "patologiskt" psykiskt åldrande, som orsakas av olika sjukdomar eller grövre skador.

Flertalet undersökningar av det normala psykiska åldrandet baserar sig på tvärsnittsstudier, dvs. man har vid samma tidpunkt undersökt populationer med olika ålder. Detta är en metod som är belastad med åtskilliga felkällor. Den yngre generationen har t. ex. haft bättre utbildning, vilket bidrager till att öka skillnaderna mellan yngre och äldre grupper. Longitudinella undersökningar är mindre vanliga. De har i regel – som väntat – talat för en mindre psykisk försämring med åldrandet än vad tvärschnittsundersökningarna har gjort.

Det torde emellertid vara ganska klart, att den intellektuella prestationsförmågan ökar upp till 20-årsåldern för att sedan vara oförändrad under några år. Redan i 25-årsåldern börjar dock en nedgång av vissa funktioner, mera påtagligt i 50–60-årsåldern. Väl inövade, verbala funktioner visar minst känslighet för åldrandet. Särskilt hos personer med hög utgångsnivå kan de förbättras långt upp i åren. Däremot sker tidigt en nedgång i sådana funktioner som kan karakteriseras som logisk slutledningsförmåga och förmåga att orientera sig i rummet. Förmågan att lösa nya problem försämras med stigande ålder. Nedgången är mer påtaglig ju mera komplex frågeställningen är och ju mer den kräver av abstrakt tänkande. Mycket karakteristisk



är förlångsamningen av alla intellektuella funktioner. "Minnet", dvs. förmågan att ta emot och lagra ny information, blir allt sämre. Delvis kan detta sammanhånga med att intresset för allt nytt och därmed motivationen för inläring blir mindre med åren.

Det normala åldrandet medför en ökad känslighet för belastning av olika slag, sammanhängande med att reservkapaciteten minskar liksom förmågan till omställning och anpassning till nya situationer. Detta kan leda till insufficienstag av olika slag. Reaktionsättet undergår också vissa förändringar. Benägenheten att reagera depressivt, hypokondriskt eller med misstänksamhet och kverulans ökar, medan rena ångestreaktioner och neurotiska reaktioner visar en tendens att minska.

Förutom insufficienstag i samband med det normala åldrandet förekommer allvarliga psykiska störningar betingade av ett *patologiskt* åldrande, ibland relativt tidigt, dvs. före ca 65 år. Hjärt-kärlsjukdomar kan leda till en minskad cerebral funktion med mer eller mindre uttalad psykisk nivå-sänkning. Sådana tillstånd kompliceras ofta av en psykologiskt förstälilig depression (se s. 79). Fall av typisk "presenil demens" (Mb Pick och Mb Alzheimer) är ej så vanliga. Oftare förekommer andra, lindrigare fall, där man också kan tala om en presenilitet i betydelsen av ett för tidigt, cerebralt åldrande, eventuellt i samband med påvisbar hjärnatrofi. Orsaken är inte sällan okänd. Den psykiska insufficiensen med trötthet, neurasteniska symtom och nedsatt arbetsförmåga uppfattas ofta av individen själv och även av omgivningen som beroende på "överansträngning", varvid man överbetonar betydelsen av arbetsbelastningen och undervärderar den av andra skäl avtagande prestationsförmågan.

### *Psyksiska sjukdomar i seniet*

Vissa psykiska sjukdomar uppträder främst eller endast i seniet (över ca 65 år). Detta gäller i första hand *senil demens* (dementia senilis) och i viss mån *arteriosklerotisk demens* (dementia arteriosclerotica). Av praktiska skäl är det lämpligt att särskilt diskutera *förvirringstillstånd*. Svåra *depressioner* kan uppträda i seniet. De får ej förväxlas med demenstillstånd. Risk härför finns, särskilt om patienten är starkt hämmad. I undantagsfall kan en *schizofreni* debutera mycket sent, då med huvudsakligen paranoidea symtom.

### *Senil demens (Dementia senilis)*

Vid senil demens förlöper de degenerativa, cerebrala förändringarna och därmed även försämringen av de intellektuella känslö- och viljemässiga funktionerna samt de fysiska färdigheterna snabbare än vad fallet är vid det "normala" åldrandet. Den sjukliga processen börjar ofta smygande, vanligen i 70-årsåldern. Ibland överväger intellektuella störningar, ibland karaktärsförändringar. Det första symtomet är ofta en minnesförsämring som främst träffar det nyligen upplevda samtidigt som minnet för tidigare upplevelser och inlärd kunskaper är bättre bibehållet. Vederbörande glömmar lätt vad han hört och lärt, och han kan fråga om eller berätta samma sak med kort intervall. Med tilltagande minnesförsämring krymper det tillgängliga

minnesmaterialet mer och mer. Detta medför en tilltagande hjälplöshet och oförmåga att orientera sig i tillvaron, och i mera höggradiga fall sviktar såväl tids- som rumsorienteringen. Vid insjukningsstadiet klagar patienterna ofta över neurasteniska symtom som trötthet, retlighet och sömnsvårigheter. Depressiva symtom, ångestreaktioner och hypomana perioder kan likaledes förekomma under insjukningsåren. Den avtrubning på känslö- och viljelivets område som äger rum medför en tilltagande personlighetsförändring som ibland kan vara mer framträdande än de intellektuella störningarna. Tidigare vänliga, stillsamma och försynta personer kan bli vresiga, egoistiska och krävande med benägenhet för affekt- och aggressionsutbrott. Även det motsatta kan inträffa, dvs. att en tidigare aggressiv person kan bli lugnare med tilltagande senil demens. Omdömesfunktionerna kan till följd av sjukdomen förändras och vederbörande kan visa ett beteende som helt avviker från det som tidigare utmärkte honom. Detta kan i sin tur leda till att han kan göra sig skyldig till lagstridiga handlingar. Hos män förekommer en ökad sexuell aktivitet, i vissa fall för att kompensera en impotens, men i andra fall sammanhängande med en bristfällig kontroll. Det sexuella behovet i förbindelse med en större eller mindre grad av sexuell hjälplöshet gör att driften ej sällan riktar sig mot småbarn, som regel mot småflickor och i sällsynta fall småpojkar. Ej sällan finner man att de barn den gamle har kontakt med finner sig i hans sexuella manipulationer men att de samtidigt utnyttjar honom och kräver gottgörelse i form av pengar. Efterhand som sjukdomen fortskrider blir vederbörande alltmera desorienterad och tappar mer och mer kontakt med omgivningen. En djup demens utvecklas. Behandlingen vid senil demens är rent symtomatisk och konservativ. Det är viktigt att den sjuke får god kroppslig omvårdnad och så långt som möjligt hålles aktiv.

#### *Arteriosklerotisk demens (Dementia arteriosclerotica)*

Arteriosklerotisk demens sammanhänger ofta med upprepade större eller mindre infarkter i hjärnan. Sambandet mellan de anatomiska hjärnförändringarna och demensen är dock ganska svagt. En mycket svår arterioskleros kan förekomma utan kliniska tecken på demens och även det motsatta kan vara fallet. De psykiska förändringar som sammanhänger med en arterioskleros i hjärnan karakteriseras i motsats till vad fallet är hos senil-dementia av att förloppet växlar mellan förbättringar och försämringar av sådana intellektuella funktioner som uppmärksamhet, minne och omdöme och av känsloliv, t. ex. affektabilitet, oförmåga att kontrollera affekter (affektinkontinens), depressiva tillstånd och misstänksamhet. I en del fall kan man finna att de psykiska symtomen växlar från dag till dag och ibland under samma dag. Ena stunden kan vederbörande sålunda vara vaken och pigg och minnas bra för att någon stund senare vara desorienterad och affektlabil. Naturliga oros- och omtöckningstillstånd är ej ovanliga. Allteftersom förloppet vid arteriosklerotisk sjukdom fortskrider försämras det fysiska tillståndet och demenssyndromet blir mer påtagligt med tilltagande minnesrubbingar och försämring av förmåga till koncentration, uppfattning och uppmärksamhet. Förloppet är dock mer utdraget och varierande än vad fallet är vid senildemens. Personligheten är som regel bevarad längre och insikt i



minnesstörningen med viss möjlighet att kompensera defekten föreligger. I samband med den relativt goda sjukdomsinsikten är depressiva reaktioner vanliga. Omdöme och självkritik kan dock svikta och det förekommer fall, där personlighetsförslaget går snabbt. I svåra fall kan sluttillståndet te sig som vid senil demens.

Vid arteriosklerotisk demens är det framför allt viktigt att behandla det kroppsliga tillståndet, särskilt hjärt-kärlsjukdomar i syfte att så mycket som möjligt förbättra blodcirkulationen i hjärnan. I senare stadier med höggradig demens blir behandlingen dock – liksom vid senil demens – rent symtomatisk.

Såväl senildemens som hjärnarterioskleros är relativt vanligt förekommande och ibland kan man hos samma person påträffa symtom på båda dessa sjukdomar. Det kan vara svårt att kliniskt skilja dem åt men det är viktigt, eftersom förloppet och behandlingen är olika. Tillståndet vid senil demens fortskrider jämnt och obönhörligt, medan det vid hjärnarterioskleros åtminstone för en tid kan förbättras och behandling är i viss mån fruktbar.

### *Förvirringstillstånd*

Äldre personer råkar lättare än yngre in i förvirringstillstånd med desorientering, oro och hallucinos vid olika slag av påfrestningar. Detta gäller personer med tidig senil demens eller med hjärnarterioskleros men också sådana, som är "normalt" åldrade. Man ser förvirring vid en rad kroppsliga sjukdomar, t. ex. hjärtinsufficiens, febersjukdomar och uremi. Förvirring är inte heller ovanlig vid skador, t. ex. vid brott på lårbenshalsen eller efter operationer. Förvirring kan också ses efter överdosering av sömnmedel eller andra mediciner. Äldre personer har inte sällan svårt att sköta sin medicinering korrekt. Hos äldre personer, som av någon anledning är lätt nivå-sänkta eller somatiskt sjuka, kan även obetydliga psykiska påfrestningar – t. ex. miljöbyte – utlösa förvirringstillstånd. Relativ isolering i ett sjukrum kan vara tillräckligt.

Det är viktigt att rätt diagnostisera förvirringstillstånd hos äldre, eftersom de ofta beror på en sjukdom, som går att behandla. De kan då restlöst gå tillbaka.

### 1.5.9 Neuroser

Neuroserna är psykiska störningar som inte på samma sätt som psykoserna förändrar eller rentav destruerar personligheten i dess helhet. Någon allvarligare svikt av realitetsanpassningen föreligger ej. Man anser att neuroserna även om de manifesterar sig först i vuxen ålder grundlagts i barndomen genom ogynnsamma miljöinflytelser hos därför känsliga individer. Vid tolkning av neurotiska störningar är det ofta fruktbart att tillämpa en psykodynamisk modell. Man tänker sig då att det föreligger en konflikt mellan oförenliga behov, samt att denna konflikt "trängts bort" ur medvetandet. Den kan manifestera sig som en oklar, föremålslös ångest men oftare träder vissa "försvarsmekanismer" i kraft. Neuroserna kan indelas på olika sätt och gränserna mellan olika typer är i hög grad flytande. En vanlig indelning är den i *symtomneuroser* och *karaktärsneuroser*.

### *Symtomneuroser*

Symtomneuroserna ger sig tillkänna genom speciella avgränsade symtom som upplevs besvärande av vederbörande. Alltefter de mest framträdande symtomen talar man bl. a. om ångestneuros, fobisk neuros, tvångsneuros och hysteri. Om sexuella rubbningar som frigiditet och impotens är framträdande talar man om sexualneuroser.

*Ångestneurosen* är den vanligaste neurosformen. Som framgår av namnet är ångesten det dominerande symtomet och kan vara av varierande intensitet. Ibland yttrar den sig i panikanfall. Ofta åtföljs anfallen av kroppsliga symtom som smärtor i hjärttrakten, hjärtklappning, andnöd, tryck över bröstet, svindel och svimningskänsla.

Med *fobi* menas en oresonlig rädsla i en bestämd situation eller för ett bestämt föremål. Ett exempel är rädsla för knivar och andra vassa föremål. Andra exempel är rädsla för öppna platser (agorafobi) och rädsla för tillstängda rum (klostrofobi). Fobien kan tolkas som försvar mot ångest. Genom att undvika det "farliga" föremålet eller situationen hålls ångesten borta. Fobiska tillstånd innebär många gånger ett betydande lidande som i vissa fall kan invalidisera den sjuke.

*Tvångsneuroserna* karakteriseras av tvångsföreställningar (obsessioner) och/eller tvångshandlingar (kompulsioner). I det förra fallet rör det sig om tankar och föreställningar som med stark olust tränger sig på under en känsla av tvång. Om tvångshandlingar talar man, när den sjuke upprepade gånger måste företa sig bestämda handlingar för att undgå en ångest av icke uthärdlig styrka. Typiska exempel på tvångshandlingar är tvättvång och kontrolleringstvång. Den sjuke inser och plågas av det orimliga och oriktiga i sina tankar och handlingar men kan ändå ej frigöra sig från dem. Symtomen kan vara relativt lindriga men också mycket svåra och högradigt invalidiserande.

Termen *hysteri* har en lång historia och har använts i olika betydelser. Här skall endast nämnas två tillstånd, konversionshysteri och vissa klyvnings-symtom ("dissociativ" hysteri).

Vid konversionshysteri föreligger kroppsliga symtom såsom förlamningar, kramper, känslolöshet, blindhet eller oförmåga att tala utan att det finns någon organisk sjukdom, som kan förklara dessa symtom. De är i stället psykiskt betingade och kan tolkas som manifestationen av att det hos individen finns en ångestladdad konflikt, vilken trängts bort och blivit omedveten. Den har "konverterats" till kroppsliga symtom, och ångesten hålls på detta sätt borta. Patienten är ofta – åtminstone ytligt sett – ganska belåten och indifferent inför sina symtom, och saknar helt insikt i den psykiska bakgrunden till dem. Det finns alltså vissa psykosliknande drag i bilden – men de är begränsade till sådant som har med konflikten och symtomen att göra.

Vid hysteri med klyvningssymtom har vissa upplevelser helt trängts bort och kan inte aktualiseras. Det kan t. ex. föreligga en hysterisk amnesi för vissa händelser eller för en viss tidsperiod. En person kan t. ex. försvinna från sitt hem och under kortare eller längre tid irra omkring eller föra ett till synes " normalt " liv men under annat namn eller på annan plats för att plötsligt "vakna" och återfinna sin gamla personlighet med total amnesi för vad som hänt under mellantiden. Tillståndet liknar i många avseenden epileptiska



fugues, men organiskt underlag saknas (se s. 83). Medan flertalet neurosformer saknar rättspsykiatriskt intresse kan det hända att en person begår lagstridiga handlingar under ett sådant hysteriskt undantagstillstånd. Till gruppen av hysteriska reaktioner räknas även s. k. Gansersyndrom (se s. 77).

Det bör påpekas att hysteriska beteenden ingalunda utesluter en hjärnskada. Tvärtom – hjärnskadade personer har ofta en benägenhet just för hysteriska reaktioner.

### *Karaktärsneuroser*

Karaktärsneuroserna skiljer sig från symtomneuroserna framför allt genom att de neurotiska dragen och beteendena är så att säga "inbyggda i karaktären". Medan den som har en symtomneuros – t. ex. en fobi eller tvångsneuros – upplever sina symtom som störande och jagfrämmande, upplever karaktärsneurotikern sina neurotiska drag som mer eller mindre självklart "naturliga" för honom. Man kan beskriva många olika typer av karaktärsneuros. Gemensamt för dem är att starka inre konflikter får en ångestdämpande skenlösning i det neurotiska beteendet. Detta hämmar individens möjlighet att använda intellekt, känslor och fantasi och hindrar därigenom en friare personlighetsutveckling samt stör kontakten med andra människor. Ett exempel är "aggressionshämmande" personer, som är extremt rädda för sin egen aggressivitet och därför är överdrivet – och onaturligt – vänliga, ödmjuka och angelägna om att vara till lags. Ett annat exempel är personer, som kompenserar sin inre osäkerhet genom rätlinjig, ja träaktig korrekthet och pedantisk noggrannhet. Den sexuellt hämmande kan utveckla ett överdrivet och fanatiskt pryderi. I sin patetiska kamp mot t. ex. pornografi får han en sorts tillfredsställelse inte bara för sin dygd utan även för sin sexualitet.

Karaktärsneurotikern är oftast en socialt mycket väl anpassad person, men kriminella handlingar kan ibland förekomma. Detta gäller t. ex. om hämningarna av någon anledning plötsligt lossnar, vilket kan leda till impulsgenombrott av psykoskaraktär.

#### *1.5.10 Personlighetsstörning. Persona pathologica (patologisk personlighetstyp). Psykopati*

I socialstyrelsens förteckning över "Mentala rubbningar" finns en grupp persona pathologica (patologisk personlighetstyp). Definitionsmässigt utesluts ur gruppen sådana fall, där det finns en känd, somatisk orsak, t. ex. en hjärnskada på grund av infektion, trauma eller åldrande. De skall dessutom inte kunna klassificeras vare sig som psykos eller neuros (jfr. nedan). Gruppen indelas i undergrupper: paranoidea, affektiva, schizoida, explosiva, anankastiska, hysteriska, asteniska, antisociala, immatura samt "övriga". Den omfattar sålunda en rad, mycket olikartade tillstånd, som endast har det gemensamt att de karakteriseras av ett relativt permanent reaktionssätt, som tidigt manifesterat sig och som avviker från det "normala" på sådant sätt, att det leder till svårigheter eller lidande antingen för individen själv eller för andra. Utan att binda sig för omfattningen av begreppet vill

kommittén som samlingsbeteckning för starkt avvikande, habituella reaktionssätt använda termen "personlighetsstörning" (synonym med "abnorm personlighet").

Termen "psykopati" förekommer ej i listan. Det är emellertid viktigt att framhålla, att den flitigt använts och används, inte minst i rättspsykiatrisk praxis – tyvärr med mycket växlande innebörd. Man kan urskilja två huvudbetydelser. Termen används sålunda ibland som en samlingsbeteckning med samma eller liknande innehåll som "persona pathologica" och ibland mera specifikt med ungefär samma innebörd som "antisociala" inom denna grupp. Det är med hänsyn till dessa växlingar i betydelsen inte förvånande, att termen råkat i vanrykte. På senare år har den emellertid – internationellt sett – kommit att få en renässans i samband med att man gjort en begreppsmässigt skarpare avgränsning på basen av omfattande psykologiska och även psykofysiologiska undersökningar. Dess innebörd är besläktad men ej identisk med gruppen "antisociala".

Kommittén använder termen "psykopati" endast i den moderna, begränsade meningen.

### *Historik*

För bättre förståelse av begreppen "personlighetsstörning" och "psykopati" är en historisk återblick av värde. Enligt Pichot (1975) kan man urskilja tre utvecklingslinjer.

Den ena har som utgångspunkt vissa antisociala eller asociala beteenden och hade sitt upphov i Frankrike, där Pinel 1809 beskrev ett tillstånd, "manie sans délire" (vilket ungefär betyder "sinnessjukdom utan vanföreställningar") dominerat av en "instinct de fureur", plötsliga och omotiverade vredesutbrott utan intellektuella störningar. Intressant är, att Pinel tolkar tillståndet som antingen beroende på dålig uppfostran eller på en abnorm, odisciplinerbar disposition – en diskussion av miljö contra arv som alltjämt pågår beträffande psykopati. Hans efterföljare Esquirol beskrev 1838 en "folie morale", karakteriserad av rubbningar i vilje- och känslolivet utan påverkan av intelligensen. – I England präglade Pritchard 1835 termerna "moral insanity" och "moral imbecillity". En del fall med dessa diagnoser skulle i dag kunna få beteckningen "psykopati".

En annan riktning har sökt definiera särskilt ömtåliga, vulnerabla personligheter, till en början med utgångspunkt från den under 1800-talet så populära degenerationsläran. Väsentlig i denna är doktrinen om förvärvade egenskapers ärftlighet och den har därför huvudsakligen rent historiskt intresse. Magnan beskrev emellertid ett tillstånd, "déséquilibre mental" (ungefär "själslig jämviktsstörning" – bristande jämvikt mellan "förstånd", "känsloliv" och "vilja") som kom nära "moral insanity" men dessutom karakteriserades av en speciell ömtålighet eller svaghet, nämligen benägenhet för akuta, paranoida reaktioner.

Utvecklingen i Tyskland har skett på ett sätt, som varit av särskilt stor betydelse för svensk uppfattning och terminologi. 1888 introducerade Koch termen "Psychopathische Minderwertigkeiten" (snarast "psykopatisk svaghet" eller "psykopatiska minusvarianter"), vilken han ger en mycket vidsträckt definition:



"Under termen "Psychopathische Minderwertigkeiten" inbegriper jag alla psykiska anomalier, både medfödda och förvärvade, som påverkar individen i hans personliga liv, som inte ens i de allra svåraste fallen är psykiska sjukdomar, men som även i de lindrigaste fallen hindrar att den individ, som företer dessa anomalier, kan anses vara fullt psykiskt normal och funktionsduglig".

Dessa tillstånd utgör enligt Koch ett gränsområde mellan psykisk sjukdom och normalitet. I likhet med Magnan anser han att personer med "Psychopathische Minderwertigkeiten" är bräckliga och benägna för övergående psykotiska tillstånd. Däremot är antisocialt beteende inte karakteristiskt även om det kan förekomma.

För svensk psykiatri har Kurt Schneiders arbete "Die psychopathischen Persönlichkeiten" från 1923 varit mycket betydelsefullt. Hans definition är åtminstone skenbart enkel: "Psykopatiska personligheter är sådana abnorma personligheter, som själva lider av sin abnormitet eller av vars abnormitet samhället lider". Alla psykopatiska personligheter är alltså abnorma, dvs. "variationer, avvikelser från ett genomsnittsintervall av mänskliga personligheter, som föresvävar oss utan att närmare kunna bestämmas". Det är mycket viktigt, att Schneider (liksom Koch) inte låter antisocialitet eller ens benägenhet för sociala anpassningsstörningar ingå i sin definition: "Psykopaten är en individ, som i sig och även utan hänsyn till de sociala följderna, är en från genomsnittet avvikande personlighet".

Schneider uppfattar psykopati som ett väsentligen medfött, anlagsbetingat reaktionsätt, även om det kan tänkas modifierat genom inverkan av familjemiljö, uppfostran och erfarenheter. Han beskriver tio typer av psykopatisk personlighet: hypertyma, depressiva, självosäkra, fanatiska, självhävdande, stämningslabila, explosiva, känslökalla, viljelösa och asteniska. Någon direkt motsvarighet till det engelska "moral insanity" och det franska "déséquilibre mental" finns inte. För dessa grupper karakteristiska drag kan emellertid spåras i beskrivningarna av de stämningslabila, känslökalla och viljelösa. Liksom flera andra dåtida psykiatrer använde Schneider ej neurosbegreppet. För honom är endast psykoserna sjukdomar. Tillstånd som nu brukar betecknas neuroser kallar han "Erlebnisreaktionen" (ungefär "reaktiva tillstånd") eller låter dem ingå i "Psychopathische Persönlichkeiten". I senare fallet kan man säga, att han tolkar dem som manifestationer av en statisk, avvikande reaktionsbenägenhet i stället för att som de dynamiska psykiatrerna och psykologerna lägga vikt vid utvecklingen av neurotiska störningar hos individen.

Pichot framhåller, att den nuvarande, i många hänseenden terminologiskt och även begreppsmässigt förvirrade situationen har att göra med motsättningen mellan begrepp, som tar fasta på sociala anpassningssvårigheter ("manie sans délire", "moral insanity"), respektive begrepp som omfattar dessa avvikelser men även en rad andra, som leder till lidande för individ eller samhälle (Schneiders "Psychopathische Persönlichkeiten"). "Psykopati" har särskilt i anglosaxiskt språkbruk kommit att användas som beteckning på antisocial personlighetsstörning, trots att det i tyskt språkbruk haft vida större omfång. Den tyska termen har kommit att appliceras på ett begrepp av engelskt ursprung. I England ger t. ex. "Mental Health Act" från 1959 följande definition: "I denna lag betyder psykopati en bestående psykisk störning eller insufficiens (vare sig den innefattar psykisk utvecklingsstör-

ning eller ej), som leder till abnormt aggressivt eller höggradigt ansvarslöst beteende, och som erfordrar eller är mottaglig för medicinsk behandling”.

Ett försök att mera direkt anknyta diagnostiken av vissa abnorma personligheter till deras sociala anpassningsstörningar gjordes av Partridge (1930), som lanserade beteckningen ”sociopati”. Denna har i betydande utsträckning använts i USA, vanligen synonymt med ”antisocial personality” men har varit mindre populär i Sverige. Termen användes av en arbetsgrupp, som 1968 till den s. k. regionvårdskommittén avgav en promemoria ”Förslag angående vårdorganisation för sociopater”. Den kritiserades emellertid av bl. a. socialstyrelsen. I den s. k. AÖV-gruppens promemoria 1971 (se s. 299) användes i stället beteckningen ”särskilt vårdkrävande patienter”. Detta blev snarare ett administrativt än ett medicinskt eller psykopatologiskt begrepp. Man avsåg därmed patienter för vilka utformandet av vården måste ske under hänsynstagande till såväl behovet av rehabiliteringsfrämjande åtgärder som till kravet på samhällsskydd.

I Sverige har den terminologiska förvirringen varit och är betydande. Termen psykopati har använts i de mest skiftande betydelser. Ibland har den använts endast på dem, som visat ett kriminellt eller åtminstone påtagligt antisocialt eller störande beteende, men ibland såsom omfattande hela gruppen av abnorma personligheter. Termen har sålunda använts såsom beteckning för allsköns psykiska avvikelser såsom pre- och postpsykotiska tillstånd, symtom- och karaktärsneuroser och hjärnskadebetingade personlighetsförändringar. Såsom psykopater har betecknats rent subkulturellt kriminella, på vilka en medicinsk diagnos ej alls varit berättigad. Det är mot denna bakgrund inte underligt, att man velat avskaffa termen (Kinberg, 1946, och Gerle, 1947).

### *Personlighetsstörningar*

Det behövs en term för att beteckna sådana personlighetsavvikelser, som inte väsentligen karakteriseras av intellektuell utvecklingsstörning, psykos, neuros eller hjärnskadebetingad psykisk störning. Kommittén använder, som redan nämnts, termen personlighetsstörning, som väl motsvarar *personopathologica* (patologisk personlighetstyp) i socialstyrelsens klassifikation 1968 och ”Personality disorders” i WHO:s ICD 8 och i ”American Psychiatric Association’s” (”APA:s”) diagnostiska och statistiska manual för psykiska sjukdomar. APA:s indelning är inte identisk med socialstyrelsens och WHO:s, men likartad (hysteriska, passivt-aggressiva, antisociala, explosiva, wkhlothyma, schizoida och paranoïda personligheter).

### *Psykopati. Antisocial personlighetsstörning*

Av särskilt rättspsykiatriskt intresse är gruppen ”antisocial personlighetsstörning” (”Antisocial personality”). Den definieras i APA:s manual på följande sätt:

”Denna term är reserverad för individer, som från barndomen saknar social anpassningsförmåga och vars beteende gång på gång bringar dem i konflikt med samhället. De är oförmögna att visa verklig lojalitet mot individer, grupper eller sociala värden. De är höggradigt själviska, okänsliga, ansvarslösa och impulsiva samt



oförmögna att erfara skuld känslor eller att lära genom erfarenhet eller som följd av straff. Deras frustrationstolerans (förmåga att uthärda motgångar eller besvikelser) är låg. De är benägna att lägga skulden på andra för sitt beteende eller rationaliserar det på ett plausibelt sätt. Enbart en anamnes med upprepade lagbrott eller sociala förseelser räcker ej för att berättiga diagnosen”.

Denna definition ger en god beskrivning av ett visst personlighetsmönster, vilket är väl igenkännbart och vanligt hos kriminella. Det är dock en svaghet, att kriminalitet eller åtminstone uttalade sociala anpassningsstörningar ingår som en visserligen inte tillräcklig men dock nödvändig förutsättning för diagnosen. Det finns personer, som visar samma personlighetsutveckling men som klarat sig undan öppna kollisioner med rättvisan, t. ex. därför att de skyddats av inflytelserika familjemedlemmar. Om gruppen skall innefatta även icke-kriminella är beteckningen ”antisocial personlighetsstörning” mindre lämplig. Detta torde vara ett av skälen till att termen ”psykopati” åter kommit till användning, särskilt i anglosaxisk, men även i skandinavisk forskning.

En mycket god, sammanfattande beskrivning av psykopati har gjorts av Hare (1970):

”Psykopaten (sociopaten) är en impulsiv, ansvarslös, hedonistisk, ”två-dimensionell” person, som saknar förmåga att uppleva sådana normala, känslomässiga komponenter i mellanmänskligt beteende som skuld, ånger, empati, tillgivenhet och äkta omsorg om andras väl. Trots att han ofta kan ge intryck av normala känslomässiga reaktioner och visa vad som tycks vara känslomässiga bindningar, förblir hans sociala och sexuella relationer till andra både ytliga och krävande. Hans omdöme är klen, och han tycks vara oförmögen att uppskjuta tillfredsställelsen av sina aktuella behov, oberoende av konsekvenserna för honom själv och andra. Som en följd av detta råkar han ofta i besvärliga situationer; när han försöker klara sig ut ur sina svårigheter producerar han ofta en invecklad och motsägelsefylld väv av lögn och rationaliseringar kopplade med teatraliska och ibland övertygande förklaringar, uttryck för ånger samt löften att bättra sig. Många psykopater är i hög grad känslolöst aggressiva och kamplystna; andra är mer typiskt parasiterande eller passivt manipulerande samt förlitar sig på ledigt utförda verklighetsförfalskningar, ytlig charm och ett sken av att vara hjälplöst oförmögna att skaffa sig vad de behöver”.

Många beskrivningar av personlighetsstörningar förefaller vara ganska ytliga konstruktioner, baserade på några iögonfallande drag i beteendet. Detta gäller både om åtskilliga av Schneiders typer och om dem, som räknas upp i socialstyrelsens ”Klassifikation av sjukdomar 1968.” Det verkar emellertid som om man nu var på väg att isolera ett syndrom ”psykopati”, där det gemensamma är några mera fundamentala personlighetsfaktorer och vissa basala reaktionsbenägenheter som tycks vara förankrade i bestämda centralnervösa, funktionella dispositioner. I så fall skulle syndromet kunna betecknas som ”naturligt” och inte vara endast en godtycklig, deskriptiv konstruktion. Inom detta område har en omfattande forskning bedrivits under de senaste årtiondena, bl. a. i Sverige. Fundamentala psykologiska drag har visats vara en bristande förmåga att lära in och utöva kontroll av det egna beteendet. Inre spänningar löses inte genom adekvat bearbetning, ej heller genom neurotiska mekanismer utan genom spontant utagerande. Detta försätter ofta psykopaten i obehagliga situationer, något som han dock ej drar lärdom av i fortsättningen. Detta sammanhänger i sin tur med en oförmåga

att "antecipera" ett obehag. Det har visats att de psykofysiologiska reaktionerna inför ett hotande smärtstimulus är vida svagare hos psykopater än hos andra. Vissa iakttagelser, bl. a. i EEG, tyder på att psykopater karakteriseras av en i viss mening låg vakenhetsgrad (låg "cortical arousal"). Detta skulle kunna förklara deras behov av starka sensationer, omväxlande och dramatiska upplevelser, som höjer vakenhetsgraden, liksom deras ovanligt goda tolerans för starka, obehagliga sensationer såsom smärta. Å andra sidan har de mycket dålig tolerans för stimulusbrist, t. ex. i samband med isolering ("enrumsbehandling"). De utvecklar då lättare än andra panik- eller förvirringstillstånd.

Den stora skillnaden mellan den psykiska strukturen och dynamiken vid neuroser och vid psykopati (i nyss angiven mening) har särskilt framhållits av Vangaard (1968). Neurotikern och psykopaten löser sålunda inre spännings- och ångeststillstånd på fundamentalt olika sätt. Neurotikern utvecklar symtom (t. ex. konversionshysteri, hypokondri, tvångstankar och tvångshandlingar), som han själv lider av, upplever som främmande, eventuellt som sjukliga och söker ofta själv läkare för sina besvär. Psykopaten utvecklar inte symtom av denna typ. Han handlar i stället och tillfredsställer därigenom sina behov och önskningsar, något som han upplever som uttryck för den egna viljan, inte som något främmande eller oriktigt. Hos neurotikern föreligger en stark inre konflikt mellan behov och olika slag av hämningar – sociala och etiska. Detta resulterar i symtom i stället för adekvata lösningar. Hos psykopaten saknas förmåga att utveckla just dessa hämningar. Detta resulterar i ett skrupelfritt, eventuellt också spontant och oöverlagt agerande.

Särskilt inom ungdomspsykiatri och inom dynamisk psykiatri används beteckningen "primär karaktärsstörning" i ungefär samma betydelse som psykopati i nyssnämnda begränsade mening. Kommittén avstår från att använda även denna term.

*Orsakerna till psykopati* är föga kända. Det rör sig om ett personlighetsmönster, ett reaktionssätt, som kan iaktas redan tidigt i barndomen. En del undersökningar tyder på att vissa tidiga miljöskador, särskilt längre tids frånvaro av moder eller av modersfigur, skulle disponera för uppkomsten av psykopati. Att total isolering tidigt under uppväxten kan ge upphov till bestående rubbningar i det sociala beteendet hos apor har visats bl. a. av Harlow. Djuren visar ett i vissa hänseenden psykopatliknande, okontrollerat beteende. Isoleringen har emellertid i dessa fall varit extrem.

Enligt flera nyare undersökningar är arvet faktorer av betydelse. Bl. a. har Schulsinger (1972) i Danmark visat, att frekvensen av psykopater bland biologiska släktingar till adoptivbarn med psykopati var högre än inom den adopterande familjen, där den låg på samma nivå som bland biologiska släktingar till icke-psykopatiska adoptivbarn och i deras adopterande familjer. Detta betyder naturligtvis inte att miljöfaktorer under uppväxten skulle vara utan betydelse. Tvärtom, i familjer med kriminalitet i den äldre generationen blir den yngre lätt offer för en olycklig samverkan av genetiskt och socialt arv. Å andra sidan behöver subkulturell kriminalitet naturligtvis inte vara förenad med psykopati.

Betydelsen av tidiga, svårdiagnostiserade, relativt lindriga hjärnskador för uppkomsten av psykopati är omdiskuterad. Det är emellertid inte osannolikt,



att sådana skador kan vara av betydelse i en del fall. Härför talar bl. a. att barn med "minimal brain dysfunction", som ofta bottnar i en hjärnskada, oftare än andra tycks utvecklas till psykopater, kanske indirekt genom att provocera omgivningen till för dem själva ogynnsamma beteenden. Det är emellertid vanligt att för sådana fall, där en känd orsak till ett psykopatiskt beteende – t. ex. en hjärnskada – kan påvisas, använda beteckningen "pseudopsykopati".

*Behandlingen* vid psykopati är ett komplicerat problem. Primärt är det inte individen själv, som lider av tillståndet, utan andra personer. Psykopaten är i regel mera benägen att söka orsaken till de lidanden som drabbar honom i omgivningen än hos sig själv. Han är alltså i regel inte motiverad att ändra sitt reaktionssätt. Själv söker han psykiatrisk hjälp endast i akuta krisituationer. Med hjälp av farmaka och/eller krisintervention kan man hjälpa honom igenom det akuta tillståndet, men på frivillig bas är det svårt att åstadkomma någon bestående förändring. Försök till behandling av tvångsmässigt omhändertagna, kriminella psykopater bör dock göras, vare sig det nu skall ske inom kriminal- eller sjukvårdens ram.

Eftersom det mesta av psykopatens problem omfattar konflikter med samhället i stället för personliga obehag bör miljöterapeutiska åtgärder – mer eller mindre djupgående och omfattande – prövas. Behandlingsmiljön bör vara positiv men disciplinerad. Olika psykoterapeutiska grupp- och individualbehandlingsprogram bör kombineras med arbetsträning, yrkesutbildning och andra sociala åtgärder. Behandlingsprogrammet måste individualiseras och göras flexibelt. Det kräver också en uppoffrande och hängivet arbetande, vältränad stab. Medelvärdetiden för en framgångsrik behandling i svåra fall har av Stürup (1964) uppskattats till mellan tre och fem år. Utskrivningen i samhället bör ske successivt, och vederbörande bör ej ges större frihet än han har förutsättningar att klara. Förutsättningen för ett tillfredsställande behandlingsresultat är också en välorganiserad och välfungerande eftervård.

Förloppet vid psykopati kan vara växlande. Tyvärr kompliceras det ofta genom missbruk av alkohol eller narkotika. Även i utpräglade fall kan man i förloppet se en del svängningar i beteendeavvikelseernas intensitet. I en del fall synes dessa ha samband med miljöförändringar, men ej sällan synes spontana förändringar kunna förekomma. Vid högre ålder tycks psykopatens kriminella beteende avta, och en förbättring av den allmänna sociala anpassningen sker (Strömberg, 1975).

Det är svårt att göra en tillförlitlig utvärdering av behandlingsresultat vid psykopati. Detta sammanhänger med att undersökta material ej sällan varit heterogena och inkluderat neuroser och personer med begynnande eller genomgången psykos. Institutioner med specialresurser för psykopatbehandling har dock med avseende på behandling i syfte att förebygga kriminalitet redovisat bättre resultat i behandlade än i obehandlade grupper (se exempelvis Whiteley, 1970). Det finns således erfarenheter som tyder på att man i viss utsträckning har överbetonat den pessimistiska prognosen vid psykopatiskt beteende.

### *Abnorm personlighet utom psykopati*

Då begreppet psykopati ges ett sådant, relativt snävt omfång som i föregående avsnitt, avser det endast en av många former av personlighetsavvikelser. Oenigheten om lämplig klassifikation är stor, och undergrupperna av "persona pathologica" i socialstyrelsens "Klassifikation av sjukdomar" (1968) är en provkarta på olika indelningsprinciper. Gränsen mellan de olika typerna är oskarp, och man har god användning för de kategorier, som skall omfatta "övriga".

Forskning pågår i avsikt att finna mera fruktbara indelningsgrunder eller att åtminstone isolera några mera enhetliga syndrom. De allsidiga psykiatriska, psykologiska, psykofysiologiska och genetiska studierna av psykopatisyndromet har avsevärt bidragit till att göra detta till ett mera innehållsrikt och fruktbart begrepp. Andra syndrom torde kunna isoleras på liknande sätt.

#### *1.5.11 Tvångsmässiga driftshandlingar*

##### *Sexuella avvikelser*

Avgränsningen mellan "normala" och "avvikande" eller "abnorma" sexuella beteenden beror främst på kulturella faktorer. En hel rad sådana beteenden har varit straffbelagda av religiösa skäl (t. ex. incest, homosexualitet och tidelag) även om de ej inneburit kränkning av annans frihet. Härvid har vissa beteenden, t. ex. homosexualitet, haft att passera en period, då de betraktades som sjukliga eller abnorma och sluten psykiatrisk vård ansågs påkallad, innan de kommit att accepteras. I sexualbrottsutredningens betänkande "Sexuella övergrepp" (SOU 1976:9) föreslås i enlighet härmed avkriminalisering av sexuella handlingar, som inte innebär kränkning av vuxen persons frihet eller utnyttjande av barn.

Vissa sexuella handlingar – både kriminella och icke-kriminella – har emellertid en klart psykopatologisk bakgrund. Denna kan variera avsevärt i olika fall. Det kan som vid psykopati röra sig om en outvecklad förmåga till driftskontroll. Det kan också röra sig om minskning av förmåga till kontroll på grund av hjärnskada eller hjärnsjukdom, eller om mer eller mindre personlighetsfrämmande, starkt tvångsmässiga driftshandlingar på basen av neurotiska störningar. Den rättspsykiatriska bedömningen kan i sådana fall bereda avsevärda svårigheter, på sätt närmare utvecklas i avsnitt 7.8 (se även Holmstedt 1976).

##### *Kleptomani och pyromani*

Vissa kriminella handlingar är orsakade av sjukligt betingade impulser, som har karaktär av tvångsmässig drift. Om det rör sig om upprepade tillgreppsbrott med denna mekanism talar man om kleptomani. Handlingen kan hos en starkt ångestfylld person verka spänningslösande. Vid den äkta kleptomani är det endast själva handlingen att stjäla som har intresse, medan ägandet är betydelselöst. Hos kvinnor kan själva tillgreppshandlingen ge upphov till starka sexuella lustkänslor. Även eldsanläggelse kan ha karaktär av tvångsmässig drift och har då en tendens att upprepas. Detta betecknas



som pyromani. Även vid pyromani kan det sexuella momentet vara framträdande. Det bör påpekas, att termen "mani" i dessa sammanhang användes i helt annan betydelse än då det användes för att beteckna "mani" inom gruppen affektiva sjukdomar.

Vissa rättspsykiatriska problem i samband med bedömningen av tvångsmässiga driftshandlingar behandlas i avsnitt 7.8.

### 1.5.12 Beroendesjukdomar

#### *Inledning*

Vissa kemiska medel kan framkalla upplevelser som en person får behov av att återuppleva. Kontakt med ett sådant medel kan leda till svåra och driftsmässiga former av beroende. Bland beroendeframkallade medel ingår såväl sådana med dämpande eller sövande verkan som sådana med aktiverande effekt. Alkohol, det vanligaste beroendeframkallande medlet, har verkningar som alltefter dosen och andra omständigheter kan ge upplevelser av både stimulerande och dämpande slag. Övergången till beroendet sker via en missbruksfas, under vilken individen har förmåga att viljemässigt styra sitt begär efter medlet. Så småningom går denna kontrollfunktion förlorad och vederbörande upplever ett alltmera tvångsmässigt behov efter att uppnå medlets verkan. Vid de flesta narkomaniformer förekommer det att vederbörande undan för undan behöver ta större mängder av ämnet för att uppnå den eftersträlvade verkan. Det har i organismen uppstått tolerans mot medlet i fråga och en fysiologisk anpassning till drogtillförseln har skett. Om gifttillförseln i sådana fall minskar eller helt avbryts kan det utvecklas svåra abstinenssyndrom med såväl fysiska som psykiska symtom. I vissa svåra fall kan dessa vara livshotande. Arten och svårhetsgraden av abstinenssymtomen beror såväl på medlet ifråga som på den uppnådda dosen. Ett annat fenomen vid dessa beroendesjukdomar är den s. k. korstoleransen. Härmed menas att det har uppstått tolerans inte bara för det missbrukade medlet utan även för andra medel med farmakologiskt likartad verkan. Varje människa – med eller utan psykiska särdrag – som använder ett beroendeframkallande medel löper risk att utveckla ett beroende. Det förekommer dock individuella olikheter i detta avseende. Den beroendeframkallande effekten varierar dessutom mellan olika medel. Vissa medel skapar mycket snabbt ett beroende, medan andra, exempelvis alkohol, kräver årslång användning för att tillvänjning skall uppstå. Även doseringen av det tillförda medlet har betydelse för hur snabbt beroendet utvecklas. Man gjorde tidigare en uppdelning mellan fysiskt och psykiskt beroende. Numera anser man dock att beroendet har både fysiska och psykiska sidor som inte går att skilja åt. I vissa fall är dock de fysiska vegetativa komponenterna i beroendet lättare att iaktta än de psykiska och vice versa.

Orsakssammanhanget vid alla missbruksformer är komplicerat. Några säkra svar på sådana väsentliga frågor som varför en person börjat missbruka, varför han fortsätter och inte kan sluta, även om han vill, har vi för närvarande ej. Personer med psykiska störningar med eller utan samband med sociala svårigheter anses dock vara disponerade för missbruk. Ett missbruk kan således utvecklas sekundärt till sådana störningar. Särskilt är detta fallet vid neurotiska och psykopatiska tillstånd. Smärtsamma kroppsliga sjukdomar kan vara en anledning till att en person kommer i kontakt med ett

medel som är starkt beroendeframkallande och på grund härav utvecklar ett mer eller mindre svårt missbruk. Missbruket kan dock i vissa fall vara primärt, och påvisbara psykiska störningar sekundära. Ett exempel härpå är alkoholism som uppkommit till följd av "sällskapsdrickande". Ett annat är narkotikamissbruk som uppkommit till följd av att vederbörande kommit i kontakt med en grupp med missbruksvanor och själv av nyfikenhet prövat ett medel. Huruvida ett missbruk är primärt eller ej torde i det enskilda fallet vara svårt att avgöra.

Det är viktigt att hålla i minnet att en fullt utvecklad narkomani är ett självständigt tillstånd med sin egen automatik helt fri från de psykologiska och sociala problem som eventuellt kan ha initierat missbruket. Tillståndet är svåråtkomligt och återfallsfrekvensen är stor även vid välbehandlade fall. En olöst fråga är orsaken till den "droghunger" som narkomaner upplever även efter lång tids giftfrihet. En biologisk teori som förklaring härtill är att missbruket orsakat en långvarig, kanske permanent förändring i centrala nervsystemet. Denna förändring är underlaget till droghungern. Även en psykologisk förklaringsmodell har framförts.

Oavsett vilka teorier man har om orsaken bakom narkomanikomplexet är det ofrånkomligt att medlets tillgänglighet är av avgörande betydelse såväl för att initiera som för att vidmakthålla ett missbruk. Den kriminalitet som narkomanen gör sig skyldig till är ofta intimt förknippad med missbruket. En adekvat genomförd behandling är därför av stort brottsprofylaktiskt värde.

Alkohol är vårt mest utbredda beroendeframkallande medel. Ett alkoholmissbruk kan särskilt hos yngre personer i tiden föregå ett narkotikamissbruk. Inte sällan kompliceras en långt gången alkoholism med läkemedelsmissbruk. Etablerade narkomaner kan övergå till alkohol, när annan gifttillförsel stryps, och många missbrukare använder växelvis alkohol och narkotika. Traditionellt brukar man dock skilja mellan alkohol och övriga beroendeframkallande medel. En av anledningarna härtill torde vara att samhällets attityd till alkohol är tolerant i motsats till vad fallet är beträffande narkotika. Detta torde i varje fall gälla för västerländska samhällen. På grund av detta accepterande är alkoholvanorna i en sådan befolkning mer utbredda.

### *Narkomani*

Farmakologiskt kan beroendeframkallande medel andra än alkohol indelas på följande sätt.

*Opiater.* Hit räknas medel som opium, morfin och morfinersättningsmedel, t. ex. metadon, och illegala morfin- och opiumpreparat som morfinbas och heroin.

*Barbiturater* och barbituratfria närbesläktade ämnen som meprobamat och diazepiner som klopoxid och diazepam.

*Amfetamin* och besläktade ämnen.

*Kokain,*

*Hallucinogener.*

*Ämnen av cannabistyp.*

*Andra ämnen som används vid sniffning, exempelvis thinner och tri.*



Man kan också tänka sig en indelning enligt andra grunder. Bejerot (1970) har gjort en socialmedicinsk indelning på grundval av sättet för uppkomsten av läkemedelsmissbruket. Han skiljer här mellan:

1. *Läkemedelsberoende som medvetet etableras av läkare.* I denna grupp ingår patienter med kroniska smärtsamma dödliga sjukdomar. Det viktigaste här är att lindra plågorna. Man måste därför bortse från narkomanirisen.
2. *Läkemedelsberoende som omedvetet etableras av läkare.* Vissa patienter som fått medicin ordinerad exempelvis för värk, sömnlöshet eller nervösa ångest- och spänningstillstånd kan under behandlingens gång utveckla ett beroende som kan vara dolt för den behandlande läkaren. I en del fall kan också vederbörande själv vara omedveten om det.
3. *Självetablerat läkemedelsberoende.* I denna grupp ingår personer som på egen hand och utan förskrivning av läkare börjar ta ett preparat. Majoriteten av dem utgörs av ungdomsnarkomanerna.

*Opiaterna* karakteriseras av att ett mycket starkt beroende kan utvecklas snabbt, kanske redan inom ett par veckor. Vid intravenös tillförsel uppnås en intensiv euforikänsla, s. k. kick. Vid denna administrationsform inträder beroendet särskilt snabbt. Tendensen till dosökning av medel i denna grupp är betydligt större än vad fallet är vid andra narkotiska medel. En sådan ökning kan också ske snabbt. Svåra narkomaner kan komma upp i doser som är 10–20 gånger den normala dösdosen och mer än 100 gånger en terapeutisk dos. Opiaterna ger också de svåraste och mest plågsamma abstinenssymtomen av alla narkotika. Den kroniska morfinisten måste således ständigt och till varje pris ha tillgång till preparatet för att undgå de svåra abstinensplågorna. Omedelbart efter en intravenös dos inträder det behagliga ruset, varefter morfinisten under en period av några timmar är i ett tillstånd av relativ psykisk balans, innan abstinenssymtomen utvecklas i stigande grad och måste kuperas med en ny dos. Morfinistens dag går i stort sett helt åt till att skaffa preparatet. Medel för att köpa morfinet får han oftast genom kriminella handlingar av olika slag. Genom att organismen vid ett etablerat beroende reagerar med förutsebara symtom, om drogen utsätts, kan man genom en regelbunden tillförsel av en väl avpassad dos hålla morfinisten i ett tillstånd av psykisk balans. Såväl avgiftning som underhållsbehandling vid kronisk morfinism tillgår på detta sätt. I det förra fallet utsätts medlet med så litet obehag som möjligt. I det senare fallet blir behandlingen långvarig, kanske livslång. Abstinensliknande besvär, s. k. pseudoabstinens, kan uppträda även efter lång tids giftfrihet. De kan uppkomma såväl i situationer vilka påminner om det gamla missbruket som i andra emotionellt laddade situationer. Några säkra frekvenssiffror på antalet morfinister i landet finns inte. Eriksson (1975) anger antalet till 700–1 000. Av dessa är dock tre fjärdedelar även missbrukare av andra medel.

Den andra huvudgruppen omfattar *nervlugnande medel och sömmedel*. Tillvänjningsrisken liksom dosökningen är även här stor. Ökningen kan i vissa fall uppgå till 20–40 gånger terapeutisk dos, dock mindre än vid opiatmissbruk, där ökningen kan bli mer än hundrafaldig. Dessa preparat ordinerar i stor utsträckning av läkare vid olika nervösa störningar, och successivt och omärkligt kan ett giftberoende utvecklas under behandlingens

gång. Läkares ansvar när det gäller att uppmärksamma beroenderisken kan ej nog framhållas. Det har också angivits att narkomani på dessa preparat näst alkoholism är den mest utbredda beroendesjukdomen i vårt land och väsentligen ett medelåldersproblem. Det bör också påpekas att missbruk av medel tillhörande denna grupp är en allvarlig komplikation vid kronisk alkoholism. I särskilt hög grad gäller detta barbituratmissbruk. Medlen förekommer också i stor utsträckning i s. k. knarkarkvarter antingen som missbruksmedel eller för att avbryta ett pågående missbruk av centralstimulantia.

Abstinenssymtomen efter utsättning av dessa medel är ofta svåra och riskabla. Man bör eftersträva att göra avgiftningen så ofarlig och så litet plågsam som möjligt, varför medlet successivt bör trappas ner under en period på 2-3 veckor. Med detta förfaringssätt förebygger man svåra komplikationer som krampanfall av epileptisk typ och delirium.

Den tredje huvudgruppen utgöres av *syntetiska centralstimulerande medel*. De har fått sitt namn *centralstimulantia* eller *psykostimulantia* på grund av den stimulerande verkan som de har på centrala nervsystemet. De minskar sömnbehovet och ger en känsla av ökad vakenhet och ökad psykisk aktivitet. De har också förmåga att minska hunger och törstkänslor. En längre tids missbruk medför såväl avmagring som uttorkning. Innan medlens tillvänjande effekt uppmärksammades, användes de på grund av sin hungerreducerande verkan som avmagringsmedel. Den främsta anledningen till att dessa medel missbrukas är den känsla av upprymdhet (eufori) som individen upplever. Medlen anses vid intravenös tillförsel ha en sexuellt stimulerande effekt. Amfetamin var det första syntetiska medlet i denna grupp. Senare har tillkommit andra medel. Den euforiframkallande effekten varierar mellan de olika preparaten. Graden av euforiupplevelse är också beroende av den mängd som intas och inom vilken tidrymd detta sker. Medlet kan administreras antingen genom munnen eller i injektionsform. Genom att spruta preparatet direkt i blodet (intravenös injektion) erhålles en omedelbar effekt som beskrives som en enorm lyckokänsla ("kick"). Verkningarna blir genom injektionen kraftigare och de använda doserna är icke sällan enorma. Tillvänjningsrisken blir i och med detta betydligt större och inträder dessutom snabbare. Beroendet vid denna administrationsform anses i svårhetsgrad vara jämförbar med det i morfingruppen. Det intravenösa missbruket uppträder periodiskt. Under en sådan period, som kan pågå dagar till veckor, injicerar sig narkomanen cirka 4-5 gånger per dygn. Han äter och dricker då obetydligt. De psykiska och somatiska obehagen blir till sist så framträdande, att gifttillförseln tillfälligt måste avbrytas. Detta kan ske med lugnande medel. Efter en återhämtningsperiod kan sedan missbruket återupptas. Utmärkande för dessa medel är att den psykiska tillvänjningen är framträdande och svårbehandlad, medan den fysiska tillvänjningen är obetydlig. Medlen kan utsättas omgående med endast ringa avvänjningssymtom som följd. Dessa kräver ingen speciell behandling. Behandlingsmotivationen vid denna narkomaniform är oftast bristfällig eller saknas helt.

Under påverkan av de höga doserna kan det uppkomma förvirringstillstånd och svåra psykosor med förföljelseudéer som dominerande symtom. Enligt Inghe (1969) får 60 % av intravenösa missbrukare psykosor av denna



typ. Dessa psykoser kan vara av olika svårhetsgrad och mer eller mindre långdragna, dock oftast av övergående natur. Under sådana tillstånd kan missbrukaren gripas av svår ångest och panik och vara en fara för sig själv eller andra. Dessa psykoser uppstår under påverkan av medlet och är ej abstinenspsykoser.

Centralstimulantiemisbruket i Sverige är ett allvarligt socialmedicinskt problem. Sambandet mellan denna narkomaniform och kriminalitet är påtagligt. Det kan vara svårt att avgöra vad som är orsak och verkan i detta samband. Det är emellertid tänkbart att de personlighetsstörningar, som disponerar för missbruket, även disponerar för annan asocialitet. Missbruket synes vara mycket vanligt bland kriminella. Dessutom sker missbruket i gäng, och dessa gäng har en benägenhet att dra till sig nya medlemmar. Problemungdomar utan missbruksanamnes som av olika anledningar kommer i kontakt med sådana gäng kan påverkas att inleda ett missbruk.

De brott som begås av amfetaministen sker ofta under narkotikapåverkan, särskilt våldsbrott och trafikbrott. Amfetaministen begår också egendomsbrott för att skaffa pengar till missbruket.

Den fjärde gruppen utgörs av *kokain*. Det kan administreras genom injektion eller snusas. Det är starkt vanebildande och beroendet utvecklas snabbt. En enda injektion anges vara tillräcklig härför i vissa fall. Någon tolerans utvecklas inte för preparatet. Dosen per injektion behöver således ej ökas, snarast är förhållandet det motsatta. Kokainnarkomanin visar stora likheter med centralstimulantianarkomanin. Liksom fallet är med denna är det psykiska beroendet mest framträdande, medan de fysiska avvänjnings-symtomen är obetydliga. Oftare än vid andra narkomaniformer anges symtom på psykos förekomma här. Det skall framhållas att denna missbruksform aldrig varit särskilt utbredd i Sverige.

I *hallucinogengruppen* ingår LSD och besläktade preparat, som meskalin och psilocybin. Synonyma beteckningar är *psykotomimetika*. Dessa medel kan framkalla hallucinationer och andra psykotiska symtom. Farmakologiskt liknar de mest de centralstimulerande medlen. De kan sålunda ha en stimulerande verkan som kan upplevas som eufori. Verkningarna av de hallucinogena ämnena varierar i hög grad. Gruppinflytelser och den berusades förväntningar och personlighet spelar stor roll för hur påverkan upplevs. Många ungdomar kan tillfälligtvis ha prövat LSD, men få använder det regelbundet. Toleransbildning har påvisats men det är ovisst huruvida abstinenssymtom förekommer eller ej. Risken med användningen av dessa medel är betydande på grund av de bisarra beteenden som medlen kan ge upphov till. Svåra olyckor liksom mord och självmord har inträffat under hallucinogenpåverkan. En omnipotens känsla kan exempelvis föreligga under intoxicationen. Vederbörande anser sig äga övermänskliga krafter, t. ex. att vara i stånd att hejda en framrusande biltrafik med trafikolyckor som följd. De skadliga effekterna av dessa medel indelas på följande sätt.

1. Akuta övergående panikreaktioner som avtar inom ett dygn.
2. Akuta psykotiska episoder med ibland schizofreniliknande symtom. I regel avtar dessa inom några dagar, men i vissa fall kan tillståndet bli långvarigt.
3. Varaktiga personlighetsförändringar kan inträda i sällsynta fall efter en enda dos.

4. Spontan återkommande russensationer, s. k. ekofenomen, kan uppträda dagar till veckor och månader efter sista dosen.

*Cannabispreparaten* haschisch och marihuana anses vara de vanligaste narkotikamissbruksmedlen i världen. De verksamma substanserna i dessa ämnen kallas tetrahydrocannabinoler och har en euforiserande effekt. Cannabis bör betecknas som en hallucinogen. Vid experiment med renframställd tetrahydrocannabinol har man funnit att effekterna vid höga doser är oskiljbara från LSD-effekter. Haschisch är beteckningen på den mer eller mindre rena kåda, som man får från cannabisväxten, medan marihuana är de torkade blommorna och toppskotten. Cannabisväxten är tvåkönad. Endast honblommorna skördas, enär de är avsevärt större än hanväxterna. Haschisch missbrukas antingen genom att det röks i pipa eller förtäres uppblandat i födoämnen. Marihuana röks som sådant eller blandat med tobak. Koncentrationen av de verksamma substanserna tetrahydrocannabinoler varierar mellan olika cannabisberedningar. Dock är halten av de euforiskt hallucinogent verksamma substanserna betydligt högre i haschisch än i marihuana. Haschrökningen medför en ruseffekt som påminner om alkoholen. Variationer i ruseffekten förekommer inte bara mellan olika individer utan även hos samma individ vid olika rustillfällen. Ruseffekterna är svåra att förutsäga. Liksom fallet är vid övriga hallucinogener är verkningarna beroende på miljön där medlet intas, förväntningarna på preparatet liksom personligheten hos den som tar ämnet. Orostillstånd med panikhandlingar kan förekomma under ruset. Huruvida tolerans med dosökning förekommer eller ej är inte helt klarlagt. Troligt är att toleransutveckling ej förekommer. De fysiska abstinensbesvären är obetydliga och kräver ingen speciell behandling.

Cannabispreparaten missbrukas mest i gäng. Gruppbildningen kring missbruket är ett allvarligt socialt problem. Relationsstörningar synes vara vanligt förekommande bland missbrukare, innan missbruket sätter in. Många tycks därefter uppleva en förbättrad känslomässig kontakt med andra i gruppen. Detta kan vara en förklaring till att missbruket fixeras i en del fall, medan det hos flertalet av de ungdomar som av nyfikenhet prövar medlet blir en engångsföreteelse. Ett psykiskt beroende av preparatet föreligger, men frågan om styrkan av detsamma är oklar.

Det har framhållits att cannabis skulle vara inkörsporten till ett missbruk av annan tyngre narkotika. Huruvida så är fallet eller ej är inte klarlagt. Troligt är dock att missbruket leder till kontakt med asociala grupper som använder sig av annan narkotika och att det är miljöomständigheterna som avgör övergång till annat preparat. Det har framhållits att de som attraheras av cannabis har psykologiska och sociala svårigheter i högre grad än icke-missbrukare.

Sambandet mellan cannabis och brottslighet har diskuterats. En förhöjd kriminalitetsfrekvens kan förklaras av att missbrukaren för att finansiera missbruket måste begå kriminella handlingar i större eller mindre utsträckning. Vidare utgör en cannabispåverkad person en trafikfara. Å andra sidan kan det tänkas att samma personlighetsegenskaper som disponerar för missbruk även kan disponera för annan asocialitet, exempelvis kriminalitet. Missbruk av flera olika preparat samtidigt är vanligt och det är svårt att avgöra



ett enskilt preparats betydelse för kriminaliteten.

Det torde emellertid kunna anses säkert att cannabis har skadliga verkningar i flera olika avseenden. Sociala skador har nyss nämnts. Missbruket kan också medföra följande allvarliga medicinska skadeeffekter.

1. Akuta övergående orostillstånd med panikhandlingar som följd.
2. Psykotiska reaktioner av olika slag. Oftast är dessa av övergående natur. I ett flertal fall har dock kroniska psykoser med en symtombild påminnande om schizofreni iakttagits.
3. Depressiva reaktioner av olika svårhetsgrad.
4. Stor risk för mer eller mindre varaktiga personlighetsförändringar med passivitet och indolens.
5. Spontant uppträdande drogeffekter med överklighetskänslor och perceptionsstörningar, s. k. ekosymtom, ibland lång tid efter sista dosen.

I den sjunde gruppen ingår de s. k. *sniffningsmedlen*. Inhalation av olika sorters flyktiga ämnen kan ge upphov till rustillstånd med eufori. Det rör sig om medel som thinner och trikloretylen, ett giftigt lösningsmedel som ingår i många klistersorter. Även bensin har använts. Missbruket sker i gäng främst bland ungdomar i yngre tonåren. Det ökar periodvis men når ingen större spridning. Sniffningen är i regel övergående, och när ungdomarna blir äldre sker övergång till andra missbruksmedel i de fall där missbruk fortsätter. I undantagsfall kan dock missbruket bli kroniskt. Det rör sig i sådana fall som regel om personer med påtagliga personlighetsavvikelser. Denna narkomani-form påminner om alkoholismen. Toleransbildning uppkommer och abstinenssymtomen kan bli påtagliga.

*Riktlinjer för behandling av narkotikamissbrukare* har dragits upp i socialstyrelsens publikation "Behandling av narkotikamissbrukare" (1973). Denna publikation redovisar också olika behandlares erfarenheter från narkomanvården. Behandlingen som den sker idag består dels i ett akut och dels i ett mera långsiktigt omhändertagande. Det förra synes fungera relativt tillfredsställande, medan detta ej är fallet beträffande den långsiktiga behandlingen. I eftervården tvingas man ofta till improvisationer.

Narkotikamissbrukare kan ej beskrivas som en enhetlig grupp med enhetliga problem. En del missbrukare har problem av mer neurotisk art. De kan ha haft långvariga perioder av social skötsamhet och vara motiverade för behandling. Från denna grupp finns alla övergångar till de hårt kriminaliserade, antisocialt identifierade missbrukarna för vilka knappast någon hjälp går att uppbbringa. Olika missbrukare har olika behandlingsbehov och detta kan också skifta under behandlingens gång. För varje missbrukare som kommer under vård bör ett individuellt behandlingsprogram upprättas i samråd med honom själv. Ett sådant program torde emellertid bara genomföras i ett fåtal fall. För flertalet måste man improvisera. Strävandena måste vara differentierade och framförallt realistiska. Viktigt är också att arbeta med kortsiktiga mål. Missbruksfrihet är ett självklart behandlingsmål. Vad beträffar den sociala rehabiliteringen torde man få fastslå att alla ej är rehabiliteringsbara. En grupp kanske ej når längre än till en något så när dräglig tillvaro utanför en institution, eventuellt med olika stödåtgärder för att hålla vederbörande borta från kriminalitet och missbruk. I andra fall kan

man genom successiva delmål nå en total och fullgod social rehabilitering. Drogfrihet under behandlingsprogrammet torde få anses som ett oeftergivligt krav och en förutsättning för att psykoterapeutiska åtgärder skall vara meningsfulla. Initialt behövs kontrollåtgärder av olika slag, låsta dörrar m. m. Successivt kan sådana åtgärder minskas. Kontroll av narkotikaförekomst i urinen kan företas under såväl avgiftning som behandlingsskede. Sådan kontroll kan underlättas genom tillgång till diagnostiska urintest som möjliggör identifiering av olika droger.

Tvångsvård av narkomaner kan ske enligt lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV), barnavårdslagen samt efter domstolsbeslut. Åsikten om tvång i narkomanvården skiftar mellan olika behandlare. De flesta torde dock vara överens om att någon form av tryck eller tvång behövs i vården, icke minst initialt för att motivera för fortsatt vård. Däremot bör i största möjliga utsträckning den mer långsiktiga behandlingen vara frivillig. Under senare år har man diskuterat möjligheten av ett "kontrakt" mellan behandlare och behandlad, bestående i att missbrukaren underkastar sig en tidsbegränsad behandlingsåtgärd som alternativ till påföljd inom kriminalvården. (Se närmare härom s. 333 ff).

Särvård av narkotikamissbrukare har varit föremål för diskussion. Även här är åsikterna delade. Man har bl. a. framhållit spridningsrisken om missbrukare vårdas på vanliga sjukhusavdelningar. Andra har framhållit särvårdens stigmatiserande effekt. Målet bör givetvis vara en integration mellan narkomanivård och samhällets övriga sjuk- och socialvård.

För närvarande måste nog konstateras att spridningsrisken måste beaktas och att någon form av särvård behövs. Vissa sjukhus har också skapat särskilda behandlingsavdelningar för narkomaner. Särvård behöver för övrigt ej innebära nackdelar. Missbrukare har en gruppgemenskap som man kan tillvarata. Positiva resultat kan nås om man arbetar med något så när homogena grupper.

Behovet ur medicinsk synpunkt av ett omhändertagande av narkotikamissbrukare och formerna för detta varierar beroende på vilket missbruksmedel som används, hur höggradigt missbruket varit samt i vilken utsträckning psykotiska och somatiska komplikationer föreligger.

Intensiteten av abstinensbesvären hos *morfinister* är av sådan svårhetsgrad att det ej är medicinskt tillrådligt att låta dem ha ett obehandlat förlopp. Avgiftning skall ske så skonsamt som möjligt för den sjuke. Obehagliga reaktioner under abstinensen kan kanske vara upplevelser som får patienten att avhålla sig från återfall. Å andra sidan är det tänkbart att ångesten för dessa plågor avhåller den sjuke från att söka behandling vid ett eventuellt återfall. Det skall också påpekas att man genom en skonsamt genomförd behandling kan bygga upp en förtroendefull terapeutisk kontakt som kan vara värdefull i den fortsatta rehabiliteringen.

Enligt erfarenheter från forskningsavdelningen vid Ulleråkers sjukhus bör behandlingen av morfinmissbrukare vars missbruk pågått mindre än 5 år i första hand vara avgiftande. En sådan avgiftning skall alltid ske på sluten avdelning under betryggande tillsyn. Avgiftningen sker genom omställning till det långtidsverkande morfinersättningsmedlet metadon som sedan successivt utsätts inom 2-3 veckor med knappt märkbara abstinenssymtom som följd.



Vid ett avancerat morfinmissbruk som pågått i minst 5 år kan, under förutsättning att vissa kriterier är uppfyllda, en långvarig underhållsbehandling med metadon övervägas. Dessa kriterier innebär bl. a. att ett flertal adekvat genomförda avgiftningar ej lett till resultat och att morfinisten ej är beroende av andra narkotika. Inställning på en underhållsdos av "drickmetadon" skall alltid ske på sjukhus. Metadon i sig själv ger ej någon eufori eller andra narkotiska effekter när det ges till patienter som står på underhållsdos. En välinställd patient har också korstolerans (se s. 97) för alla preparat inom morfingruppen. Höga intravenösa doser av heroin eller morfin ger ej längre några märkbara effekter. Behandlingen utsläcker också den s. k. pseudoabstinensen (se s. 99).

Om man betraktar opiatmissbruket som en kronisk sjukdom blir underhållsbehandlingen naturlig. Syftet med behandlingen blir i detta fall att förbättra missbrukarens sociala situation. Häri ingår bl. a. profylax mot kriminalitet. Denna är ofta intimt förknippad med missbruket. I och med underhållsbehandlingen minskar den rent drogbetingade kriminaliteten. Rehabiliteringen underlättas, enär morfinisten hålls i ett tillstånd av psykisk balans och är fri från droghunger och därför kan sätta in sin energi på mer produktiva strävanden. Det bör dock framhållas att underhållsbehandling i sig själv ej har effekt. För att nå goda resultat bör den vara en del i ett behandlingsprogram, där psykoterapi och sociala stödåtgärder är andra viktiga delar. Underhållsbehandling måste dock ses som en nödlösning och varnande röster har höjts mot en okritisk användning av densamma. Bland nackdelarna med behandlingen har framhållits risken för läckage till illegala marknaden eller till s. k. satellitmissbrukare.

Behandlingen med "morfinantagonister" består i att man tillför ett medel som till sin verkan är motsatt den i opiatgruppens medel. När det ges till avgiftade morfinister blockerar det den euforiska effekten av morfin. Det är ej heller tillvänjande. Denna behandlingsform är ännu på experimentstadiet. De olika antagonistpreparaten som används har många besvärande biverkningar och många patienter avbryter denna behandling i förtid.

Avgiftning av patienter som är höggradigt beroende av *barbiturater* och *medel med likartad verkan* skall ske på slutet av delning och under medicinsk tillsyn. Den första åtgärden är att successivt under 2-3 veckor minska och slutligen sätta ut det missbrukade medlet. Man kan givetvis byta ut detta mot något annat medel mot vilket korstolerans föreligger. Ett sådant ofta använt medel är pentymal, ett barbiturat med medellång verkan. Det medför onödiga risker att sätta ut medlet direkt eller byta ut det mot ett medel mot vilket korstolerans ej föreligger. Risken för krampanfall av epileptisk typ måste beaktas vid denna narkomaniform.

*Narkomani på lösningsmedel* är som tidigare nämnts sällsynt. I de fall där svårt beroende har uppstått kan abstinenssymtomen vara framträdande. Avgiftning skall även här ske under betryggande former.

Vad beträffar *övriga narkomaniformer* är de fysiska abstinenssymtomen obetydliga och avgiftningen torde här kunna begränsa sig till att utsätta missbruksmedlet helt. Under en kort period kan man ofta med fördel behandla med en liten dos av ett neuroleptikum som har en utpräglad sedativ komponent i sitt verkningspektrum. Dessa medel ger endast lindriga eller inga abstinensbesvär.

Det somatiska vårdbehovet bland missbrukarna är stort. En noggrann medicinsk undersökning är därför nödvändig i varje enskilt fall som man kommer i kontakt med. De somatiska komplikationer som kan uppträda sammanhänger antingen med läkemedlets effekt i sig själv eller med sättet på vilket det administreras. Exempel på det förra är svåra förgiftningar som sammanhänger med en överdos av medlet ifråga eller på att orena preparat tillhandahållits på den illegala marknaden. Intravenös tillförsel av ett medel kan ge upphov till lokal eller allmän infektion som följd av ohygieniska förhållanden vid injektionen. Allvarliga former är här sepsis (blodförgiftning) och inokulationshepatit.<sup>1</sup> Prognosen vid denna senare hepatitform anses god. Man vet emellertid ingenting om långtidsprognosen vid fortsatt missbruk när levern blivit skadad av genomslupen hepatit. Sniffning av vissa lösningsmedel kan ge skador på inre organ (benmärg, lever, njurar). I andra fall kan somatiska skador ha uppkommit som en följd av en allmänt vårdslös livsföring, undernäring, vanskötta sjukdomar m. m. Som regel har missbrukarna ett mycket dåligt tandstatus, vilket måste bli föremål för behandling.

Psykoterapi individuellt och i grupp är väsentlig i den långsiktiga behandlingen. Liksom i all annan psykiatrisk verksamhet är dess effekt och betydelse svåra att bevisa. Icke minst viktiga är emellertid socialkurativa åtgärder. Missbrukaren måste ha hjälp att bearbeta hela sin sociala situation – familjesituationen samt arbets- och bostadssituationen. Olika sociala träningsprogram behövs för att förbereda återgången till samhället. Samordning med samhällets sociala stödorgan är här nödvändig. Det är emellertid viktigt att de psykoterapeutiska åtgärderna blir individuellt avpassade. En del personer är lämpade för stödjande eller insiktsbetonad individualterapi, eller för en kombination av dessa båda. Flertalet narkomaner torde emellertid vara mera lämpade för en gruppterapi. Denna kan bedrivas i olika former. Gemensamt för dem är att man använder hela gruppen som terapeutiskt instrument. I gruppen konfronteras man lätt med svaga sidor av sig själv och med felaktiga reaktioner och beteendemönster, vilka man kan lära sig att modifiera. Gruppens korrigerande påverkan är många gånger mer effektiv än den professionelle terapeutens. I vissa fall kan individualterapi med fördel gå jämsides. I de fall man ser missbrukarens situation som uttryck för en hel familjs psykologiska och sociala problem intar familjeterapin en viktig plats i behandlingen.

Behandlingen av missbrukare organiseras numera ofta under begreppet terapeutiskt samhälle (se s. 64 ff). Sådana ledda av f. d. narkomaner startade med Synanon som grundades 1958 som en länkrörelse för förutvarande narkomaner. Liknande program omfattar bl. a. Daytop Village i New York, en avlöpare till Synanon med delvis annan målsättning. Bl. a. syftar behandlingen vid Daytop i motsats till Synanon till att socialt rehabilitera och återanpassa narkomanen till en tillvaro ute i samhället. Även i vårt land finns flera vårdprogram utformade efter miljöterapeutiska principer. Missbrukarna är ofta gruppberoende, och gruppaktiviteter av olika slag dominerar behandlingen. Teorin som ligger bakom dessa program är att drogberoendet beror på en specifik psykopatologi, som manifesterar sig i omogenhet och oansvarighet. Målet är att uppmuntra narkomanen till aktivt deltagande och till att arbeta för större ansvarighet inom organisationen. Gruppaktiviteterna, den

<sup>1</sup> "Gulsot"; virusframkallad leverinflammation som för narkomanens del uppkommit genom injektion med förorenad spruta.



gemensamma belutanderätten och ansvarskravet tänkes motverka hospitalisering och infantilisering. Om narkomanen får ett mer direkt inflytande på utformningen av olika aktiviteter, anses att han lättare kan solidarisera sig med dessa.

Narkomani får betraktas som en kronisk sjukdom och behandlingen sträcker sig över år. Det är emellertid viktigt att erinra om att många svåra missbrukare långt före narkotikadebuten visat tecken på allvarliga sociala och psykologiska störningar. Givet är också att dessa störningar till följd av missbruket blivit än mer påtagliga. I en del fall kan dock personlighetsstörningen ha varit så svår att en social insufficiens varit oundviklig även utan missbrukskomplikationen. Man bör således ej ha långt gående överkrav på vården. I behandlingsförloppet måste man realistiskt räkna med återfall. Narkomanvården har haft stora svårigheter att kämpa med; bl. a. resursbrist, oklarhet i vårdprogrammets utformning och bristfällig samordning mellan samhällets medicinska och sociala stödorgan. Trots detta har i många fall gynnsamma behandlingsresultat kunnat redovisas. Återfallsfrekvensen varierar i olika undersökningar, sannolikt sammanhängande med patientmaterialets sammansättning. Återfallsrisken synes vara störst inom de första månaderna efter utskrivningen. Undersökta narkomangrupper från mentalsjukhus och fängelser synes genom sin selektion ge en mörk bild av prognosen. Frekvensen narkotikafria bland dessa sex månader efter utskrivningen från institutionen anges till mellan 10 och 20 procent. Med längre observationstid, exempelvis fem år, ökar dock frekvensen narkotikafria till omkring 25 %. Detta tyder på en viss självläkning även inom dessa grupper. Det relativt nedslående resultat som framkommit vid undersökningarna torde delvis kunna tillskrivas en bristfälligt organiserad eftervård.

Missbruksgruppen anses av Gunne (1970) kunna uppdelas i tre undergrupper: 1) en grupp som kan ta sig ur missbruket utan hjälp, 2) en annan grupp som kan lämna missbruket endast om de får adekvat hjälp samt 3) en grupp som efter en tids missbruk ej längre kan leva narkotikafritt trots intensiva försök härtill. Den första gruppen omfattar enligt vissa beräkningar två tredjedelar av alla missbrukare (Gunne 1970).

Det är givetvis nödvändigt att söka förebygga uppkomsten av ett sådant kroniskt och svårbehandlat tillstånd som narkomani. Det kan ske genom att i största möjliga utsträckning strypa gifttillförseln på den illegala marknaden. Man torde numera också ha stora erfarenheter om vilka grupper av ungdomar som är utsatta för risk att hemfalla åt missbruk. Här bör intensiva och effektiva insatser sättas in. Man vet också att avancerade missbruksformer i stor utsträckning är koncentrerade till en liten subpopulation. Genom att arbeta med en sådan grupp, arbetar man också förebyggande och hindrar smittspridning.

### *Alkoholsjukdomar*

*Alkoholmissbruket* är ett socialmedicinskt problem av långt större betydelse än narkotikamissbruket. Det har en hög utbredningsfrekvens hos den vuxna manliga befolkningen. Detta medför sociala skadeverkningar som i hög grad återverkar på familjelivet och inte minst på det uppväxande släktet.

De båda begreppen alkoholmissbruk och alkoholism hålls ej alltid isär.

Vanligtvis menar man med alkoholism en form av alkoholberoende. Alkoholism är en form av alkoholmissbruk, men allt alkoholmissbruk kan ej betecknas som alkoholism. Gränsen mellan alkoholmissbruk och måttlig-hetskonsumtion är flytande. I sin definition av alkoholism har WHO lagt vikten på de medicinska, psykologiska och sociala komplikationerna till missbruket.

En del alkoholforskare, bl. a. Jellinek (1960), har framhållit det speciella förhållande som råder mellan en individ och alkohol. Här framhålls toleransökningen, kontrollförlusten och abstinenssymtomen, alltså samma fenomen som andra beroendeframkallande medel kan ge upphov till. Medan en narkomani i vissa fall kan utvecklas på veckor eller månader anses det ta år för att utveckla ett alkoholberoende. Utvecklingen efter den första kontakten med alkoholen kan i ogynnsamma fall gå över ett alltmer ökat alkoholintag mot ett tillstånd av kronisk alkoholism, där vederbörande periodvis dricker dagar eller veckor i sträck och där i stort sett hans hela liv kretsar kring alkoholen. Vid detta svåra tillstånd har det som regel också uppstått allvarliga psykiska, somatiska och sociala skador som följd av missbruket. I denna utveckling inträffar vissa fenomen, som markerar alkoholberoendets svårhetsgrad. Det första är toleransökningen. Missbrukaren behöver då successivt ta större mängder alkohol för att åstadkomma avspänning eller för att känna sig i form. Så småningom uppträder i samband med alkoholpåverkan s. k. minnesluckor eller black-outs. Han minns då ej vad som skett under föregående alkoholförtäring. Sådana minnesluckor uppträder ingalunda konstant varje gång han dricker alkohol. Ett annat fenomen är det s. k. återställarbehovet. Härmed menas en benägenhet att dricka redan på morgonen för att minska det psykiska och fysiska obehag som inställer sig dagen efter alkoholförtäring. Senare uppkommer ett s. k. lättväckt alkoholbegär. Efter en liten mängd alkohol uppstår ett starkt behov efter mer, ett s. k. merbehov, och vederbörande kan helt förlora kontrollen över alkoholkonsumtionen. Även om den utlösande mängden kan vara liten krävs dock en tröskeldos för att han skall förlora kontrollen. Denna tröskeldos varierar emellertid individuellt. Den tid som förflyter mellan tidpunkten för toleransökningen och uppkomsten av en kronisk alkoholism varierar men torde som regel ligga mellan 10 och 15 år. Om alkoholmissbruket debuterat redan vid tidig ålder kan dock det kroniska stadiet inträda på några år.

En välkänd praktisk indelning av alkoholsjukdomen är den som används av bl. a. Åmark (1951). Den omfattar tre grupper.

- 1) Kronisk alkoholism där den medicinska konsekvensen är påtaglig.
- 2) Alkoholberoende, dvs. alkoholism i medicinsk mening, där hög tolerans, hög konsumtion och lättväckt alkoholbegär märkes. Vid detta tillstånd kan det föreligga abstinenssymtom i någon form. Dessa kan variera från dagen-efter-besvär i form av återställarbehov till fullt utvecklade deliriumtillstånd.
- 3) En grupp som ej faller in under någon av de två föregående kan kallas missbruksgruppen. En del i denna grupp torde vara sådana som är på väg in i grupp två, men där påtaglig alkoholhunger provocerad av en tröskeldos ännu ej utvecklats.

Frekvensen av alkoholister definierade på angivet sätt har beräknats till



cirka 10 % av den vuxna manliga befolkningen över 20 år. Gruppen kroniska alkoholister uppgår till cirka 2 %, gruppen alkoholberoende till drygt 3 % och missbruksgruppen till cirka 5 % (Hagnell och Tunving, 1971). Cirka 10 % av populationen har ingen alkoholkonsumtion och 80 % är måttlighetsförtärare. Medelkonsumtionen alkohol för hela den manliga befolkningen över 20 år i Sverige har av Alström (1973) skattats till drygt 20 gram ren alkohol per dag. Det föreligger emellertid en snedbelastning av totalkonsumtionen mot en minoritetsgrupp av högkonsumenter. Frekvensen av kvinnliga alkoholister har uppskattats till mellan 1 och 2 %.

Svårt alkoholberoende personer finns i alla samhällsklasser och alla yrken. De psykiska symtomen vid kronisk alkoholism utvecklas successivt. Det rör sig ej sällan om en smygande, fortskridande personlighetsförändring. Den sjuke blir känslomässigt labil med ökad retlighet och benägenhet till förstämningstillstånd. Dessa senare kan utlösas av bagatellartade anledningar. Intresset för arbetet inskränks. Den sjuke förlorar intresse för arbete och andra samhällsfunktioner och kan bli likgiltig för sina närmaste. Vederbörande uppvisar ej sällan en bild karakteriserad av slapphet och känslomässig flackhet. De intellektuella funktionerna som minne, uppmärksamhet och omdömesförmåga försämras gradvis och ett demenstillstånd, s. k. alkoholdemens, kan inträda. Tillståndet sammanhänger med utbredda nervcellsskador.

De somatiska skadorna utvecklas likaledes successivt. Praktiskt taget alla kroppens inre organ kan drabbas, och livshotande tillstånd kan uppträda, exempelvis komplikationer till levercirrhos. Det är också mycket vanligt att alkoholister klagat över besvär från leder och muskler. Detta kan sammanhänga med en alkoholbetingad nervskada, en vanlig komplikation vid alkoholism. Man har också hos kroniska alkoholister funnit patologiska förändringar i muskel- och benvävnad.

En påtagligt ökad risk för död i förtid föreligger hos alkoholister. Själv mord och död till följd av olyckshändelse är vanliga dödsorsaker.

Orsaksförhållandena vid alkoholism är komplicerade. Tidigare ansåg man att den var ärftligt betingad eftersom den var utbredd i vissa släkter. Miljöfaktorernas stora betydelse har emellertid under senare år uppmärksamats i större utsträckning. Barn som växer upp i alkoholisthem kan tänkas utveckla personlighetsegenskaper som disponerar för alkoholism. Sannolikt är det ett flertal faktorer – individuella såväl som miljömässiga – som medverkar till uppkomsten av detta tillstånd. Risken att fastna i ett alkoholberoende är givetvis en funktion av den konsumerade mängden alkohol och den tidrymd under vilken den sker. Risken att utveckla ett alkoholberoende är sålunda större, om man lever i en miljö, där alkoholvanorna är avancerade, än om man lever i en miljö där alkoholkonsumtionen är minimal. Från psykologisk-psykiatrisk synpunkt kan vilken personlighetstyp som helst under vissa omständigheter utveckla ett alkoholberoende. Psykiskt ömtåliga personer är överrepresenterade i undersökta alkoholistklientel. Personer som lider exempelvis av neuros har ofta symtom som alkohol kan döva såsom smärtor, ångest och sömnsvårigheter. Även karaktärsneuroser och psykopatiska personligheter har egenskaper som kan verka disponerande för ett alkoholberoende.

Sociala beteenderubbningar och skadeverkningar i anslutning till alkohol-

missbruk kan förekomma. Det föreligger emellertid inget entydigt samband mellan alkoholmissbrukets medicinska och sociala svårhetsgrad. En del kan länge dölja sitt alkoholberoende för utomstående, medan andra lättare uppmärksammas och blir föremål för ingripande från omgivningens sida. Risken för svåra somatiska komplikationer blir därför större bland de förra. Salum (1973) har undersökt en stor grupp alkoholkonsumenter med konsekvenser definierade från rent medicinsk synpunkt vid urvalet. Hon har kunnat visa att den medicinskt sett sämst ställda alkoholistgruppen var socialt mindre belastad än den medicinskt sett bäst ställda gruppen.

Sambandet mellan alkoholmissbruk och alkoholism och kriminalitet är komplicerat. Utgår man från redan kriminella personer, finner man en hög frekvens av alkoholmissbruk bland dessa. Utgår man från alkoholmissbrukare som valts ut med ledning av sociala kriterier, exempelvis fylleriförseelser, registrering i riksskatteverkets straffregister och gruppen hemlösa män i en storstad finner man en hög kriminalitetsfrekvens. Utgår man däremot från alkoholmissbrukare som valts ut med ledning av enbart medicinska kriterier, exempelvis ett svårt abstinenssyndrom som krävt sjukhusintagning, finner man en påtagligt lägre kriminalitetsfrekvens. Samma egenskaper som disponerar för alkoholism kan tänkas disponera för kriminalitet och annan asocialitet. Det är också givet att alkoholister med sin instabilitet och lättpåverkade personlighet lätt hamnar i miljöer där kriminalitet är vanlig.

Ett alkoholmissbruk kan kompliceras med psykotiska tillstånd, såväl akuta övergående som mera kroniska sådana. Till de förra räknas delirium tremens och patologiskt rus och till de senare den kroniska alkoholhallucinosen, svartsjukeparanoian och Korsakows psykos.

Den sjukdomsbild som kallas *delirium tremens* omfattar förvirring, desorientering i tid och rum, syn- och hörselhallucinos samt i regel svår ångest och oro, darrningar, kallsvett och tecken på njur- och leverskada. Detta är en allvarlig alkoholsjukdom och allmäntillståndet är ofta högradigt påverkat.

Ett *patologiskt rus* karakteriseras av att det redan efter en liten mängd alkohol inträder en förändring av medvetandet. Under detsamma kan uppträda svåra orostillstånd. I andra fall händer det att patienten trots sin allvarliga medvetanderubbning till det yttre ter sig klar och ordnad. Under inflytande av detta tillstånd kan patienten begå för honom själv helt främmande handlingar. Det patologiska ruset avslutas med djup sömn. Vid uppvaknandet har patienten total eller nästan total minnesförlust för vad som hänt under ruset.

Hjärnskador av olika slag och psykiska traumata anses disponera för patologiskt rus. En person som har haft ett patologiskt rus behöver ej få recidiv varje gång han förtär alkohol. Risken för att så sker är emellertid stor, varför total avhållsamhet från alkohol måste rekommenderas.

Vid *alkoholbetingad svartsjukeparanoia* dominerar svartsjukesymtomen, exempelvis mot hustrun. Under inflytande av vissa tankevillor kan en sådan person begå svåra våldshandlingar.

Med *alkoholhallucinos* avses ett akut, hallucinatoriskt tillstånd på alkoholbas vid klart medvetande. Karakteristiskt för tillståndet är en hörselhallucinos med anklagande röster av stark verklighetskaraktär. Vanföreställningarna är präglade av hallucinationerna och patienterna är starkt ångest-



fyllda. Som regel sker ett tillfrisknande inom 1–2 veckor, men ibland kan tillståndet bli kroniskt.

*Korsakows psykos* karakteriseras av inpräglingssvårigheter och benägenhet för konfabulationer varmed den sjuke söker utfylla sina minnesluckor. Orienteringen till tid och rum brukar också vara dålig. Minnet för händelser som inträffat före sjukdomsutbrottet kan vara gott och tidigare inlärda färdigheter väl bibehållna. En viss förbättring kan inträda, men en viss defekt kvarstår. (Se även s. 79).

Alkoholberoende är ett tillstånd som utvecklar sig tidigt i en människas liv. Ju tidigare behandlingen sättes in desto större möjligheter till ett gott resultat. Flertalet alkoholister har kommit till behandling i ett stadium när alkoholismen är avancerad och komplikationer tillstött. Utgångspersonligheten, eller den premorbida personligheten, är självfallet av betydelse för prognos och förlopp. Alkoholistgruppen är heterogen och det är därför svårt att utvärdera olika behandlingsresultat. Emellertid synes man få det sämsta resultatet hos psykopater och andra starkt avvikande personligheter med framträdande asocialitetssymtom. Det torde i dessa fall rimligen vara personlighetsstörningen som i väsentlig grad bidragit härtill.

Alkoholisten kan aldrig bli en måttlighetsdrickare. Hans enda alternativ till alkoholismen är total avhållsamhet, "en gång alkoholist alltid alkoholist". Det ligger ingen terapeutisk pessimism i detta. Vad man vill framhålla är att varje gång alkoholisten smakar alkohol riskerar han att råka in i en period med högt alkoholintag. De som kan vara totalabstinenta är bäst ställda, men även långa abstinenta intervall har en god terapeutisk effekt.

Sammanfattar man resultaten från olika undersökningar över alkoholientel finner man grovt räknat att en fjärdedel klarar sig bra, en fjärdedel blir förbättrade och resten är oförändrade eller har förvärrats. Många alkoholister råkar ut för flera återfall. Risken för sådana återfall ingår i sjukdomens natur. Viktigt är då att vederbörande snabbt kommer under behandling för att bryta perioden.

Erfarenhetsmässigt vet man att det finns en grupp som är oemottaglig för all form av rehabilitering. I denna grupp ingår en del avancerade dementa alkoholister och svårt personlighetsstörda personer med asocialitetssymtom. Dessa är oftast totalt oförmögna att klara sig utanför institutioner. Man måste realistiskt räkna med ett långvarigt omhändertagande av denna grupp.

Man skiljer mellan akut behandling vid höggradigt eller långvarigt alkoholintag och behandling av personer med alkoholberoende på längre sikt.

I det förra fallet rör det sig om en rent medicinsk behandling, vilken som regel är kortvarig. De tillstånd som det är fråga om är intoxicationer och abstinenssyndrom av vilka det svåraste är delirium tremens. Detta är ett livshotande tillstånd och behandlingen av detsamma skall ske på sjukhus. Så bör i största möjliga utsträckning vara fallet vid svårare former av abstinenssyndrom. Vid lindrigare abstinensbesvär hos alkoholberoende personer kan behov av viss medicinsk tillsyn tillgodoses i öppen vård. Denna bedrivs i viss utsträckning vid psykiatriska polikliniker, men främst vid speciellt inrättade alkoholpolikliniker.

Vid behandling på längre sikt använder man sig av en kombination av psykoterapeutiska och sociala åtgärder samt medikamentell behandling.

Liksom vid all annan psykiatrisk behandling gäller det här att individualisera behandlingen. Detta måste ske med hänsyn till arten av alkoholvanor, personlighet, bakomliggande problem och aktuell situation samt i vilket stadium av beroendesjukdomen vederbörande söker vård.

En insiktsbetonad psykoterapiform kan användas om alkoholmissbruket – som dock ej får vara för avancerat – är sekundärt till en bakomliggande störning. Terapin riktar sig då emot denna störning. Genom att angripa grundåkomman kan alkoholmissbruket bringas att upphöra.

Den stödjande terapiformen torde vara den vanligast använda. Den går rent allmänt ut på att lindra symtom, bearbeta relationsstörningar och göra vederbörande starkare och bättre skickad att tåla påfrestningar och konflikter och att kunna lösa dem på annat sätt än med alkohol.

I praktiken torde det oftast bli fråga om en kombination av insiktsbetonad och stödjande terapi med huvudvikten lagd på den senare. Den insiktsbetonade terapin kräver relativt täta kontakter under lång tid.

Gruppterapi är en mycket lämplig form av psykoterapi för alkoholister. Behandlingen skall vara målinriktad. Målet bör vara alkoholfrihet eller långa alkoholfria intervall och en tillfredsställande social anpassning. Gruppterapin kan vara av insiktsbetonad eller stödjande karaktär. Liksom fallet är vid individualterapi blir det i praktiken oftast en kombination av dessa båda terapiformer. Med hjälp av gruppen kan den enskilde medlemmen få en större eller mindre grad av insikt i sitt eget beteendemönster, varigenom en bättre anpassning uppnås.

Familjeterapi är en form av behandling, vari hela familjen deltar. Den kan med fördel användas, om man tror att det är någon form av familjekonflikt som ligger bakom missbruket eller om en sådan uppkommit som följd av missbruket. Familjen får i denna terapiform en stödjande kontakt och hjälp att bearbeta sina emotionella konflikter.

Psykodrama är en annan terapiform, där personliga och mellanmänniska problem spelas upp i dramatisk form.

Många behandlingsinstitutioner för alkoholister har utformat verksamheten efter miljöterapeutiska principer (se s. 64). En huvudprincip är att patienterna skall ha medbestämmanderätt och en ansvarsfull roll i den demokratiska ordning som råder i det terapeutiska samhället. Behandlingen bygger i hög grad på gruppaktiviteter av olika slag. Man har dock ett intryck av att alla alkoholmissbrukare ej lämpar sig för sådan miljöterapi.

Icke sällan måste man i behandlingen kombinera psykoterapi med medikamentell behandling. Disulfiram (Antabus) som introducerades 1948, och kalciumkarbamid (Dipsan) är stöd för dem som är alkoholberoende och strävar att avhålla sig från alkohol. Dessa ämnen blockerar alkoholförbränningen i ett mellanstadium, då acetaldehyd bildats. I kombination med alkohol inträder därför efter kort tid, 5–15 minuter, en mycket stark och obehaglig reaktion med värmekänsla, hjärtklappning, huvudvärk, kväljningar, kräkningar och blodtrycksfall. Reaktionen kan i vissa fall vara farlig, då den anstränger hjärtat, och behandlingen bör ske under medicinsk kontroll. Vissa svårt hjärtsjuka personer kan ej komma i åtnjutande av denna stödbehandling.

I vissa fall är behandling med något ångstdämpande medel nödvändig. I första hand rekommenderas användningen av vissa neuroleptika. Det finns



dock patienter där dessa medel ej hjälper utan man måste tillgripa preparat av typ sedativa och hypnotika, främst benzodiazepiner. Stor försiktighet måste iakttas på grund av medlens tillvänjande effekt.

Socialt stödjande åtgärder är av väsentlig betydelse och bör vara integrerade i ett behandlingsprogram. Patienten behöver ofta hjälp att lösa arbetsmässiga problem, bostadsproblem och svåra ekonomiska nödlägen som komplicerar missbruket och som snabbt måste åtgärdas. Resurserna för sociala stödåtgärder är för närvarande helt otillräckliga och endast en ringa del av missbrukarna kan få en tillfredsställande hjälp. Samarbete mellan sjukvård och socialvård inklusive nykterhetsvård är en förutsättning för en optimal alkoholistvård. På enstaka håll har man lyckats etablera sådant samarbete. I större delen av landet är dock alkoholistvården – både den medicinska och den sociala – sorgligt försummad.

### 1.5.13 Psykisk utvecklingsstörning. Oligofreni

Psykisk utvecklingsstörning eller oligofreni är samlingsnamn för tillstånd, som framför allt utmärkes av att de intellektuella funktionerna är avsevärt sämre utvecklade än hos flertalet, oberoende av orsaken till denna störning. Om en intellektuell defekt uppkommer senare än i de första barnåren, talar man om intellektuell nivå-sänkning eller reduktion, i svårare fall om demens (se s. 80 ff). Synonyma termer är psykisk utvecklingshämning och mental retardation. Den äldre beteckningen är sinnesslö.

Intelligens har definierats på många olika sätt. Ett enkelt och praktiskt sätt är följande. Man kan lätt konstatera, att olika individer har olika lätt att lösa problem av olika slag och att inhämta kunskaper. Sådana olikheter kan man – till viss del – tillskriva olikheter i "intelligens", en förmåga eller "abilitet" som man antar vara olika utvecklad hos olika individer. Intelligensten kan naturligtvis inte direkt observeras men man kan indirekt studera den via individens faktiska prestationer i olika situationer. Det är ett sådant studium av prestationer som man har systematiserat, kvantifierat och standardiserat i intelligenstesten. Alla intelligenstest består av en rad uppgifter av olika slag, som individen skall lösa, ofta inom viss tid. Genom att sammanräkna poäng för olika lösta uppgifter får man ett mått på prestationen vid undersökningstillfället. Den prestationen anser man vara till stor del beroende på hans intelligens. Ett mått på intelligensten får man så genom att sätta hans prestation i relation till den genomsnittliga prestationen i en s. k. standardiseringsgrupp. Som mått användes ofta intelligenskvot, I.K. Ursprungligen avsågs härmed kvoten mellan uppnådd s. k. intelligensålder och levnadsålder, multiplicerad med 100. Genomsnittsprestationen i en viss åldersgrupp blev alltså 100 och man får i stort sett en normalfördelning av IK i en population. Detta beräkningsätt är tillämpligt endast beträffande test avsedda för barn. I test för vuxna har man därför beslutat att beteckna den genomsnittliga prestationen som 100 och spridningen i standardiseringsgruppen som 15. Detta betyder att hälften av populationen skall ligga inom gränser, som anges av I. K. = 90–110. I. K. är emellertid endast ett mycket ungefärligt mått på individens "verkliga" intelligens. Prestationen har ju bestämts även av andra faktorer, t. ex. individens kondition vid testningstillfället, hans intresse för testet, om han är ängslig och spänd, etc. Dessutom

är det viktigt påpeka att "intelligensen" är sammansatt av en rad olika komponenter (språklig, abstrakt, rumslig m. m.) och det man får ut som I. K. är på sin höjd ett approximativt genomsnittsvärde av dessa olika komponenter. Med alla dessa reservationer är intelligenstest dock goda och användbara instrument i många situationer. Intelligenstest kan t. ex. vara praktiskt användbara instrument för att finna personer som har behov av särskilda pedagogiska åtgärder.

Vanligtvis brukar man som utvecklingsstörda räkna personer med en intelligenskvot under 70 (testdefinitionen). Personer under denna kvot brukar ha svårigheter att klara sig själva i samhället. Testprestationen kan emellertid endast ungefärligen förutsäga den sociala funktionsförmågan. I gränsområdet kring 70 kan andra personlighetsfaktorer förbättra eller försämra denna. I pedagogiska och juridiska sammanhang brukar man därför ha denna kvot endast som ett närmevärde. Man utgår från begåvningsdefektens inverkan på möjligheterna att tillgodogöra sig den vanliga skolundervisningen och yrkesutbildningen liksom på förmågan till social anpassning i övrigt.

Frekvensen av personer med en intelligenskvot från 70 och nedåt varierar mellan 1 och 3 % av befolkningen. Om vi räknar med en frekvens på 1 % skulle i vårt land antalet utvecklingsstörda i alla åldrar uppgå till cirka 80 000. Enligt omsorgsstyrelsernas rapporter var den 1/11 1974 cirka 35 000 förtecknade. Av dessa erhöll cirka 30 000 någon form av omsorg.

WHO har en annan indelningsgrund av psykisk utvecklingsstörning och använder sig av en skattningsskala med fyra steg: lindrigt, måttligt, svårt och djupt utvecklingsstörda. I gränsområdet mellan normalbegåvade och utvecklingsstörda ligger de svagt begåvade. Avgränsningen av denna grupp såväl uppåt som nedåt är suddig och svårbedömbär. Som närmevärde uppåt kan användas en intelligenskvot av 85-90. Dessa personer kan ha svårt att tillgodogöra sig den normala skolundervisningen och kan vara i behov av stödundervisning.

Man antar att det ärftliga anlaget för den normala intelligensvariationen bestäms av ett flertal anlag eller gener med additiv effekt. En viss ogynnsam kombination av sådana anlag kan därför ge upphov till en låg begåvning. Sådana personer avviker emellertid enbart kvantitativt från de begåvningsmässigt genomsnittliga. En annan anlagskombination kan medföra en hög begåvning. Slumpen kan här spela en större eller mindre roll beroende på föräldrarnas begåvningsutrustning. Intelligensen, som den mäts med psykologiska test, är som nämnts i stort sett normalfördelad. Kurvan är dock ej helt symmetrisk. Man finner fler personer med en svår begåvningsdefekt än vad man teoretiskt skulle vänta. Denna observation gjordes redan 1914 av svensken Jäderholm och den har senare bekräftats av andra forskare. Förhållandet har tolkats så att personer med låg begåvning består av två biologiskt skilda grupper. En grupp omfattar den naturliga variationens extrema minusvarianter, som endast kvantitativt skiljer sig från de genomsnittligt begåvade. Den andra gruppen omfattar svårt utvecklingsstörda, som kvalitativt skiljer sig från de svagt och genomsnittligt begåvade. Man brukar som gräns mellan de båda grupperna ange en approximativ intelligenskvot på 50. De svårare formerna av utvecklingsstörning torde ofta vara sjukligt betingade. Men också lindriga former av utvecklingsstörning kan vara



orsakade av en hjärnskada.

Orsakerna till psykisk utvecklingsstörning är flera. Tidigare hade man den uppfattningen att tillståndet var övervägande ärftligt betingat. Numera vet man att detta är förhållandet endast i ett visst antal fall. En förvärvad hjärnskada med utvecklingsstörning som följd kan uppkomma såväl under fosterlivet som i samband med förlossningen och under den första levnadstiden. Sjukdomar hos modern under graviditeten, exempelvis en virus-sjukdom som röda hund (rubella), kan utöver utvecklingsstörningen ge upphov till missbildningar av olika slag hos barnet. Detsamma gäller röntgen och radiumbestrålning av moderns underliv under tidig graviditet liksom syrgasbrist hos fostret av olika orsaker. Bland skador under första levnadstiden kan nämnas hjärnhinneinflammation (meningit) och hjärninflammation (encefalit). Hjärnskador i samband med olycksfall under barnåren, exempelvis drunkningsolyckor och trafikolyckor, är andra orsaker.

Flera former av psykisk utvecklingsstörning beror på gendefekter dvs. skador i arvsanlagen. Dessa sjukdomar är relativt sällsynta och tillsammans omfattar de endast 3–4 % av samtliga utvecklingsstörda. Forskningen på detta område har i många år varit intensiv och svenska vetenskapsmän har här gjort stora insatser. Vissa av de med utvecklingsstörning förknippade gendefekterna medför kroppsliga särdrag. För vissa, om än endast ett fåtal av dem, gäller att man kan nå ett gott behandlingsresultat om sjukdomen upptäcks tidigt. Det klassiska exemplet på en sådan genbetingad rubbning är fenyketonuri (PKU). Den brukar också kallas Föllings sjukdom, efter norrmannen Asbjörn Fölling som 1934 första gången beskrev tillståndet. Personer med denna sjukdom saknar ett enzym som är nödvändigt för att bryta ned äggviteämnen i kosten. Störningen leder till att aminosyran fenyylalanin anhopas i blodet och orsakar en förgiftning med hjärnskada och intelligensdefekt som följd. Det finns möjlighet att diagnostisera denna ärftliga ämnesomsättningsrubbning på ett tidigt stadium och med speciell kost behandla sjukdomen och härigenom förhindra att psykisk utvecklingsstörning uppkommer.

Vissa sjukdomstillstånd beror på avvikelser i kromosommönstret. Downs syndrom eller mongolism är ett exempel på en sådan sjukdom. Benämningen mongolism hänför sig till den ytliga likhet som föreligger mellan de sjuka barnen och de mongoliska raserna. Sjukdomen är relativt vanlig och frekvensen brukar uppskattas till 1 på 700 nyfödda. Cirka 10 % av de psykiskt utvecklingsstörda är behäftade med sjukdomen.

I drygt 50 % av fall med psykiskt utvecklingsstörning är emellertid orsaken okänd.

Utvecklingsstörda som grupp betraktad är ytterligt varierande med hänsyn både till begåvningsdefektens svårhetsgrad och till faktorer som ger personligheten dess prägel i övrigt. Man kan dock i stort sett finna vissa drag som är gemensamma för dem. Inpräglingsförmågan är sålunda bristfällig, vilket kan sammanhånga med brister i närminnet men också med svårigheter att välja ut och koncentrera sig på den information som är viktig. De har ofta svårt att uppfatta, ordna och sortera olika sinnesintryck och det upplevda ger ej upphov till samma associationsrikedom som hos normala. Många svårt utvecklingsstörda har svårt att uppfatta helheten i den information de får och kan fästa sig vid oväsentliga detaljer. Även förmågan till uppmärksamhet och

koncentration kan vara nedsatt. Möjligheterna att som normala barn dra nytta av erfarenheter från vardagliga inlärningsituationer är reducerad. Härigenom försvåras begreppsbildning och språkutveckling. De har ej heller samma förmåga till abstrakt symboliskt tänkande som den normalt utvecklade. Deras erfarenhetsvärld blir begränsad, varigenom också deras möjligheter att överblicka och bemästra nya situationer ofta blir starkt beskurna. De kan ha svårt att förutse och beräkna konsekvensen av en handling. De omdömesbrister som ibland gör sig gällande kan medföra att de lätt blir offer för mindre nogräknade kamrater, som utnyttjar deras godtrogenhet. Begåvningshandikapp kan, beroende på vilken sjukdom eller defekt som är orsaken, vara kombinerat med andra defekter av olika slag som exempelvis rörelserubbningar, syn- och hörselskador, talsvårigheter m. m. De utvecklingsstörda synes löpa större risker än genomsnittligt begåvade att drabbas av psykiska störningar av olika slag och svårhetsgrad som beteenderubbningar, neuroser och psykoser. Delvis kan detta sammanhånga med att de på grund av de bristfälliga intellektuella resurserna kan ha svårt att bearbeta upplevelser, problem och konflikter som de utsätts för. Sålunda kan utvecklingsstörda i situationer som de ej bemästrar reagera med övergående psykotiska tillstånd, s. k. episodiska psykoser hos utvecklingsstörda. Ibland kan dessa ha en schizofreniliknande prägel.

De bristfälliga intellektuella resurserna försvårar i hög grad den utvecklingsstördes skolgång och yrkesutbildning. Det har visat sig vara synnerligen viktigt att skol- och vårdform anpassas efter vederbörandes intellektuella nivå och speciella åtgärder måste här vidtagas. Det synes med moderna pedagogiska metoder vara möjligt att även vid svår intelligensdefekt utveckla vederbörandes kapacitet och resurser. Sedan lång tid tillbaka har psykisk utvecklingsstörning betraktats som ett särskilt handikappområde. De utvecklingsstörda omfattar en ytterligt heterogen grupp. Variationer föreligger inte bara med hänsyn till utvecklingsstörningens svårhetsgrad och orsaksfaktorer utan även med hänsyn till olika komplicerande psykiska och somatiska handikapp. En icke ringa del av de utvecklingsstörda fungerar tillfredsställande i samhället utan speciella hjälpåtgärder. Andra behöver sådana hjälpåtgärder endast under en begränsad tidsperiod.

Det omhändertagande som de utvecklingsstörda tidigare blev föremål för karakteriserades i stor utsträckning av ett skyddstänkande. Dels skulle de själva skyddas för ogynnsamma inflytelser från omgivningen och dels gällde det att förhindra att omgivningen utsattes för den utvecklingsstördes kanske många gånger oberäknliga beteende. Under de sista 15–20 åren har emellertid mycket skett på området. Ett aktivt behandlingsprogram har ersatt det tidigare passivt överbeskyddande omhändertagandet. I varje enskilt fall krävs en omsorgsfull medicinsk och även i övrigt allsidig utredning i syfte att fastställa handikapp och brister i olika avseenden för att en ändamålsenlig och lämplig träning skall kunna sättas in. Det finns ingenting som tyder på att man genom träning kan uppnå en högre begåvningsnivå än vad de biologiska förutsättningarna ger möjlighet till. Träning och stimulans betyder emellertid mycket för hur man utnyttjar sin begåvning. Med hänsyn till att de utvecklingsstörda är påverkbara av den miljö de befinner sig i är det synnerligen angeläget att man utformar en med hänsyn till handikappet riktigt avpassad uppväxt-, boende-, arbets- och utbildningsmiljö. Även



fritidsmiljön måste i detta sammanhang i vederbörlig grad uppmärksammas. En målsättning i behandlingen är att den utvecklingsstörde skall få uppleva en tillvaro så nära en normaltillvaro som möjligt. De normaliseringssträvanden som är riktmärke i behandlingen av utvecklingsstörda måste givetvis differentieras efter vederbörandes resurser härvidlag. I en del fall är utvecklingsstörningen av sådan svårhetsgrad att livslång institutionsvård är nödvändig. Genom olika medicinska, pedagogiska och sociala åtgärder söker man emellertid i största möjliga utsträckning få utvecklingsstörda integrerade i samhället.

För de svårast utvecklingsstörda, liksom för dem som har betydande anpassningssvårigheter och beteenderubbningar finns speciella institutioner – specialsjukhus och vårdhem – med särskilda behandlingsmöjligheter. De personer det här kan bli fråga om är sådana som är utpräglat asociala, högradigt impulsiva eller aggressiva med farlighet för sig själva eller omgivningen eller personer med andra allvarliga psykiska eller somatiska handikapp, exempelvis svårartade krampanfall. Även för dessa personer gäller att man genom intensiva behandlings- och träningsprogram söker begränsa vistelsen på institutioner och förbereda överflyttning till öppna boendeformer. När institutionsvistelse är nödvändig, bör man eftersträva ett boende i små grupper under så hemliknande former som möjligt. Antalet svårskötta utvecklingsstörda synes successivt minska allteftersom vården och omhändertagandet av dem förbättras.

Missanpassningsfenomen som alkoholism och kriminalitet är ej vanligt förekommande bland utvecklingsstörda. Sådana missanpassningsfenomen måste betraktas som en allvarlig och svårbehandlad komplikation. Det finns stöd för antagandet att sådana utvecklingsstörda i stor utsträckning kommer från utpräglat dåliga hemförhållanden. Det är en angelägen uppgift att förebygga utvecklingen av ett asocialt beteende. Speciell uppmärksamhet bör därför ägnas åt den utvecklingsstördes uppväxt och hemförhållanden.

Med hänsyn till att gruppen av psykiskt utvecklingsstörda är ytterligt heterogen är det svårt att uttala sig om prognosen. Tidigare undersökningar har emellertid visat att åtminstone en tredjedel av särskoleeleverna kan bli självständigt yrkesarbetande och ytterligare en tredjedel delvis självförsörjande.





## 2 Gällande bestämmelser beträffande psykiskt störda lagöverträdare

### 2.1 Kort historik

Enligt 1864 års strafflag (SL), vars bestämmelser i dessa hänseenden bibehölls i stort sett oförändrade till 1945, skulle gärning, som begicks av den som var avvita eller berövad förståndets bruk genom sjukdom eller ålderdomssvaghet, vara strafflös (5:5 SL). Vid s. k. förminskad tillräknelighet – dvs. då lagöverträdare saknade förståndets fulla bruk, ehuru han ej kunde anses strafflös – kunde straffminskning inträda (5:6 SL).

Dessa bestämmelser tillämpades till en början mycket restriktivt. Tillämpningen av 5:5 begränsades i huvudsak till uppenbart sinnessjuka och höggradigt imbecilla, medan 5:6 kom att användas på s. k. psykopater och lindrigt intellektuellt undermåliga. Mot denna praxis invändes från psykiaterhåll (bl. a. Petrén och Kinberg) att de lagöverträdare som hänfördes under 5:6 till stor del utgjordes av särskilt samhällsfarliga och straffoemottagliga personer, som var i behov av långvarigt omhändertagande. I början av 1900-talet inträdde en förändring av praxis. Det blev allt vanligare att hänföra även psykopater under 5:5. Sedan 1927 års lag om förvaring gjort det möjligt att döma den, som var av sådan sinnesbeskaffenhet som angavs i 5:6, till förvaring, blev det åter vanligare att hänföra psykopater till detta lagrum. Under 1930-talet skedde på nytt en förskjutning i praxis så att de i större utsträckning kom att bedömas enligt 5:5.

*Strafflagberedningen* föreslog i sitt betänkande angående SL:s tillräknelighetsbestämmelser m. m. (SOU 1942:59) att 5:5 skulle ges den lydelse att ej någon må "fällas till ansvar för gärning som han begått under inflytande av sinnessjukdom eller sinnesslöhet". Förslaget upptog inte någon motsvarighet till 5:6.

Strafflagberedningen definierade innebörden av det abnormbegrepp, på vilket förslaget var uppbyggt, på följande sätt: Med begreppet sinnessjukdom avsågs en sjuklig förändring av själslivet av mera djupgående natur. Med benämningen sinnesslöhet avsågs en på medfödda brister eller på skador och sjukdomar under barndomen beroende allmän intellektuell utvecklingshämning, som var så djupgående, att den oundvikligen medförde en särställning för vederbörande i förhållande till andra människor i samhället. Benämningen psykopati avsåg bestående brister på vilje- och känslolivets område, som framträdde i oförmåga eller svårighet att anpassa sig i samlevnaden med andra människor och som hade sin grund i ärftliga anlag eller i sjukdomar eller i skador, som inträffat så tidigt i barndomen, att de blivit bestämmande

för karaktärsutvecklingen.

Den föreslagna straffrihetsregeln motiverades av beredningen på följande sätt: Såsom straffrihetsgrund borde icke vid sidan av sinnessjukdom eller sinnesslöhet införas begrepp såsom "annan rubbning av själsverksamheten", "annan svårare rubbning av själsverksamheten" eller "sådan rubbning av själsverksamheten som var att jämställa med sinnessjukdom". Dessa uttryck motsvarade inte några bestämda psykiska företeelser utan gav endast en allmän hänvisning, i vilken kunde inläggas högst olika betydelse, och skulle inte ge någon ledning för rättstillämpningen. Vidare borde man undvika termer som "otillräknelighet", "oförmåga att förstå och vilja", "tillstånd som icke gör det möjligt att inse gärningens betydelse eller handla enligt denna insikt" eller liknande begrepp (s. k. psykologiska kriterier). Sådana termer förekom i åtskilliga utländska lagar men var enligt beredningens mening ägnade att skapa oklarhet.

Beträffande frågan om krav på kausalsamband mellan brottet och den psykiska abnormiteten borde uppställas anförde beredningen bl. a. följande. I åtskilliga civilrättsliga lagar – förmynderskapslagen (nuvarande föräldrabalken 10 kap. 1 §), lagen om verkan av avtal, som slutits under inflytande av rubbad själsverksamhet och testamentslagen (nuvarande ärvdabalken 13 kap. 2 §) – hade såsom förutsättning för omyndighet respektive ogiltighet stadgats att någon på grund av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten var ur stånd att vårda sig eller sitt gods respektive ingått avtal eller upprättat testamente under inflytande av sådant tillstånd. Vid det straffrättsliga bedömandet förelåg visserligen inte de skäl som talade för att man borde iakttaga varsamhet vid underkännande av rättshandlingar, nämligen vederbörandes intresse av att vara bibehållen vid sin rättsliga handlingsförmåga och den allmänna samfärdselns intresse av att rättshandlingar inte utan tvingande skäl förklarades ogiltiga. Hänsynen till brottslingen gjorde att bevisfrågan kom i ett annat läge, men frågan om kausalsambandet mellan den psykiska abnormiteten och brottet kunde ändå inte förbigås vid den straffrättsliga bedömningen. Med den omfattning som begreppet sinnessjuk numera hade och den betydelse som även lindrigare psykiska sjukdomstillstånd kunde ha som orsak till brott måste det många gånger leda till otillfredsställande resultat, om någon åtskillnad inte fick göras mellan de brottsliga tendenser som hade sin grund i ett sjukdomstillstånd och de som var oberoende av detta. Beredningen ansåg därför att SL 5:5 borde få en avfattning som närmare anslöt sig till de civilrättsliga bestämmelserna och direkt angav att straffrihet endast kunde ifrågakomma för gärning som begåtts under inflytande av sinnessjukdom eller sinnesslöhet. Endast där kausalsambandet med visshet kunde uteslutas borde tillämpning av SL 5:5 inte ifrågakomma. Kravet på kausalsamband skulle få sin väsentliga betydelse vid sådana gränsfall beträffande vilka det var tveksamt om de skulle räknas till sinnessjukdom eller inte. Domstolen skulle här få möjlighet att under åberopande av att kausalsamband ej förelåg avvisa försök att ge SL 5:5 en alltför vidsträckt tolkning. Föreskriften om kausalsamband avsågs i stort sett fylla samma funktion som de s. k. psykologiska kriterierna i tillräknelighetsbestämmelserna i vissa utländska lagar. Kravet på kausalsamband skulle enligt beredningen även medföra att straffrihet inte kunde ifrågakomma på grund av sinnessjukdom som drabbat den brottslige



efter brottets begående.

Beträffande den straffrättsliga behandlingen av psykopater framhöll beredningen att deras själsliga brister var av konstitutionell natur och att de ofta endast i ringa grad var mottagliga för moralbildning eller avskräckning genom straffdom och straffverkställighet i olika former. Behandlingen av dem borde därför i regel gå ut på psykologisk påverkan, utbildning och regelbundet arbete. De borde placeras i en miljö där de i minsta möjliga mån utsattes för yttre inflytande ägnat att utlösa kriminalitet. Eftersom de ej sällan var cellintoleranta och därför inte borde behandlas i enrum, erfordrades i vissa fall behandling av sjukvårdande natur. För detta klientel förordades följande riktlinjer för behandlingen: Vid lindrigare brottslighet var de bästa behandlingsresultaten att vinna genom övervakning och rationell miljöplacering samt andra former av kriminalvård i frihet. När anstaltsbehandling var indicerad, borde man alltid överväga om det i samhällets intresse fanns skäl att göra brottslingen till föremål för annan behandling än tidsbestämt frihetsstraff. Kortvariga tidsbestämda straff var i många fall en olämplig påföljd, enär de inte gav tillfälle till pedagogisk fostran och lämplig yrkesutbildning.

## 2.2 1945 års strafflagsreform. Jämställdhetsregelns innebörd

Strafflagberedningens förslag upptog sålunda sinnessjukdom och sinnesslöhet såsom enda straffrihetsgrunder. Härvid måste emellertid erinras att vid ifrågavarande tid gällde 1929 års sinnessjuklag, som för intagning på sinnessjukhus krävde att den som skulle intagas var sinnessjuk eller sinnesslös och i behov av vård på sinnessjukhus. Vad som menades med sinnessjukdom angavs inte i sinnessjuklagen. Det hade man vid lagens tillkomst med tanke på det begränsade antalet platser på sjukhusen inte något behov av att precisera.

Strafflagberedningen utgick i sitt förslag från att såsom sinnessjukdom borde räknas inte blott vad som i dagligt tal brukade kallas för sinnessjukdom utan även åtskilliga andra tillstånd, däribland psykiska personlighetsförändringar efter hjärnskador, vilka innebar en sjuklig förändring av själslivet av djupgående natur. Under sinnessjukdom skulle däremot enligt beredningen ej hänföras någon form av psykopati.

Mot strafflagberedningens förslag invändes i yttrandena att det var principiellt felaktigt att göra skillnad mellan sådana fall, i vilka en hjärnskada kunde påvisas, och andra, till det yttre likartade fall, i vilka detta inte låtit sig göra. Det var ofta svårt att fastställa grunden till rubbningarna. En del psykopater företedde så allvarliga rubbningar att de från medicinska synpunkter var fullt jämförliga med och stundom svårare fall än många av de egentligt sinnessjuka samt att de även från social synpunkt intog en utpräglad undantagsställning.

Vid remissen till lagrådet uttalade departementschefen att det måste finnas möjlighet att kunna straffrifyrkla och till sjukvården hänvisa psykopater. Enligt departementschefen talade dock sannolikheten för att flertalet av de psykopater som enligt rådande praxis brukade straffrifyrklas kunde omhändertagas inom fängsvårdens ram. Nämnda praxis borde därför ej fortbestå.

Den särbehandling som straffriförklaring innebar borde ej användas utan ett verkligt vägande skäl förelåg och borde därför begränsas till psykopater med ett utpräglat vårdbehov. Frågan huruvida och i vad mån psykopater borde straffriförklaras borde avgöras med hänsyn till styrkan av det medicinska vårdbehov som i varje särskilt fall kunde anses föreligga. Var vårdbehovet dominerande, borde straffriförklaring äga rum. I enlighet härmed föreslog departementschefen att straffrihetsstadgandet skulle ges den lydelse att gärning som begås av den som är sinnessjuk, sinnesslös eller eljest till sin sinnesbeskaffenhet avviker så från det normala att han bör omhändertagas för särskild vård, skulle vara strafflös.

Enligt lagrådet kunde fråga om lagöverträdarens ansvar för sitt handlande inte bedömas och avgöras med hänsyn till behovet av vård. Lagrådet ville därför knyta straffriförklaring till lagöverträdarens sinnestillstånd. Lagrådet motiverade sin ståndpunkt på följande sätt: Vägande skäl hade anförts för att brott som begåtts av psykopater i allmänhet inte skulle undantagas från straff. Å andra sidan hade ådagalagts att en del psykopater föredde rubbningar av den art, att de straffrättsligt borde hänföras under 5:5 SL. Det var emellertid omöjligt att dra en klar skiljelinje mellan de fall som här avsågs och övriga fall av psykopati. Även om straffrättsliga synpunkter lämnades åsido och syftet skulle vara att utröna den för varje fall lämpligaste behandlingen, var det svårt att finna tillräckligt fasta normer. Detta sammanhänge med att rent medicinsk terapi enligt dittills vunnen erfarenhet oftast visat sig utsiktslös samt att den individuella behandlingen i stället måste inriktas på att genom fostran, yrkesutbildning och liknande åstadkomma en social anpassning. Enligt lagrådet borde tillräkneligheten därför bedömas inte efter vårdbehovet utan efter lagöverträdarens sinnestillstånd. Det var därvid naturligt att anknyta till de sinnestillstånd som i andra fall oomtvistligt utgjorde grund för straffrihet. Emellertid borde vid en dylik jämförelse de brister som psykopaten föredde på känslö- och viljelivets områden inte utan vidare vara bestämmande. Exempelvis borde de psykopater, vilka var utpräglat känslökalla och amoraliska och således utvisade stor avvikelse från det normala, inte enbart på denna grund straffriförklaras. Att de i regel var normalt utrustade i intellektuellt avseende måste inverka på bedömandet av tillräkneligheten och minskade betänkligheterna mot reaktion inom det straffrättsliga systemet. För att jämförelsen (med sinnestillstånd som oomtvistligt skulle medföra straffrihet) skulle bli riktig måste hänsyn tagas till den allmänna symtombilden så att i 5:5 SL inrymdes endast den, som till sitt sinnestillstånd var att jämställa med en sinnessjuk. En obetydlig avvikelse från det psykiska normaltillståndet var således ej tillräcklig, utan avgörande måste vara, huruvida gärningsmannen saknade förmåga att tillnärmelsevis fylla en plats i arbets- och samhällslivet.

I propositionen accepterade departementschefen lagrådets ståndpunkt under framhållande att gränsdragningen mellan straffria och övriga inte visade någon skillnad i sak vare sig man lade huvudvikten vid den abnormes vårdbehov såsom skett i remissen till lagrådet eller på hans bristande funktionsduglighet i samhällslivet såsom lagrådet gjort.

Den slutliga avfattningen av jämställdhetsregeln tillkom i första lagutskottet, som i likhet med lagrådet ansåg att vårdbehovet ej fick vara avgörande för frågan om straffrihet. Utskottet framhöll att inom fackkretsar olika meningar



syntes råda om innebörden och avgränsningen av begreppet psykopati och att många läkare härunder innefattade icke endast de rent konstitutionella psykopatierna utan även vissa organiska defekttillstånd och svårare neurotiska sjukdomstillstånd. Även strafflagberedningen hade ansett att dessa defekttillstånd borde medföra straffrihet. Beredningen hade emellertid menat att det medicinska språkbruket skulle medgiva att beteckna också dem som sinnessjukdom. Det var främst dylika och andra därmed jämförliga, med sinnessjukdom nära likartade fall, som utskottet åsyftade, när det förordade en bestämmelse om att även andra psykiskt abnormalt än sinnessjuka och sinnesslöa skulle kunna på grund av sin sinnesbeskaffenhet helt frias från ansvar. Det vårdbehov som otvivelaktigt ofta förelåg i psykopatfall kunde tillgodoses på olika sätt utan att straffriförklaring skedde. Utskottet hänvisade härvid bl. a. till lagen om förvaring och internering i säkerhetsanstalt.

I enlighet härmed stadgades i 5:5 SL att ej någon må fällas till ansvar för gärning, som han begått under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan själslig abnormitet av så djupgående natur, att den måste anses jämställd med sinnessjukdom.

I en inom justitiedepartementet i anslutning till 1945 års reform utarbetad promemoria angavs följande grupper av fall som kunde hänföras under jämställdhetsregeln.

1. Vissa undantagsfall av konstitutionell psykopati, om den konstitutionella karaktärsanomalin var så uttalad att den måste sägas ständigt balansera på gränsen till det psykotiska.
2. Vissa psykiska defekttillstånd av djupgående natur, vilka orsakats av hjärnskador eller hjärnsjukdomar.
3. Vissa svårare neurotiska sjukdomstillstånd eller svårare fixerade neuroser.
4. Vissa åldersförändringar inom gränsområdet till verklig senildemens.

## 2.3 Påföljdssystemet enligt brottsbalken (BrB)

I strafflagberedningens förslag till skyddslag som låg till grund för BrB, som trädde i kraft 1965, frångicks det tidigare systemet med straffriförklaringar. Brott av psykiskt abnormalt lagöverträdare fördes in under det av domstolarna tillämpade reaktionssystemet. Detta skulle enligt förslaget ske genom att domstolen förordnade om överlämnande till vård enligt sinnessjuklagen eller till öppen psykiatrisk vård eller till vård enligt lagarna om nykterhetsvård eller barnavård. Även vissa andra påföljder skulle, i motsats till vad förut gällde, kunna tillämpas på sinnessjuka och sinnesslöa lagöverträdare. Sålunda skulle skyddstillsyn kunna ådömas om denna påföljd av särskilda skäl fanns lämpligare än överlämnande till särskild vård. Förslaget öppnade även möjlighet att i vissa fall döma till böter. Genom att göra överlämnande till särskild vård till en brottspåföljd, behövdes inte längre något uttryckligt stadgande om straffrihet för den som var otillräckelig.

Strafflagberedningen motiverade sitt förslag på följande sätt: Den princip ur vilken gränsdragningen mellan straffbara och straffria hämtat sitt berättigande hade efter hand satts ur spel. Bortsett från brottslighet som endast föranledde böter, tillämpades numera särskilda behandlingsformer mot

brottslingar i ungefär samma omfattning som straff i vedertagen mening. För huvudparten av lagöverträdare kunde behandling i olika former åvägbringas utan att den tilltalade för den skull förklarades straffri. Utvecklingen hade sålunda lett till att sådan förklaring erfordrades endast för att det fåtal tilltalade som hemföll under SL 5:5 skulle kunna överföras till vårdformer som var lämpade för dem. Sinnessjuka, sinnesslöa och med dem i behandlingshänseende likställda lagöverträdare blev i allmänhet föremål för ingripande i samhällsskyddets intresse. Även dessa ingripanden var åtgärder till skydd mot brott, och de skilde sig ur kriminalpolitisk synpunkt inte på annat sätt från övriga skyddsåtgärder än att det inte tillkom domstolen att bestämma vilken form ingripandet skulle ges. –Förslaget överensstämde med förut gällande rätt i så måtto att behandling av sinnessjuka och sinnesslöa lagöverträdare i regel skulle ske utanför den egentliga kriminalvårdens område. Regeln var undantagslös såvitt gällde anstaltsbehandling. Ingripandet mot den sinnessjuka eller sinnesslöe borde, om inte ett mera utpräglat vårdbehov förelåg, begränsas till vad som erfordrades för att förhindra fortsatta lagöverträdelser. – Den öppna vårdformens användbarhet begränsades av att vården förutsatte den vårdades frivilliga medverkan; några tvångsåtgärder kunde ej vidtas mot honom, såvida ej intagning på sinnessjukhus kunde ske i enlighet med sinnessjuklagens allmänna regler. I valet mellan vård på sinnessjukhus och öppen psykiatrisk vård måste av denna anledning ej sällan den förra vårdformen tillgripas. För dessa fall erbjöd skyddstillsyn en lämplig mellanform, där den tilltalade å ena sidan besparades det lidande som ett frihetsberövande innebar men å andra sidan ställdes under övervakning och blev skyldig att underkasta sig de föreskrifter som kunde finnas erforderliga för hans anpassning i samhället. Därvid kunde föreskrivas att han skulle hålla fortlöpande kontakt med läkare. Bröt han mot de meddelade föreskrifterna, kunde skyddstillsynen undanröjas och i samband därmed förordnande meddelas om överlämnande till vård enligt sinnessjuklagen, om förutsättningar därför förelåg.

I beredningens förslag fanns inga bestämmelser beträffande dem som hade begått brottslig gärning under inflytande av "annan själslig abnormitet av så djupgående natur, att den måste anses jämställd med sinnessjukdom". Härmed avsågs dock inte att åstadkomma någon ändrad behandling av dessa lagöverträdare. Beredningen uttalade att det i dessa fall, där den psykiska abnormiteten var av den art att den tilltalade saknade förmåga att tillnärmelsevis normalt fylla en plats i arbets- och samhällslivet, alltid torde föreligga behov av psykiatrisk vård. Med hänsyn härtill borde ifrågavarande lagöverträdare i fortsättningen liksom hittills beredas sådan vård.

De av beredningen föreslagna reglerna accepterades i stort sett av remissinstanserna. Från läkarhåll framfördes emellertid betänkligheter mot att reglerna begränsats till att gälla sinnessjuka och sinnesslöa.

Departementschefen anförde i lagrådsremissen i dessa hänseenden bl. a.: Såsom läkarförbundet framhållit fanns det allvarliga psykiska abnormtillstånd som ej kunde rubriceras som sinnessjukdom. Att i sådana fall förlita sig på att domstolarna alltid utan uttryckliga föreskrifter skulle undvika att döma till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården var ej försvarligt. Beredningen hade ej anfört några vägande skäl för att inte uttryckligen likställa de s. k. jämställdhetsfallen med sinnessjuka och sinnesslöa. Reglerna om



reaktionssystemets tillämplighet med avseende på dem, som begått brott under inflytande av sinnessjukdom eller sinnesslöhet, borde därför utsträckas att gälla även dem, som handlat under inflytande av annan själslig abnormitet av så djupgående natur, att den måste anses jämställd med sinnessjukdom. I detta sammanhang borde också erinras om att psykopat-sjukhus kunde väntas så småningom bli inrättade och inordnade bland mentalsjukhusen. – Om straffriförklaringarna avskaffades, uppkom frågan, huruvida även andra psykiskt abnorma lagöverträdare än sådana, som hade handlat under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan själslig abnormitet av så djupgående natur, att den måste anses jämställd med sinnessjukdom, skulle kunna överlämnas till vård enligt sinnessjuklagen. Den utvidgning av möjligheterna att få psykiskt abnorma lagöverträdare intagna på sinnessjukhus, som utredningens förslag skulle medföra, torde väsentligen avse fall, där sinnessjukdomen eller abnormiteten hade inträtt först efter brottets begående. Det hade pekats på risken för en ökning av reaktiva tillstånd hos dem som begick brott. – Departementschefen fann sig dock, om än med tvekan, inte böra helt frångå förslaget i denna del. I vissa situationer, då sjukdomen uppkommit efter brottet och den tilltalade var i behov av lång tids vård och behovet ej kunde tillgodoses inom fångvården, torde det vara av värde att ifrågavarande möjlighet stod öppen. I departementsförslaget stadgades med hänsyn härtill att i de åsyftade fallen överlämnande till vård enligt sinnessjuklagen fick ske allenast om särskilda skäl var därtill.

#### *Förutsättningar för överlämnande till sluten psykiatrisk vård såsom brottspåföljd*

Förutsättning för att domstol skall kunna förordna om överlämnande till sluten psykiatrisk vård såsom brottspåföljd är enligt nu gällande lydelse av 31:3 BrB att den som begått brottslig gärning kan, enligt vad som framgår av föreskriven medicinsk utredning, beredas vård med stöd av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) och att rätten finner behov av sådan vård föreligga. Om gärningen icke begåtts under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan själslig abnormitet av så djupgående natur, att den måste anses jämställd med sinnessjukdom, må dock sådant förordnande meddelas allenast såframt särskilda skäl är därtill.

En av förutsättningarna för att bereda någon sluten psykiatrisk vård med stöd av LSPV – alltså oberoende av hans eget samtycke – är att han lider av "psykisk sjukdom". Därmed jämställs "psykisk abnormitet, som inte är psykisk sjukdom eller utgöres av hämning i förståndsutvecklingen".

Beträffande innebörden av begreppen "psykisk sjukdom" och "psykisk abnormitet" anförde sinnessjuklagstiftningskommittén i det betänkande, som låg till grund för LSPV, bl. a.: Det borde ur psykiatrisk synpunkt kunna godtas att man använde uttrycket "psykiska sjukdomar" som samlingsbeteckning för alla sjukdomar med psykiska symtom oavsett deras orsaker. Begreppet "psykiska sjukdomar" innefattade därför psykoser (sinnessjukdomar), neuroser och insufficienstillstånd av olika slag. Om uttrycket gavs denna vidsträckta betydelse, var det nödvändigt att i en lag, som reglerade intagning och kvarhållande på sjukhus oberoende av eget samtycke, närmare bestämma på vilka sjukdomar eller under vilka förhål-

landen som lagen skulle vara tillämplig. Intagning mot den sjukens önskan borde icke ske, då det var fråga om psykos av lindrig beskaffenhet.

Ibland kunde det vara nödvändigt med intagning mot den sjukens önskan i enstaka fall av svårartade neuroser och uttalade reaktiva insufficienser hos människor med avvikande personlighetstyper. Den erforderliga begränsningen med avseende på det psykiska tillståndet kunde lämpligen åstadkommas genom att anknyta till sjukdomens art och grad. – Den intagning av psykopater på mentalsjukhus som ägde rum grundade sig dels på strafflagens bestämmelser om straffrörelse av personer, som begått brott under inflytande av psykisk abnormitet av så djupgående natur att den var att jämföras med sinnessjukdom, och dels på en analogisk tillämpning på de psykiskt abnorma av sinnessjuklagens regler om intagning av sinnessjuka och sinnesslöa. Vid sidan härav torde i viss omfattning förekomma fri intagning av lättare fall av psykopati. Det måste emellertid anses otillfredsställande att intagning av psykopater på mentalsjukhus kunde ske även mot den enskildes vilja utan att uttryckligt stöd härför fanns i mentalsjukvårdslagstiftningen. Det var därför ett angeläget önskemål att den intagning av psykopater som borde få äga rum uttryckligen reglerades i den nya mentalsjukvårdslagen. Detta skedde genom att "psykisk abnormitet" i LSPV jämförades med "psykisk sjukdom".

En annan förutsättning för intagning till sluten psykiatrisk vård med stöd av LSPV är att behovet av sådan vård är av viss styrka. Intagning till och kvarhållande i sluten psykiatrisk vård oberoende av eget samtycke får sålunda enligt LSPV ske endast om sådan vård är oundgängligen påkallad med hänsyn till sjukdomens eller abnormitetens art och grad och till någon av där angivna specialindikationer, nämligen att vederbörande

- a) dels till följd av sjukdomen uppenbarligen saknar sjukdomsinsikt eller till följd av beroende av narkotiska medel uppenbarligen är ur stånd att rätt bedöma sitt behov av vård, dels kan få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller avsevärt försämrat om vården uteblir,
- b) till följd av sjukdomen är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa eller för eget liv,
- c) till följd av sjukdomen är ur stånd att taga vård om sig själv,
- d) till följd av sjukdomen har ett för närboende eller andra grovt störande levnads sätt eller,
- e) till följd av sjukdomen är farlig för annans egendom eller annat av lagstiftningen skyddat intresse som icke avses under b).

Det sätt, varpå förutsättningarna för att bereda någon sluten vård oberoende av eget samtycke utformats, ger uttryck för att intagning och kvarhållande av den sjuke mot hans vilja får äga rum endast vid allvarliga sjukdomstillstånd eller då sjukdomen nått viss utvecklingsgrad. Sinnessjuklagstiftningens kommittén framhöll dock att vid åtskilliga sjukdomar vård i ett tidigt skede kunde te sig oundgänglig med hänsyn till sjukdomsprognosen. Genom angivande, att vården skulle framstå som oundgängligen påkallad, inskräpades vikten av att omhändertaganden, varom här var fråga, endast fick tillgripas då vägande skäl talade därför.

Sluten psykiatrisk vård oberoende av eget samtycke kan beredas vårdbehövande efter ansökningsförfarande eller på grund av domstols förordnande enligt 31:3 BrB. Intagning efter ansökan får dock inte ske med stöd av specialindikationen under e).



### *Överlämnande till vård i specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda såsom brottspåföljd*

Stadgandet i 31:3 BrB ger också domstol befogenhet att i vissa fall såsom brottspåföljd överlämna en lagöverträdare till vård i specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda. Förutsättning för ett förordnande om sådan påföljd är enligt nämnda lagrum att vård i specialsjukhus kan beredas lagöverträdaren med stöd av 35 § lagen den 15.12.1967 angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda (omsorgslagen). Denna lag avser enligt 1 § psykiskt utvecklingsstörda som på grund av hämmad förståndsutveckling för sin utbildning eller anpassning i samhället eller i övrigt behöver särskilda omsorger genom det allmänna. Vård i vårdhem eller specialsjukhus skall enligt 34 § beredas psykiskt utvecklingsstörd som är i behov därav efter hans eget samtycke om han är myndig och annars efter samtycke av vårdnadshavare eller förmyndare. I vissa fall kan dock sådan vård beredas utan samtycke. I 35 § omsorgslagen stadgas sålunda att psykiskt utvecklingsstörd som fyllt 15 år får oberoende av samtycke beredas vård i specialsjukhus, om vården är oundgängligen påkallad med hänsyn till utvecklingsstörningens grad och till att han till följd av utvecklingsstörningen

- a) är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa eller för eget liv,
- b) är ur stånd att taga vård om sig själv,
- c) är ur stånd att skydda sig själv mot att bli sexuellt utnyttjad eller
- d) har ett för närboende eller för andra grovt störande levnadssätt.

Vård i specialsjukhus oberoende av samtycke får beredas även när vården är oundgängligen påkallad med hänsyn till, förutom utvecklingsstörningens grad, att den utvecklingsstörde till följd av störningen är farlig för annans egendom eller annat av lagstiftningen skyddat intresse än det som avses i nyssnämnda specialindikation under a). Vården får dock beredas endast med stöd av domstols förordnande.

### *Överlämnande till öppen psykiatrisk vård såsom brottspåföljd*

Är någon som begått brottslig gärning i behov av psykiatrisk vård och meddelas inte förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård, må rätten enligt 31:4 BrB, om mera ingripande åtgärd av särskilda skäl ej finnes påkallad, förordna att han skall överlämnas till öppen psykiatrisk vård.

### *Rättspsykiatrisk undersökning och § 7-intyg*

Domstols förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård eller till vård i specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda skall enligt 31:3 BrB vara grundat på "föreskriven medicinsk utredning". Om sådan utredning har bestämmelser meddelats i lagen den 16.6.1966 om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål.

Enligt 3 § denna lag får förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda ej meddelas utan att rättspsykiatrisk undersökning företagits. Undersökning erfordras emellertid inte om den misstänkte är intagen för vård eller för-

söksutskriften jämlikt LSPV eller inskriven i specialsjukhus med stöd av 35 § omsorgslagen och fortsatt vård kan beredas honom enligt uttalande av socialstyrelsen.

Rättspsykiatrisk undersökning får beslutas av rätten, om den misstänkte erkänt gärningen eller övertygande bevisning förebogs att han begått den och undersökningen kan antas få betydelse för bestämmande av brottspåföljd eller i annat hänseende för målets avgörande (2 §). Om rätten finner att svårare straff än böter ej bör följa på brottet, får rättspsykiatrisk undersökning beslutas endast om särskilda skäl föreligger.

Undersökning skall utföras av läkare vid rättspsykiatrisk klinik eller station eller av annan läkare som socialstyrelsen utser (1 §).

Utlåtande skall inges till rätten inom 6 veckor, om ej socialstyrelsen medger anstånd (4 §), och innehålla uttalande om förutsättningarna för att bereda den misstänkte vård med stöd av LSPV eller i specialsjukhus med stöd av omsorgslagen. Utlåtandet skall vidare innehålla uttalande om hans sinnesbeskaffenhet vid gärningens begående. Om undersökningsläkaren anser att den undersökte på grund av sin sinnesbeskaffenhet bör bli föremål för annan åtgärd än sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus skall detta anmärkas (5 §). Rätten äger infordra socialstyrelsens yttrande över verkställd undersökning (6 §).

Sedan domstol genom lagakraftvunnen dom beslutat överlämna tilltalad till sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus, skall socialstyrelsen jämlikt 12 § LSPV eller 37 § omsorgslagen föranstalta om att han utan dröjsmål intas för sådan vård.

I lagen den 29.6.1964 om personundersökning i brottmål stadgas i 7 § att rätten kan förordna läkare att avge läkarintyg angående misstänkt. Sådant intyg – vanligen kallat § 7-intyg – måste, om rättspsykiatrisk undersökning ej gjorts, inhämtas av psykiater, innan någon döms till internering, överlämnas till öppen psykiatrisk vård eller någon som ej fyllt aderton år döms till ungdomsfängelse.

### *Förbudsstadgandet i 33:2 BrB*

I 33:2 BrB anges vilka påföljder som får ådömas den som begått brott under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller med sinnessjukdom jämställd abnormitet. Den som begått brott under inflytande av sådan psykisk störning må enligt detta stadgande inte dömas till annan påföljd än överlämnande till särskild vård eller i vissa fall böter eller skyddstillsyn. Han kan sålunda överlämnas till sluten eller öppen psykiatrisk vård, vård i specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda, vård enligt barnavårdslagen eller vård enligt lagen om nykterhetsvård. Till böter må dömas om det finnes ändamålsenligt för att avhålla den tilltalade från fortsatt brottslighet. Skyddstillsyn må ådömas om sådan påföljd med hänsyn till omständigheterna finnes lämpligare än särskild vård. Skyddstillsyn får dock inte kombineras med anstaltsbehandling. Om ingen av de i paragrafen uppräknade påföljderna finnes böra ådömas, skall den tilltalade vara fri från påföljd.

Den som begått brott under inflytande av sådan psykisk störning som avses i detta lagrum får således inte dömas till fängelse, ungdomsfängelse eller



internering. Han kan inte heller ådömas disciplinstraff för krigsmän eller meddelas villkorlig dom.

### *Gärning som begås under rus*

Enligt 1:2 BrB skall gärning, om ej annat sägs, anses som brott endast då den begås uppsåtligt. Detta innebär att brottsbeskrivningarna kräver uppsåt, när det inte uttryckligen sägs att oaktsamhet är tillräckligt för straffansvar. I stadgandet sägs emellertid att den omständigheten att gärningen begåtts under självförvållat rus eller gärningsmannen eljest genom eget vållande tillfälligt var från sina sinnens bruk inte får föranleda att gärningen ej anses som brott. Gärning som begåtts under självförvållat rus av någon som på grund därav var från sina sinnens bruk, skall alltså anses ha begåtts uppsåtligt. Bestämmelsen tar i första hand sikte på alkoholberusning, men även rus eller omtöckningstillstånd, framkallade av annat ämne, stimulerande eller narkotiskt, omfattas av bestämmelsen. Det är att märka att vid brottsbalksförslagets behandling i lagrådet två ledamöter ville införa en bestämmelse om självförvållat rus i 33 kap. BrB av innehåll att den omständigheten att gärning begåtts under självförvållat rus eller då gärningsmannen eljest genom eget vållande tillfälligt var från sina sinnens bruk inte skulle föranleda att påföljd ej må ådömas.

### *Övriga bestämmelser i BrB rörande psykiskt störda*

För brott som någon begått under inflytande av själslig abnormitet må enligt 33:4 BrB lindrigare straff än för brott är stadgat ådömas, om särskilda skäl är därtill.

I samband med dom till skyddstillsyn, villkorlig frigivning från fängelsestraff eller utskrivning till vård utom anstalt kan, enligt vad som stadgas om de olika påföljderna, föreskrifter meddelas bl. a. om att den dömda eller frigivna skall i eller utom sjukhus eller liknande institution underkasta sig läkarvård, nykterhetsvård eller annan vård och behandling.

Som framgår av det sagda kan en psykiskt avvikande lagöverträdare, vars störning inte är så allvarlig att den kan bedömas som sinnesslöhet, sinnessjukdom eller med sinnessjukdom jämställd abnormitet dömas till påföljder inom kriminalvården, om förutsättningar i övrigt föreligger härför. En påföljd som särskilt tar sikte på sådana psykiskt avvikande som begått allvarliga brott är internering. Denna påföljd kan enligt 30:1 BrB ådömas, om på brottet eller, när flera brott förövats, på något av dem kan följa fängelse i två år eller däröver och ett långvarigt frihetsberövande utan på förhand bestämd tid finns med hänsyn till den tilltalades brottslighet, sinnesbeskaffenhet, vandell och levnadsomständigheter i övrigt vara påkallat för att förebygga fortsatt allvarlig brottslighet från hans sida. Rätten skall bestämma minsta tid för omhändertagande i anstalt, lägst ett och högst 12 år. Visar det sig att den dömda är i långvarigt behov av sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus för utvecklingsstörda och beredes honom sådan vård med stöd av LSPV eller 35 § omsorgslagen kan interneringsnämnden efter utgången av minsta tiden förordna om interneringens upphörande.

## 2.4 Åtalsunderlåtelse

I 20:7 rättegångsbalken (RB) anges de fall då åklagare må besluta att inte tala å brott. I p. 4 stadgas att så får ske, om brottet uppenbarligen begåtts under inflytande av sådan själslig abnormitet, som avses i 33:2 BrB, samt sluten psykiatrisk vård eller vård i vårdhem eller specialistsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda kommer till stånd utan lagföring och åtal ej är påkallat av särskilda skäl. Beslut om åtalsunderlåtelse får återkallas, om tillräckliga skäl för beslutet ej längre föreligger.

I ett av åtalsrättskommittén nyligen avgivet betänkande med förslag till ökade möjligheter till åtalsunderlåtelse och förundersökningsbegränsning (SOU 1976:47) har föreslagits att nyssnämnda bestämmelse i 4:e punkten av 20:7 RB skall ersättas av ett stadgande, enligt vilket åklagare må underlåta att tala å brott, om vård som avses i 31:2–4 BrB eller annan vård-, stöd- eller hjälptåtgärd kommer till stånd utan lagföring samt åtgärden kan anses ägnad att främja den misstänktes anpassning i samhället. Åtalsunderlåtelse kan alltså meddelas, om sluten eller öppen psykiatrisk vård eller vård enligt nykterhetsvårdslagen kommer till stånd. Finner åklagaren, när fråga uppkommer om tillämpning av det föreslagna stadgandet, att utfallet av där avsedd åtgärd bör avvaktas, får han, enligt vad åtalsrättskommittén vidare föreslagit, förklara åtalsfrågan vilande. Åtalsunderlåtelse får enligt förslaget återkallas, om förhållandena ändrats väsentligt eller eljest särskild omständighet föranleder det. Åtal får dock ej ske, sedan två år förflutit från beslutet.

## 2.5 Bestämmelser om utskrivning

Bestämmelser om utskrivning av den som beretts sluten psykiatrisk vård oberoende av eget samtycke har meddelats i 16–20 §§ LSPV.

Den som beretts sådan vård skall enligt 16 § ofördröjligen utskrivas, om förutsättningar för att bereda honom vård oberoende av eget samtycke inte längre föreligger. Kvarhållande med stöd av e)-indikationen får endast ske beträffande patienter som beretts vård efter domstols förordnande. Fråga om utskrivning skall prövas fortlöpande. Patient får utskrivas på försök, om särskilda skäl föreligger och det inte medför fara för annans personliga säkerhet eller patientens eget liv. Försöksutskrivnen får åläggas att iaktta särskilda föreskrifter och ställas under tillsyn av lämplig person. Om förhållandena påkallar det, kan han återintas i sjukhus. Utskrivning på försök skall avse viss tid, högst sex månader, som kan förlängas med högst sex månader åt gången.

Utskrivning beslutas i vanliga fall (s. k. P-fall) av överläkaren vid sjukhuset. För den som intagits på grund av domstols förordnande (s. k. N-fall) gäller emellertid särskilda bestämmelser. I dessa fall måste utskrivning beslutas av utskrivningsnämnd. Sådan nämnd består av lagfaren ordförande, som är eller varit innehavare av ordinarie domartjänst, en läkare, som bör vara särskilt kunnig i psykiatri, och en person med erfarenhet i allmänna värv. Utskrivningsreglerna för domstolsöverlämnade gäller också för person som under inflytande av psykisk sjukdom begått brott mot annans



personliga säkerhet, för vilket åtal ej väckts (s. k. O-fall), eller varit intagen i kriminalvårdsanstalt för undergående av påföljd för brott och under tiden för anstaltsvården eller i samband med att denna upphört intagits för sluten psykiatrisk vård och inte skall återföras till anstalten (s. k. PN-fall).

Talan mot läkares beslut om avslag på ansökan om utskrivning enligt LSPV kan föras hos utskrivningsnämnden. Talan mot utskrivningsnämnds beslut kan föras hos psykiatriska nämnden, som består av lagfaren ordförande, två psykiatrer, och två personer med erfarenhet av allmänna värv.

Bestämmelser om utskrivning från vård i specialsjukhus eller vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda har meddelats i 38–42 §§ omsorgslagen och utformats i likhet med vad som gäller utskrivning från sluten psykiatrisk vård. Den som med stöd av 35 § omsorgslagen inskrivits i vårdhem eller specialsjukhus oberoende av samtycke får utskrivas på försök, om särskilda skäl föreligger och det inte medför fara för annans personliga säkerhet eller hans eget liv. Slutlig utskrivning skall ske ofördröjligen, om förutsättningar enligt 35 § för att bereda honom vård icke längre föreligger. Den omständigheten att patienten är farlig för annans egendom får inte utgöra grund för kvarhållande i annat fall än när patienten beretts vård på grund av domstols förordnande.

Fråga om utskrivning av patient, som av domstol överlämnats till vård i specialsjukhus eller som i annat fall beretts vård i specialsjukhus och som under inflytande av utvecklingsstörning begått brott mot annans personliga säkerhet, för vilket åtal inte väckts, prövas av särskild beslutsnämnd för psykiskt utvecklingsstörda i den landstingskommun, där sjukhuset är beläget. På beslutsnämnd ankommer också att pröva fråga om utskrivning av den som varit intagen i fångvårdsanstalt och under tiden för anstaltsvården eller i samband med att den upphört inskrivits i specialsjukhus och inte skall återföras till anstalten. Beslutsnämnden består av lagfaren ordförande, som är eller har varit innehavare av ordinarie domartjänst och som förordnas av regeringen, samt ytterligare två eller fyra av landstinget utsedda ledamöter, som skall vara ledamöter eller suppleanter i styrelsen för omsorger om psykiskt utvecklingsstörda.

## 2.6 Sjukvård i kriminalvårdsanstalt

I lagen den 19.4.1974 om kriminalvård i anstalt finns bestämmelser om vård av intagen vid sjukdom. I 37 § stadgas att intagen skall vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Kan erforderlig undersökning och behandling ej lämpligen ske inom anstalten, bör den allmänna sjukvården anlitas. Vid behov får intagen överföras till allmänt sjukhus. I 38 § hänvisas till bestämmelserna i LSPV och omsorgslagen. Av intresse i sammanhanget är också 34 §, vari stadgas att, om intagen genom vistelse utanför anstalt kan bli föremål för särskilda åtgärder som kan antas underlätta hans anpassning i samhället, medgivande att för sådant ändamål vistas utanför anstalten kan lämnas honom under lämplig tid, om särskilda skäl föreligger. Tid för vistelse utanför anstalten enligt 37, 38 eller 34 §§ inräknas i verkställighetstiden, om ej särskilda skäl talar däremot.





### 3 Vissa statistiska uppgifter rörande psykiskt störda lagöverträdare

De psykiska avvikelser som enligt lag skall medföra straffrättslig särställning är, som framgår av redogörelsen för gällande rätt, sinnessjukdom, sinnesslöhet eller abnormitet som är så djupgående att den kan jämföras med sinnessjukdom (i fortsättningen kallat jämställdhetstillstånd). Förekomsten av något av dessa tillstånd konstateras vanligen genom rättspsykiatrisk undersökning.

Socialstyrelsen för årlig statistik över de rättspsykiatriska utlåtandena. Av denna statistik framgår antalet fall, där undersökningsläkaren ansett att den undersökte begått brott under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller jämställdhetstillstånd samt antalet fall då så inte ansetts vara förhållandet.

Upplysning om brottslighet och brottspåföljder erhålles i den brottsstatistik som årligen publiceras av statistiska centralbyrån. Av intresse är närmast grövre brott. Till sådana räknas i det följande brott, för vilka dömts till påföljd, som skall antecknas i kriminalregistret, nämligen fängelse, villkorlig dom, skyddstillsyn, ungdomsfängelse och internering, överlämnande till sluten eller öppen psykiatrisk vård eller till vård i specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda eller, om för brottet är stadgat fängelse, till vård enligt nykterhetsvårdslagen ävensom förvandlingsstraff, varmed anstånd beviljats, och brott för vilka dömts till vård enligt barnavårdslagen i allvarigare fall. Brott vilka åklagaren beslutat att inte åtala betraktas som grova, om de enligt åklagarens bedömning skulle föranlett påföljd som skall antecknas i kriminalregistret. Vidare upptas, om flera brott begåtts, endast huvudbrott, varmed menas det brott som har det svåraste straffet i sin straffskala. I de redovisade huvudbrotten ingår även försöksbrott.

Brottsstatistiken lades i åtskilliga hänseenden om år 1971. Sålunda har de olika tillstånden – sinnessjukdom, sinnesslöhet och jämställdhetstillstånd – särredovisats fram till 1971, men inte därefter. Vidare omfattar statistiken för de olika påföljderna före 1972, men inte därefter, fall då 34:1 första punkten BrB tillämpats, dvs. tidigare ådömd påföljd förordnats avse det aktuella brottet.

En fullständig bild av det rättspsykiatriska klientelet torde endast kunna erhållas genom undersökning och uppföljning av ett flertal fall som genomgått rättspsykiatrisk undersökning. En dylik kartläggning har gjorts rörande samtliga män, vilka på grund av beslut år 1967 genomgått rättspsykiatrisk undersökning med undantag för dem som betecknats som sinnesslöa. Undersökningarna har utförts beträffande till sluten psykiatrisk vård dömda sinnessjuka av leg. läk. Birgitta Wode-Helgodt, beträffande till sådan

vård dömda jämställda av utredningens expert docenten Rolf Lindelius och beträffande dem som dömts till andra påföljder än sluten psykiatrisk vård av hovrättsassessorn Jan Freese, docenten Lars Lidberg och fil. kand. Britt Rutberg.

Kommitten har i samband med en enqueteundersökning gjort vissa studier av vårdtider m. m. Ytterligare upplysningar i sistnämnda hänseende har framtagits ur rikspolisstyrelsens person- och belastningsregister (PBR). Dessa uppgifter redovisas i kap. 11.

### *Rättspsykiatriska bedömningar och diagnoser*

Från år 1968, då man på socialstyrelsen började göra en mera detaljerad statistik över rättspsykiatriska undersökningar, har antalet sådana undersökningar uppgått till ca 700–850 årligen (en närmare redogörelse för det rättspsykiatriska undersökningsväsendet återfinns i kap 10). Utfallet framgår av tabell 3.1.

**Tabell 3.1. Rättspsykiatriska undersökningar under åren 1968–75**

År	Sinnessjuka		Sinnesslöa		Jämställda		Övriga		Totala antalet undersökningar	Därav häktade %
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1968	125	15	39	5	258	31	411	49	835	64
1969	121	15	33	4	269	33	392	48	815	61
1970	115	15	23	3	274	34	400	49	812	67
1971	123	16	20	3	253	34	358	47	754	76
1972	115	15	15	2	280	36	360	47	770	72
1973	130	17	27	3	293	38	330	42	780	75
1974	132	18	17	2	307	42	281	38	737	74
1975	110	16	10	1,5	259	37,5	309	45	688	77

Man kan alltså konstatera att antalet sinnessjuka hållit sig relativt konstant. Antalet sinnesslöa har under senare tid minskat påtagligt såväl i absoluta tal som procentuellt. De jämställda visar en viss procentuell ökning och har under perioden uppgått till omkring 60–70 % av samtliga som bedömts lida av straffrättsligt relevant avvikelse.

Någon redovisning av de sjukdomstillstånd som legat till grund för den rättspsykiatriska bedömningen finns inte. Det bör i detta sammanhang påpekas att mer eller mindre allvarliga psykiska avvikelser är vanliga även bland de undersökningsfall som inte blir straffrättsligt särbehandlade. En viss uppfattning om sjukdomstillstånden kan man dock få genom studium av 1967 års fall. Det finns knappast anledning tro att sjukdomsbilden bland de rättspsykiatriskt undersökta ändrat sig väsentligt sedan dess annat än i så måtto att allvarliga former av opiatmissbruk blivit vanligare.

Studiet av 1967 års rättspsykiatriska undersökningar visar att den vanligaste diagnosen hos dem, som av domstol överlämnats till sluten psykiatrisk vård på grund av sinnessjukdom, enligt det rättspsykiatriska utlåtandet var schizofreni eller misstanke om schizofreni (42 fall av 92). Vid en senare genomgång kunde diagnosen bekräftas i 27 fall. Därefter kom alkoholpsykos och narkomani.

Bedömningarna av dem som överlämnats till sluten psykiatrisk vård såsom



**Tabell 3.2. Lagöverträdare som överlämnats till sluten psykiatrisk vård såsom jämställda**

Diagnos enligt Lindelius	Antal	%
Senila tillstånd, hjärnskador, psykos	98	50
Persona pathologica	16	8
Persona pathologica i komb. med neuros/debilitet/somatisk diagnos	16	8
Persona pathologica i komb. med såväl neuros/debilitet som missbruk	12	6
Persona pathologica i komb. med missbruk	43	22
Neuros/debilitet i komb. med missbruk	3	1
Neuros/debilitet	5	3
Enbart missbruk	4	2
<b>Totalt</b>	<b>197</b>	<b>100</b>

jämställda framgår av tabell 3.2.

På sätt framgår av uppställningen återopades diagnosen persona pathologica ensamt i 8 % av de 197 fallen. Diagnosen återopades emellertid i stor utsträckning tillsammans med andra diagnoser. Av de i gruppen "senila tillstånd, hjärnskador, psykos" upptagna 98 personerna hade sålunda 57 persona pathologica såsom bidiagnos. Tillsammans förekom denna diagnos såsom huvud- eller bidiagnos i 73 % av jämställdhetsfallen.

Av dem som genom beslut 1967 blev rättspsykiatriskt undersökta och som dömts till andra påföljder än sluten psykiatrisk vård hade 68 % diagnosen persona pathologica som huvuddiagnos. Som huvud- eller bidiagnos förekom den i 80 % av fallen.

Som en jämförelse kan nämnas att enligt socialstyrelsens patientstatistik över intagningar på psykiatriska sjukhus och kliniker år 1967 3 626 patienter med diagnosen persona pathologica intogs frivilligt eller med stöd av LSPV. Dessa intagningar utgjorde ca 5 % av samtliga.

Av de 92 som sinnessjuka bedömda männen var 64 % alkohol- eller narkotikamissbrukare. Av dem var 50 % huvudsakligen alkoholmissbrukare och 14 % narkomaner. I jämställdhetsgruppen var 79 % missbrukare. Enbart alkoholmissbruk förekom hos 49 %, enbart narkotikamissbruk hos 12 % och hos 18 % förelåg ett kombinerat alkohol- och narkotikamissbruk. Bland dem som dömts till andra påföljder än sluten psykiatrisk vård var 73 % missbrukare, varav 56 % enbart missbrukade alkohol, 2 % enbart narkotika och 15 % både alkohol och narkotika.

Giftmissbruket var således störst i jämställdhetsgruppen. Förekomsten av alkoholmissbruk var ungefär lika stor bland jämställda som överlämnats till sluten vård som bland dem vilka dömts till andra påföljder än sluten psykiatrisk vård. Förekomsten av narkotikamissbruk var däremot väsentligt högre i jämställdhetsgruppen (30 respektive 17 %).

Siffrorna antyder att det är vanligare att narkotikamissbruk föranleder överlämnande till sluten vård än vad fallet är beträffande alkoholmissbruk. En sådan tolkning överensstämmer med vad som erfarenhetsmässigt är praxis bland rättspsykiatrer och domstolar. Det ökande narkotikamissbruket utgör också en rimlig förklaring till att jämställdhetsfallen på senare år alltmera ökat.

*Påföljder och brottslighet*

Påföljden sluten psykiatrisk vård och vård i specialsjukhus (tidigare vård enligt sinnessjuklagen) har, sedan brottsbalken började tillämpas år 1965, utdömts i omkring 350–450 fall om året. Den närmare fördelningen för åren 1965–1971 uppdelat på olika sinnestillstånd framgår av följande tabell. För åren därefter anges endast antalet sinnesslöa och totalantalet.

**Tabell 3.3. Antalet domstolsöverlämnade under åren 1965–1975**

År	Sinnessjuka		Sinnesslöa		Jämställda		Ej angivet		Totalt
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
1965	144	43	43	13	150	44	–	–	337
1966	150	40	36	10	181	49	3	1	370
1967	124	31	36	9	239	59,5	2	0,5	401
1968	156	36	26	6	245	57	3	1	430
1969	155	36	23	5	247	57	5	1	430
1970	141	34	13	3	257	62	3	1	414
1971	162	37	14	3	251	58	8	2	435
1972			16	4					449
1973			25	6					436
1974			14	3					451
1975			7	2					411

Denna tabell visar tydligt att de "sinnesslöa" minskat såväl i antal som i andel av de vårddömda. Däremot visar tabellen en ökning för sådana domstolsöverlämnade, som bedömts såsom jämställda. Antalet vårddömda har hållit sig ganska konstant liksom antalet rättspsykiatriska undersökningar, trots att brottsligheten ökat under senare år. Detta kan emellertid förklaras – förutom med att undersökningsorganisationen är underdimensionerad (se närmare därom sid. 289) – med den kraftiga ökningen av antalet åtalsunderlåtelse (se tab. 3.6) för psykiskt störda. Av den officiella statistiken framgår inte om beslut att underlåta åtal grundar sig på att vederbörande bedömts som sinnessjuk, sinnesslö eller jämställd, men det finns skäl anta att

**Tabell 3.4. Brottsstyper vid överlämnande till sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus**

	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	
Brott mot person	109	107	127	132	103	125	115	124	134	175	158	
Förmögenhetsbrott	182	208	235	244	262	218	254	247	235	213	184	
Brott mot allmänheten	18	23	15	23	16	27	22	31	24	28	28	
Brott mot staten	13	14	13	13	15	16	15	17	18	9	10	
Trafikbrott	15	14	10	13	7	7	8	11	6	3	9	
Brott mot andra lagar och förordningar		–	4	1	5	27	21	21	19	16	23	22
därav brott mot nar- kotikastrafflagen						22	21	16	17	14	21	17
<b>Totalt</b>	<b>337</b>	<b>370</b>	<b>401</b>	<b>430</b>	<b>430</b>	<b>414</b>	<b>435</b>	<b>449</b>	<b>436</b>	<b>451</b>	<b>411</b>	



man beträffande lagöverträdare som bedöms lida av sinnessjukdom eller sinnesslöhet i största möjliga utsträckning underlåter att åtala.

Fördelningen på olika typer av huvudbrott beträffande dem som överlämnats till slutna psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus för åren 1965–1975 framgår av tabell 3.4.

Av siffrorna framgår att förmögenhetsbrotten är den i särklass vanligaste brottstypen bland de psykiskt avvikande liksom bland dömda i allmänhet. Antalet brott mot person är dock proportionellt sett avsevärt högre bland de till slutna vård eller vård i specialsjukhus dömda än bland dem som dömts till kriminalvård.

Om man studerar brottsligheten i relation till de olika sinnestillstånden under åren 1965–1971 (jfr tab. 3.3) finner man att årligen ca 30–40 % av de sinnessjuka, ca 20–30 % av de jämställda och 15–45 % av de sinnesslöa gjort sig skyldiga till brott mot person.

Av särskilt intresse är den s. k. farliga brottsligheten, dvs. brott som utgör allvarlig fara för annans liv eller hälsa. Till denna kategori har i detta sammanhang hänförts mord, dråp, grov misshandel, våldtäkt, otukt med barn, grovt rån och mordbrand. För att få en bild härav har i tabellerna 3.5 och 3.6 upptagits frekvensen av sådana brott under åren 1965–1973 dels bland dem som överlämnats till slutna psykiatrisk vård, och dels bland dem där åklagaren med stöd av 20:7 punkt 4 RB beslutat att ej åtala för brott (dvs. fall där brottet uppenbarligen begåtts under inflytande av sådan själslig abnormitet som avses i 33:2 BrB samt slutna psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus eller vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda kommit till stånd utan lagföring). Som en jämförelse har i tab. 3.7 angivits antal domar till andra påföljder för respektive brott.

Längst ned i tabellerna har totala antalet överlämnade till slutna psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus respektive totala antalet åtalsunderlåtelser jämlikt RB 20:7 punkt 4 och totala antalet domar för grövre brott till andra påföljder än slutna psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus angivits. I samtliga fall ingår även försök till det ifrågavarande brottet.

**Tabell 3.5. Brotts som föranlett överlämnande till slutna psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus**

	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973
Mord	10	15	12	20	7	12	12	20	17
Dråp	10	7	6	12	12	13	12	12	14
Grov misshandel	11	24	24	29	16	22	23	33	28
Våldtäkt	13	7	12	–	7	13	6	11	11
Otukt med barn	16	13	21	5	12	16	13	6	11
Grovt rån	–	1	3	–	2	1	2	3	6
Mordbrand	10	13	8	13	12	23	18	26	20
Summa	70	80	86	79	68	100	86	111	107
Totalt antal vårdöverlämnade	337	370	401	430	430	414	435	449	436

**Tabell 3.6. Brott som lämnats utan åtal med stöd av 20:7 punkt 4 RB på grund av psykisk störning**

	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973
Mord	2	4	–	1	2	2	1	–	–
Dråp	–	–	1	–	2	1	1	2	1
Grov misshandel	–	9	5	4	3	5	4	5	7
Våldtäkt	3	1	3	–	2	–	1	3	1
Otukt med barn	7	1	7	–	2	3	5	3	1
Grovt rån	–	1	–	–	4	–	–	–	–
Mordbrand	4	5	3	3	1	5	8	6	7
Summa	16	21	19	8	16	16	20	19	17
Totalt antal åtalsunderlåtelser för grövre brott av psykiskt avvikande	628	717	780	755	826	817	910	898	848

**Tabell 3.7. Brott som föranlett annan kriminalregisterpåföljd än sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus**

	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973
Mord	13	10	10	13	8	7	9	6	7
Dråp	19	11	19	18	15	11	14	16	17
Grov misshandel	97	137	141	119	125	166	161	142	163
Våldtäkt	68	63	82	90	63	113	65	54	50
Otukt med barn	158	172	137	99	107	106	97	86	78
Grovt rån	5	17	26	13	11	13	15	38	44
Mordbrand	18	11	20	18	17	27	29	54	30
Summa	378	421	435	370	347	443	410	396	389
Totalt antalet personer som dömts till andra kriminalregisterpåföljder än sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus	19 395	22 011	24 309	25 623	25 414	26 280	25 696	29 391	28 326

Den officiella statistiken för 1974 har ännu inte färdigställts, men vissa uppgifter har publicerats.

Sålunda tillämpades påföljden överlämnande till sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus för utvecklingsstörda år 1974 i 51 av 72 domar för mord och dråp, i 31 av 86 domar för våldtäkter och våldförande samt i 21 av 52 domar för mordbränder.

Av sifferuppgifterna framgår bl. a. följande: Antalet åtalsunderlåtelser för



”farliga” brott håller sig lågt, oaktat antalet åtalsunderlåtelse för psykiskt avvikande totalt sett ökat under senare år. I ett mycket stort antal fall leder sådana brott som mord och dråp till överlämnande till sluten vård; under åren 1965–1973 skeddes så i 125 av 208 dömda fall av mord eller mordförsök och i 98 av 238 fall av dråp och dråpförsök. Även mordbrand tycks i mycket hög utsträckning föranleda överlämnande till sluten psykiatrisk vård. Det böremellertid beaktas att dessa typer av brott i regel föranleder rättspsykiatrisk undersökning, vilket redan i och för sig är en omständighet som påverkar antalet domar till vård.

Av dem som överlämnats till sluten psykiatrisk vård brukar omkring 20 % vara dömda för ”farliga” brott. Bland dem som dömts till andra påföljder är andelen sådana brott endast 1–2 procent. Även här är att märka att som farliga betraktade brott betydligt oftare än andra föranleder rättspsykiatrisk undersökning.

Ett studium av 1967 års fall ger vid handen att bland de 92 vårdöverlämnade senessjuka hade 41 begått våldsbrott, varav 4 mord, 2 mordförsök, 3 dråp, 4 dråpförsök och 3 vållande till annans död (i 2 fall på grund av grov misshandel) samt 8 sedlighetsbrott, varav 3 våldtäkter och 3 fall av otukt med barn. Av de ovan angivna allvarligare våldsbrotten samt våldtäkterna hade närmare hälften enligt det rättspsykiatriska utlåtandet begåtts under inflytande av schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Hälften av de grövre våldsbrotten hade begåtts av alkoholmissbrukare, medan endast en narkoman hade gjort sig skyldig till sådant brott.

Av de 197 vilka såsom jämställda överlämnats till sluten psykiatrisk vård hade 46 (23 %) begått våldsbrott, 139 (71 %) egendomsbrott och 29 (15 %) sedlighetsbrott. Siffrorna avser samtliga begångna brott och alltså inte bara huvudbrott. Bland våldsbrotten återfanns 2 mord, 5 dråp och 12 fall av grov misshandel. Bland sedlighetsbrotten fanns 6 våldtäkter och 5 våldtäktsförsök. 6 fall av mordbrand fanns också med. Bland förmögenhetsbrotten var 4 rån. De psykiatriska diagnoserna var varierande. Alkoholmissbruk förekom hos 3 av de 7 som gjort sig skyldiga till mord eller dråp. Resten hade ingen känd missbruksproblematik.

**Tabell 3.8. Antalet domar till öppen psykiatrisk vård och skyddstillsyn med tillämpning av 33:2 BrB**

År	Öppen psykiatrisk vård	Skyddstillsyn med tillämpning av BrB 33:2	Totalt
1965	92	21	113
1966	58	63	121
1967	56	59	115
1968	54	69	123
1969	40	76	116
1970	38	103	141
1971	28	83	111
1972	16	66	82
1973	30	67	97
1974	23	55	78
1975	15	58	73

Materialet är för litet för att man skall våga dra några vittgående slutsatser. Man kan emellertid konstatera att, liksom enligt den officiella statistiken, andelen våldsbrott synes vara högre bland de sinnessjuka än bland de jämställda.

Påföljden öppen psykiatrisk vård utdöms alltmer sällan. Användningen av påföljden skyddstillsyn med tillämpning av 33:2 BrB, dvs. fall, där brottet begåtts under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller jämställdhetstillstånd och skyddstillsyn befunnits lämpligare än överlämnande till särskild vård, har däremot ökat såsom framgår av tabell 3.8.

Av tabell 3.8 synes framgå att domstolarna, då frihetsberövande påföljd inte ansetts böra ådömas psykiskt avvikande lagöverträdare, blivit mera benägna att döma till skyddstillsyn än att förordna om öppen psykiatrisk vård. Under år 1974 har emellertid antalet skyddstillsynsdomda minskat avsevärt jämfört med tidigare år.

Fördelningen på olika typer av huvudbrott beträffande dem som 1965–1974 dömts till öppen psykiatrisk vård eller skyddstillsyn med stöd av BrB 33:2 framgår av tabell 3.9.

**Tabell 3.9. Brotts typer vid domar till öppen psykiatrisk vård eller skyddstillsyn med tillämpning av 33:2 BrB**

	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Brott mot person	20	28	24	26	31	29	17	24	23	19	20
Förmögenhetsbrott	61	62	66	61	58	78	64	40	55	40	39
Brott mot allmänheten	7	1	3	1	2	5	7	3	5	4	4
Brott mot staten	12	7	8	13	6	11	8	9	4	3	4
Brott mot trafikbrottslagen	13	19	12	18	15	16	12	6	9	10	4
Brott mot andra lagar och förordningar	–	4	2	4	4	2	3	–	1	2	2
Därav brott mot narkotikastrafflagen								–	1	1	1
<b>Totalt</b>	<b>113</b>	<b>121</b>	<b>115</b>	<b>123</b>	<b>116</b>	<b>141</b>	<b>111</b>	<b>82</b>	<b>97</b>	<b>78</b>	<b>74</b>

Av statistiken framgår inte hur pass vanligt överlämnande till vård enligt nykterhets- eller barnavårdslagarna är beträffande dem som begått brott under inflytande av något av de i 33:2 BrB angivna tillstånden, men det torde vara ganska sällsynt. I det urval av 242 personer som genom beslut 1967 undersökts och ej dömts till sluten psykiatrisk vård dömdes endast 4 till vård enligt BvL och en till vård enligt NvL. Möjligheten att använda dessa påföljder för psykiskt avvikande har sin självklara begränsning i de särskilda rekvisit som uppställs för deras tillämpning.

För dem som visserligen är psykiskt störda, men på vilka 33:2 BrB ej är tillämplig, kan samtliga i brottsbalken upptagna påföljder tillämpas.



Skyddstillsyn med föreskrifter om läkarvård och/eller annan vård förekom 1971 i 564 fall. Samma år fick 512 personer skyddstillsyn med föreskrifter om nykterhetsvård och/eller avhållsamhet från alkoholhaltiga drycker (för åren efter 1971 redovisas inte dessa uppgifter). Bland dem som döms till frihetsberövande påföljder förekommer psykiska avvikelser i särskilt hög grad hos ungdomsfängelse- och interneringsklientelet. Ungdomsfängelse och internering har under de senaste åren utdömts i tämligen begränsad omfattning, 1974 i respektive 116 och 34 fall.

Av dem som genom beslut 1967 genomgått rättspsykiatrisk undersökning och som inte överlämnades till sluten psykiatrisk vård dömdes 10 % till internering, 3 % till ungdomsfängelse, 44 % till fängelse och 31 % till skyddstillsyn. Av dessa hade 39 % begått våldsbrott inbegripet rån, 66 % förmögenhetsbrott och 22 % sedlighetsbrott. Siffrorna avser samtliga begångna brott.

### *Vissa bakgrundsfaktorer rörande de psykiskt störda lagöverträdarna*

Åldern hos dem som 1974 överlämnades till sluten psykiatrisk vård eller till vård i specialsjukhus framgår av följande tabell:

**Tabell 3.10** Åldersfördelningen hos dem som 1974 överlämnats till sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus.

Ålder	Sluten psykiatrisk vård	Vård i specialsjukhus
15-17	8	—
18-20	37	4
21-24	106	2
25-29	102	6
30-39	108	1
40-49	48	1
50-	28	—
<b>Totalt</b>	<b>437</b>	<b>14</b>

Av dessa vårddömda var således 58 % under 30 år och 82 % under 40 år. Bortsett från en viss överrepresentation av åldrarna 18-20 år avviker åldersfördelningen inte nämnvärt från den som gäller för personer som dömts till andra påföljder.

Av de 451 lagöverträdare som år 1974 överlämnades till sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus var 28 kvinnor.

Statistiken från år 1971 utvisar att av de 435 lagöverträdare som överlämnades till sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus var det endast 111 som inte tidigare sakfällts för brott. Av de övriga hade 63 förut sakfällts 1 gång, 58 2 gånger och 203 3 eller flera gånger.

Undersökningen av 1967 års fall visar att 53 av de 92 sinnessjuka tidigare registrerats i kriminalregistret för i medeltal 5,2 domar. Medeltalet för missbrukare var 5,3 domar och för övriga 4,8 domar. Bland de 197 jämställdhetsfallen hade 146, dvs. drygt 70 %, registrerats för i medeltal 5,1 domar. Medeltalet för missbrukare var här 5,4 domar och för övriga 3,7 domar. Av urvalet om 242 övriga bland 1967 års fall hade 167 personer

tidigare registrerats för i genomsnitt 4,5 domar.

Av 1967 års fall framgår härutöver följande: Av de sinnessjuka var endast 14 eller 15 % gifta. Motsvarande siffror för jämställda var 23 eller 11 % och för övriga 54 eller 22 %. 18 eller 9 % av de jämställda vårddömda hade högre utbildning än folkskola eller grundskola. Motsvarande siffror för icke vårddömda lagöverträdare var 16 eller 5 % (enligt låginkomstutredningen 1967 var denna siffra 25 % för den manliga befolkningen i riket). Bland jämställdhetsfallen hade 163 eller 83 % ingen eller ofullständig yrkesutbildning. Motsvarande siffror för de ej vårddömda var 172 eller 72 %. 72 % av de sinnessjuka och 68 % av de jämställda hade tidigare vårdats på psykiatriskt sjukhus, medan 38 % av de icke vårddömda tidigare erhållit sådan vård.



## 4 Hur gällande bestämmelser tillämpas

För att få underlag för att bedöma ändamålsenligheten av den ordning som nu råder beträffande behandlingen av psykiskt avvikande lagöverträdare och därmed behovet av reformer har kommittén sökt skaffa sig en bild av hur gällande bestämmelser i ämnet tillämpas. Den redogörelse för praxis som ges i detta kapitel är inte avsedd att innefatta någon kritik mot eller värdering av gällande ordning. Hur kommittén bedömer denna praxis framgår av vad kommittén i olika sammanhang i det följande anför till stöd för sina förslag.

Då bestämmelserna om lagöverträdare, som är – för att använda BrB:s terminologi – sinnessjuka eller sinnesslöa, inte givit upphov till någon påtaglig oenhetlighet i tillämpningen, har efterföljande redogörelse för praxis ansetts kunna i huvudsak begränsas till vad som gäller lagöverträdare som begått brott under inflytande av ”annan själslig abnormitet av så djupgående natur, att den måste anses jämställd med sinnessjukdom”. Redogörelsen grundas dels på tidigare undersökningar som gjorts av vissa forskare, dels ock på undersökningar som gjorts av kommittén.

En sådan tidigare undersökning är den i kap. 3 omnämnda undersökningen som utförts av Lindelius. Denna hade till utgångsmaterial 905 personer som efter domstolsbeslut under år 1967 blivit föremål för rättspsykiatrisk undersökning. 351 av de undersökta överlämnades av domstol till sluten psykiatrisk vård. Av dessa var 197 män och 20 kvinnor jämställdhetsfall. De övriga bedömdes såsom sinnessjuka eller sinnesslöa. Undersökningen avser de 197 manliga jämställdhetsfallen.

Kommittén har studerat domar, rättspsykiatriska utlåtanden, sjukhusjournaler och andra handlingar rörande ett 100-tal lagöverträdare som bedömts såsom jämställda och straffriförklarats eller – efter BrB:s ikraftträdande – överlämnats till sluten psykiatrisk vård. Ett 50-tal av dessa fall har – i samband med en enquete-undersökning avseende samtliga sjukhus i landet – utvalts bland patienter med en vårdtid överstigande 5 år. Urvalet har skett genom att journaler avseende samtliga intagna patienter med sådan vårdtid införskaffats från specialavdelningarna i Sundsvall och Växjö, fasta paviljongen i Säter samt ytterligare 4 psykiatriska sjukhus.

Kommittén har även studerat jämställdhetsfall med korta vårdtider. Av praktiska skäl förlades denna undersökning till Stockholmsområdet. Lindelius har sålunda på uppdrag av kommittén studerat samtliga fall av domstolsöverlämnade, vilka efter kortare vårdtid än sex månader utskrivits från något av de tre psykiatriska sjukhusen i Stockholm – Långbro,

Beckomberga och Rålambshov. Under 5-årsperioden 1969–1973 utskrevs från dessa sjukhus sammanlagt 36 856 patienter, av vilka 150 var domstolsöverlämnade. Av dessa 150 hade 49 en vårdtid understigande 6 månader. Av de 49 avsåg 21 sinnessjukdom och 28 – 22 män och 6 kvinnor – var jämställdhetsfall.

På begäran av kommittén har Lindelius vidare studerat samtliga intagningar på Beckomberga och Rålambshovs sjukhus i Stockholm under en tvåmånadersperiod – september och oktober 1973.

Lindelius fann vid sin undersökning av de 197 manliga jämställdhetsfallen, att jämställdhetsbedömningen i flertalet av fallen grundats inte på ett utan ett flertal psykiska störningstillstånd, vilka tillsammans medfört ett med sinnessjukdom jämställt abnormtillstånd. Diagnosgruppen *persona pathologica* förekom i 144 av de 197 fallen (73 %). På sätt framgår av tab. 3.2 (se s. 135) var diagnosen *persona pathologica* ensam avgörande för bedömningen endast i 16 av dessa fall. I övriga fall var den kombinerad med andra psykiatriska diagnoser. Av de 197 personerna företedde 98 tecken på sådan allvarlig psykisk sjukdom att deras behov av omhändertagande och behandling inom mentalsjukvården syntes uppenbar. Det rörde sig härvid i 49 fall om hjärnförändringar med demenstillstånd eller andra hjärnskador med följd tillstånd i form av svåra personlighetsförändringar. I 2 fall framkom symtom på schizofreni. I 7 fall företedde vederbörande så allvarliga sjukdomsymtom att stark misstanke om schizofreni förelåg. I 16 fall rörde det sig om personer med mer eller mindre framträdande grovpsykotiska symtom i form av hallucinationer och vanföreställningar och i ett fall om patologiskt rus. Resten – 23 fall – utgjordes av svåra depressiva tillstånd eller allvarliga psykiska insufficiens-tillstånd av annat slag, vilka oundgängligen krävde psykiatrisk sjukhusbehandling. 57 av ifrågavarande 98 lagöverträdare hade också diagnosen *persona pathologica*.

Enligt Lindelius kunde det psykiatriska underlaget för jämställdhetsbedömningen av övriga 99 lagöverträdare ifrågasättas. Diagnosen *persona pathologica* förekom hos 87. Missbruksproblematiken var en kraftigt bidragande orsak i 62 fall och i 4 fall grundade sig bedömningen enbart på missbrukets svårhetsgrad.

I sin sammanfattning av resultatet av undersökningen framhöll Lindelius att avgränsningen av jämställdhetsgruppen var svår. I en del fall var det enligt Lindelius inte bara det medicinska vårdbehovet som varit av betydelse utan också kriterier av social natur. Jämställdhetsgruppen var påtagligt heterogen, varierande inte bara med hänsyn till olika psykiatriska tillstånd utan även till svårhetsgraden av desamma. Behovet av psykiatrisk vård i strikt bemärkelse syntes ytterligt varierande, medan behovet av social rehabilitering var väsentligt i flertalet fall. Tillgodoseendet av sistnämnda behov hade emellertid – uttalade Lindelius – försvårats av en bristfällig samordning av sjukvård och socialvård. Undersökningen gav enligt Lindelius stöd för den av professor Rylander uttalade uppfattningen att jämställdhetsregeln fått en alltför vid tillämpning inte minst med tanke på sjukvårdens begränsade eller i många fall obefintliga möjligheter att fullfölja den behandling som domstolarna avsett.

Även kommitténs egna fallstudier visar att jämställdhetsgruppen är mycket heterogen med avseende på de psykiska störningstillstånd som



föranlett överlämnandet till sluten psykiatrisk vård. Många av dem som vid rättspsykiatrisk undersökning bedömts såsom jämställda har under sjukhusvistelsen visat sig lida av psykos och behandlats härför. I gruppen ingår också fall av neuroser, som i LSPV hänföres till psykiska sjukdomar.

De flesta av de jämställda har i utlåtandena beskrivits såsom psykiskt abnorma. Till psykisk abnormitet, som enligt LSPV är att jämställa med psykisk sjukdom, hänföres enligt förarbetena inte bara de s. k. psykopatierna utan även sådana varaktiga personlighetsavvikelser efter hjärnsador som ej är att hänföra till demenser. Många av de abnorma har visat sig vara missbrukare av alkohol eller andra beroendeframkallande medel i sådan grad att psykiatrisk vård varit påkallad. I de flesta av de studerade fallen har tidigare kriminalitet eller annan asocialitet kunnat påvisas.

Jämställdhetsgruppen är mycket heterogen även med avseende på arten och graden av förefintligt vårdbehov. För dem som enligt LSPV:s terminologi är att hänföra till psykiskt sjuka har behovet av psykiatrisk behandling varit påtagligt. Beträffande de psykiskt abnorma i LSPV:s mening har vårdbehovet visat sig vara av skiftande slag. Många av de abnorma, som tillika varit missbrukare av alkohol eller narkotika, har behövt medicinsk vård för avgiftning eller för behandling av reaktiva insufficienser med oro, aggression eller depression. Varaktigheten av dessa vårdbehov har emellertid ofta visat sig begränsad. För alla abnorma, vare sig de är missbrukare eller inte, har förelegat ett stort behov av sociala rehabiliteringsåtgärder och stöd av en effektiv eftervård.

Kommittén har vid sina fallstudier fått ett starkt intryck av att det bland läkare och domare inte råder någon enhetlig uppfattning om när abnormitet är så djupgående att den skall anses jämställd med sinnessjukdom. Frågan härom ger otvivelaktigt utrymme för olika bedömningar.

I propositionen rörande LSPV uttalade departementschefen att möjligheten att bereda sjuka psykiatrisk vård oberoende av eget samtycke krävde som komplement att patienten kan få adekvat vård och att vistelsen på sjukhuset inte får karaktär av skyddsförvaring. I fråga om de abnorma torde detta betyda att sluten psykiatrisk vård måste – inom den ram som bestämmes av specialindikationerna i 1 § LSPV – framstå såsom meningsfull ur medicinsk eller socialmedicinsk synpunkt. Även om hänsyn härtill skall tagas vid tillämpningen av gällande bestämmelser med avseende på psykiskt avvikande lagöverträdare, kan detta inte direkt utläsas ur lagtexterna som inte heller eljest – när det gäller psykiskt abnorma – ger klar vägledning för de rättstillämpande myndigheterna.

Den oenhetlighet i bedömningen som uppstått till följd av bristande vägledning i lagtext och motiv har klart kommit till synes i de av kommittén studerade fallen. Flera av dessa har gällt psykiskt abnorma lagöverträdare, som varit föremål för upprepade rättspsykiatriska undersökningar och vilkas vårdbehov därvid bedömts på olika sätt, utan att någon egentlig förändring inträtt i det psykiska störningstillståndet. Två av de lagöverträdare, vilkas fall studerats, har på grund av nya brott underkastats två rättspsykiatriska undersökningar inom loppet av ett år och därvid bedömts olika.

I många fall har den undersökande rättspsykiatern och överläkaren på det sjukhus, till vilket lagöverträdaren överlämnats, haft olika meningar om vårdbehovet med påföljd att utskrivning skett nästan genast eller kort efter

intagningen på sjukhuset.

Det är tydligt att det även bland sjukhusens läkare råder mycket olika meningar om vårdbehovet hos sådana psykiskt abnorma som bedömts såsom jämställda. Dessa meningsskiljaktigheter har bl. a. kommit till uttryck i fråga om varaktigheten av vården. Vårdtiden har även i likartade fall kunnat bli av mycket skiftande varaktighet. I flera uppmärksammade långvårdsfall (10–20 år) har utskrivning skett kort efter byte på överläkarposten utan att någon ändring av tillståndet skett såvitt framgår av journalen.

Det är vidare tydligt att det vid olika sjukhus i landet råder mycket olika meningar om vad som konstituerar vårdbehov.

Det sagda är inte avsett att innefatta någon kritik gentemot berörda läkare. I den mån oenhetligheter i rättstillämpningen ger anledning till kritik, bör den riktas mot lagstiftarna. Det måste emellertid hållas i minnet att det – med de förutsättningar varpå 1945 års reform byggde – var mycket vanskligt för att inte säga omöjligt att i lagtexten dra en klar gräns mellan olika fall till ledning för rättstillämpningen.

De flesta av de fall, där olika meningar bland läkarna kommit till uttryck, har avsett personer vars psykiska tillstånd präglats av framträdande personlighetsstörningar. Meningsskiljaktigheterna i dessa fall synes bero på skiftande bedömningar av om sluten vård varit oundgänglig med hänsyn till abnormitetens art och grad. Olikheten i bedömningarna kan förklaras av att det torde vara praxis att inte med stöd av de vanliga intagningsreglerna i LSPV intaga psykiskt abnorma utslutande på grund av deras habituelltillstånd. Denna praxis belyses av den av Lindelius på uppdrag av kommittén verkställda granskningen av alla intagningar på Beckomberga och Rålambshovs sjukhus under oktober–november 1973.

Av samtliga 649 intagningar skedde 205 – 110 män och 95 kvinnor – med stöd av LSPV:s vanliga intagningsregler. I 191 av dessa 205 fall rörde det sig om "tveklöst vårdbehov på grund av ett psykotiskt tillstånd". I 14 fall var vårdintygen ofullständiga. Av sjukjournalerna i dessa fall framgick att det i 7 fall rörde sig om psykotiska tillstånd. I 7 andra fall rörde det sig om svåra reaktiva insufficienser med oro, aggression eller depressivitet i samband med alkohol- eller narkotikapåverkan. Vårdtiden i dessa fall var kort. Sjukhusets diagnos fanns tillgänglig i 183 av de 205 fallen. Diagnosen alkoholism förekom bland dessa som enda diagnos i 26 fall. Narcomania var enda diagnos i ett fall och alkoholism och narcomania i ett fall. Av uppgifterna i vårdintygen framgick att det i samtliga dessa fall rörde sig om svåra psykiska störningar i anledning av missbruk. Persona pathologica förekom som enda diagnos i ett fall.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Det rörde sig i detta senare fall om en medelålders man som omhändertagits i samband med självmordsförsök. Han var vid omhändertagandet alkoholpåverkad och företedde framträdande depressiva drag. Depressionen kvarstod efter tillnyktringen och bedömdes utlöst av brytning med flickvän.

Det kunde – uttalade Lindelius i detta sammanhang – synas förvånande att diagnosen persona pathologica ej förekom oftare bland de 183 personer för vilka diagnos var angiven. Det hade emellertid visat sig att de personer, vilkas tillstånd rubricerats som psykopati, sociopati och persona pathologica, icke sällan föll in även under en annan klinisk rubrik. Det föreföll enligt Lindelius som om man numera i större utsträckning än tidigare angav det sjukdomstillstånd som var den omedelbara orsaken till vården och undvek sådana diagnoser som psykopati eller persona pathologica.

Resultatet av sistnämnda undersökning synes kommittén ge stöd för den på klinisk erfarenhet grundade uppfattningen att abnormindikationen i LSPV



endast undantagsvis används för intagning av personer som ej begått brott. De abnormtillstånd som föranlett intagning enligt LSPV är att hänföra till begreppet psykisk sjukdom enligt den innebörd som begreppet har i denna lag. Hit har då också förts akuta reaktiva insufficienstillstånd vare sig de utvecklats hos avvikande personligheter eller andra.

Vid den av Lindelius på uppdrag av kommittén utförda granskningen av de fall avseende domstolsöverlämnade, vilka utskrivits från Stockholmsjukhusen under 5-årsperioden 1969–1973, fann Lindelius beträffande 28 däri ingående jämställdhetsfall – 22 män och 6 kvinnor – att 16 av männen och 5 av kvinnorna vid tiden för brotten befann sig i sådant tillstånd, att de enligt hans mening kunde beredas vård med stöd av LSPV. Dessa hade befunnit sig i allvarliga sjukdomstillstånd som lika väl skulle haunnat rubriceras som sinnessjukdom. Frekvensen av alkohol- och narkotikamissbrukare var hög. Hos dem förelåg ett behov av kvalificerad medicinsk vård under avgiftningsstadiet. Enligt Lindelius' bedömning – som efter redogörelse för fallen i huvudsak delas av kommitténs övriga psykiatrer – borde av de 28 jämställda 6 män och en kvinna inte ha tvångsintagits, om de inte begått brott. Intagningen har alltså föranletts av skäl som inte varit medicinskt betingade. I ett par av fallen rörde det sig om personlighetsstörningar utan påvisbart aktuellt vårdbehov. Det hade dock varit fråga om sköra personligheter, som rättspsykiatrerna – antog Lindelius – bedömt som oförmögna att utstå fängelsevistelse.

I åtskilliga av de av kommittén studerade jämställdhetsfallen ger handlingarna, enligt kommitténs psykiatrer, inte belägg för att det förelegat tillräckliga skäl att med stöd av LSPV:s vanliga intagningsregler intaga lagöverträdaren till slutna psykiatrisk vård, dvs. intagningen framstår i dessa fall inte såsom oundgänglig på grund av abnormitetens art och grad. Sjukhusvård skulle alltså i dessa fall inte ha kommit till stånd, om han eller hon inte begått brott. Att fastslå detta innebär inte att undersökningsläkare och domstol gjort sig skyldiga till felbedömning. Det är nämligen att märka att i alla hithörande fall lagöverträdaren otvivelaktigt var att anse såsom psykiskt abnorm. Den som begått brott under inflytande av psykisk abnormitet kan enligt e-indikationen i LSPV – vilken indikation inte är tillämplig med avseende på vanliga intagningar enligt LSPV – av domstol överlämnas till slutna psykiatrisk vård, om han på grund av sin abnormitet bedömes vara farlig för annans egendom eller annat av lagstiftningen skyddat intresse. Det kan emellertid ifrågasättas om det är meningsfullt och ändamålsenligt att till sjukhusvård överlämna psykiskt abnorma lagöverträdare även i fall, där det inte föreligger tillräckliga medicinska skäl för intagning enligt LSPV:s vanliga intagningsregler.

Den nu angivna frågan skall här belysas med några exempel ur praxis.

### Fall 1

A. är en man som i 30-årsåldern dömdes för våldtäkt att överlämnas till slutna psykiatrisk vård. Han förlorade sin far redan under barnaåren, och modern fick ensam ta hand om hemmet. A. utvecklade en stark modersbundenhet "på gränsen till det patologiska". Han har lidit av rädsla för människor. Hans sociala anpassning beträffande arbete har dock varit god och han har fått goda vitsord från arbetsgivare.

Vad han kunnat spara av sina arbetsinkomster har han skickat hem till modern. Vid rättspsykiatrisk undersökning uppfattades han som en kulturtorftig, psykoinfantil personlighet med både hypokondriska och hysteriforma utspel och stark ångest. I början av vistelsen på rättspsykiatriska kliniken var A. förtvivlad och desperat och tänkte suicidera. Den depressiva reaktionen var sammanhängande med åtalet avtog successivt genom medikamentell behandling. Undersökningsläkaren ansåg risken för återfall i sexualbrott minimal och bedömde den sociala prognosen som relativt gynnsam. A. vistades på rättspsykiatrisk klinik i nästan ett år, innan han intogs på sjukhus. Utöver en måttlig depression, som helt sammanhängande med reaktionen på åtalet, uppvisade han vid intagningen inga psykopatologiska drag. En månad efter intagningen överfördes A. till frivillig vård, och efter ytterligare knappt en månad blev han definitivt utskriven. Redan under vistelsen på den rättspsykiatriska kliniken fick A., som var invandrare, hjälp att förbättra sin sociala situation, bl. a. genom språkundervisning.

A. företedde vid den rättspsykiatriska undersökningen vissa avvikande personlighetsdrag och utvecklade i anslutning till åtalet en depression som krävde medikamentell behandling. Behovet av sjukhusvård är erfarenhetsmässigt i fall av detta slag kortvarigt. Bortsett från brottet hade hans förmåga att klara sig i samhället varit tillfredsställande. Arbetsmässigt och även i övrigt hade han fått goda vitsord. Han hade emellertid på grund av bristfälliga kunskaper i svenska språket på ett olyckligt sätt isolerats från kontakt med andra människor. När han efter närmare ett års vistelse på rättspsykiatrisk klinik överfördes till psykiatriskt sjukhus, var han i stort sett återställd från sin depression. Om behovet av sjukvård för depressionen kunnat tillgodoses annorledes än genom ett överlämnande till sluten psykiatrisk vård hade denna påföljd knappast kunnat anses motiverad av medicinska skäl. Det är emellertid sannolikt att A. uppfattades såsom alltför skör för att klara en fängelsevistelse.

### *Fall 2*

B. är en man, vilken såsom barn var mycket svårfostrad. Han fick tidigt styvmor. Då han vantrivdes i föräldrahemmet, placerades han hos anhöriga, där anpassningssvårigheterna fortsatte. Han hade allvarliga skolproblem, svårt att koncentrera sig, dålig kamratkontakt, reagerade med tjurighet, var häftig, obalanserad, inbunden, trotsig och ombytlig. Efter skolan hade han en del korta, okvalificerade anställningar, som han misskötte. Efter att ha begått rån dömdes han till ungdomsfängelse. Sedan dess har han knappast arbetat utan vistats på olika anstalter. I frihet har han omgående recidiverat i brott. Dessa förefaller ej planlagda utan närmast av den impulsiva typ som brukar vara karakteristisk för psykopater. Även våldsbrott har förekommit. På anstalterna har han varit "en svår oroskälla", rymningsbenägen, odisciplinerad och arbetsvägrat. I anledning av en stöld blev han i 25-årsåldern rättspsykiatriskt undersökt. Av undersökningen framgick att B. intellektuellt sett är välbegåvad. Han tedde sig kylig, inbiten, oberörd, impulsivt hämningslös. B. hade liksom stelnat i ett kriminellt asocialt livsmönster. Ånger och skamkänslor syntes, enligt vad som framhölls i rättspsykiatriskt utlåtande, helt främmande för honom. Han bedömdes som omöjlig på fängervårdsanstalt (rymningar, fara för cellpsykos) och opåverkbar av straff. Behandlingsutsikterna inom fängervården bedömdes som ringa men bättre inom mentalsjukvården, om han där placerades vid specialavdelning. Han använde så väl alkohol som narkotika men synes ej ha utvecklat något beroende härav. Under den följande sjukhusvården fortsatte asocialiteten med upprepade rymningar. Han recidiverade i



brott med grova våldsinslag. Hans alkohol- och narkotikamissbruk tilltog under den fortsatta vårdtiden och i samband med intoxikationer förekom kortvariga psykotiska inslag.

B. har vistats drygt 12 år inom sjukvården. Det synes i detta fall röra sig om en svår personlighetsstörning med anpassningssvårigheter, vilka med åren blivit allt allvarigare. De psykiska abnormdragen är visserligen framträdande, men knappast sådana att de motiverat intagning enligt LSPV. Behandlingsresurserna som erbjuds inom sjukvården bygger i stor utsträckning på att vederbörande samarbetar i behandlingen, vilket ej har varit fallet beträffande B. I efterhand kan konstateras att psykoterapi och resocialiserande åtgärder i B:s fall varit utan påvisbar effekt och att man inom sjukvården ej lyckats förhindra fortsatt missbruk och allvarlig brottslighet. Frågan om ett fall sådant som B:s bör med gällande lagstiftning hänföras till sjukvård eller kriminalvård ger utrymme för skiftande meningar. I många fall – likartade med B:s – har jämställdhetsbedömningen utfallit på skiftande sätt. Ur medicinsk synpunkt skulle någon erinran knappast kunna riktas mot att ett fall sådant som B:s hänförs till kriminalvården under förutsättning att den dömda kan genom en ökad flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård vid behov snabbt och smidigt få den psykiatriska terapi eller den sjukhusvård i övrigt som erfordras.

### Fall 3

Detta fall avser en man – C. – som i sin barndom haft en otrygg tillvaro och fått flacka mellan olika fostrare. Han hade skolsvårigheter med rastlöshet och koncentrations-svårigheter. Han fick godkänt avgångsbetyg från hjälpklass. Han har alltid haft kontaktsvårigheter och känt sin särställning. Den enda form av arbete som han har haft var som hjälpredda i en kiosk under tonåren. Under flera år var han konstant omhändertagen på olika institutioner inom barnvården. C. blev vid denna tid alltmer alkohol- och thinnerbegiven. Hans oro och ångest har hela tiden varit påtagliga. Under avvikning från en ungdomsvårdsskola tände han tillsammans med en kamrat på en sommarstuga i vilken de övernattat. Båda ynglingarna var vid brottet alkoholpåverkade. C. blev rättspsykiatriskt undersökt. Vid undersökningen framstod han som intellektuellt lätt debil. Han tedde sig allvarligt neurotiskt störd med stark ångestladdning. Han uppfattades såsom oförmögen till inlevelse i andra människors känslor. Han pendlade mellan rädsla och aggressivitet. Några symtom tydande på psykos redovisades ej i utlåtandet. Han tedde sig avvikande, ovårdad, slapp, hållningslös och bisarr. Undersökningsläkaren ansåg C. vara i behov av långvarig vård och psykoterapi på sjukhus. Han blev också straffriförklarad och överlämnad till sjukhusvård. – Under vårdtiden har C. ideligen recidiverat i kriminalitet samt missbrukat sprit och centralstimulantia. Missbruket tilltog under vårdtiden. Flera försöksutskrivningar misslyckades. Under de perioder han vistades ute i samhället fick han inte den tillsyn och det stöd han behövde. Vid ett tillfälle erhöll han tillsammans med en medintagen kamrat – även han narkotikamissbrukare – 14 dagars permission. Under ett knivslagsmål med denne, då båda var kraftigt narkotikapåverkade och grälade om vem som skulle få den sista tabletten, råkade C. knivhugga kamraten till döds. C. var efteråt helt förtvivlad över det skedd. I anledning av brottet gjordes en ny undersökning och C. dömdes till fortsatt vård.

C. är nu sedan mer än 10 år alltjämt intagen på sjukhus. Det har med de resurser som stått till buds inte lyckats sjukvården att förbättra hans sociala

situation och förhindra ett fortsatt missbruk. I själva verket synes missbruket ha tilltagit. Sjukvården har tydligen inte haft någon effekt på C:s psykiska särdrag och på hans asocialitet. Han har inte varit motiverad att tillgodogöra sig den psykoterapi och den behandling sjukvården kan erbjuda. I C:s fall har förelegat behov av ett långsiktigt socialt träningsprogram. För att ett sådant skall kunna genomföras måste emellertid fortsatt gifttillförsel kunna förhindras.

#### *Fall 4*

D. är en man som synes ha haft tämligen goda hemförhållanden. Hans skolgång var utan anmärkning, men någon yrkesutbildning kom ej till stånd. D. började röka hasch vid 17 års ålder. Ett avancerat missbruk omfattande centralstimulantia, LSD, opium och så småningom morfinbas utvecklades snabbt. Han har själv uppgivit att han vid denna tid intravenöst injicerade ett extrakt av råopium 5–6 gånger per dygn under nästan 5 månader. I samband med narkotikabrott blev han rättspsykiatriskt undersökt. I straffrättsligt avseende bedömdes han som ett gränsfall. Det rådde stor tveksamhet vilken vårdform som var mest lämplig. Vid tidpunkten för undersökningen förelåg ett heroïnmissbruk. Det konkluderades att sjukhusvård syntes ge bäst möjlighet att få slut på narkotikamissbruket och att leda till rehabilitering. Stödjande terapi rekommenderades. D. bedömdes såsom jämställd och överlämnades till sjukvården. Abnormiteten bedömdes som en karaktärsneuros med sekundärt narkotikamissbruk. Under den fortsatta mentalsjukhusvården beredde han ej några direkta svårigheter. Han "småknarkade" dock under hela vårdtiden med bl. a. opium. Någon seriös metadonbehandling gick ej att genomföra (se s. 104). Efter ett halvår noterades i journalen att fortsatt vård var meningslös. Det framhölls också att det var omöjligt att hålla patienterna narkotikafria, enär narkotikaförsäljning pågick inom sjukhuset med ständigt smuggel på avdelningarna. Det påpekades vidare att vissa avdelningar inom sjukhuset experimenterade med "moderna metoder" innebärande en fullständig rörelsefrihet för narkomaner på sjukhuset. Trots att man arbetade intensivt med D., blev behandlingsresultatet negativt. Han fortsatte missbruket och avvek upprepade gånger från sjukhuset. Efter 2 års vårdtid blev han definitivt utskriven och erbjöds kontakt med sjukhusets öppna vård. Det framkom senare att D. tillsammans med en kamrat under vårdtiden på mentalsjukhuset sålt morfinbas och att han i stor omfattning fortsatt därmed. Vid ny rättspsykiatrisk undersökning uppfattades D. såsom lidande av en tidig karaktärsneuros med sekundärt narkotikamissbruk av avancerad art. Det framhölls att han alltjämt var ett rättspsykiatriskt gränsfall. Han bedömdes dock åter som jämställd. Prognosen ansågs oviss. – Efter 3 månaders vistelse på rättspsykiatrisk klinik intogs D. på det sjukhus där han vårdats tidigare. Vid intagningen var han lugn och ordnad och psykiskt och somatiskt i gott skick. Han utskrevs definitivt efter 2 månader. Överläkaren anförde i slutanteckningen: ". . . D. har under vistelsen här ej visat psykotiska symtom och ej heller tecken på att han nyligen använt narkotika i någon form. Samtliga läkare vid kliniken som har kommit i beröring med D. har ej kunnat finna några symtom som kunde berättiga till vård på mentalsjukhus. Utskrivningsnämnden har underrättats om detta". D:s sociala situation vid den definitiva utskrivningen hade ej påtagligt förändrats. Något ordnat arbete hade han ej. Han sammanbodde med en flicka, tidigare narkoman, som sedan något år var narkotikafri. Paret hade ett barn gemensamt.

Det sist beskrivna fallet avser en avancerad narkoman som förleder andra till missbruk. Man kan i D:s fall ha delade meningar om huruvida ett överlämnande till sjukvården var indicerat av medicinska skäl. Ett omhän-



dertagande i någon form var emellertid nödvändigt för att förhindra fortsatta allvarliga narkotikabrott och för att söka hjälpa honom att komma tillrätta med egna missbruksproblem. Spridningsrisken måste här beaktas, varför ett omhändertagande måste kunna ske under betryggande former. D. var emellertid ej tillräckligt motiverad för att tillgodogöra sig den psykoterapi och resocialiserande behandling som sjukhusvården erbjöd. Om psykoterapi skall ske på sjukhus måste vederbörande vara giftfri och så motiverad härför att han kan samarbeta i behandlingen. Man har emellertid inom sjukvården ej kunnat förhindra fortsatt missbruk liksom inte heller fortsatt allvarlig brottslighet från D:s sida. Det andra omhändertagandet skedde på samma sjukhus, där han vårdats tidigare och där möjlighet till betryggande vård av narkomaner av denna svårhetsgrad uppenbarligen inte fanns. Enligt journalen misstänkte man på sjukhuset att D. utnyttjat sjukvården i sin asociala verksamhet och att det var av denna anledning som han velat kvarstå såsom försöksutskriften.

### Fall 5

E. är en man som sedan barndomen visat neurotiska drag och som redan såsom barn betecknades såsom psykiskt abnorm. Tidigt gjorde han sig skyldig till tillgrepp och kom på ungdomsvårdsskola, där han beredde svårigheter på grund av rymningar och fortsatt brottslighet. I anledning härav blev han rättspsykiatriskt undersökt. Undersökningsläkaren framhöll att E. var miljöskadad med en allvarligt störd "psykofysisk" utveckling, att han led av en fixerad neuros med en svårhetsgrad motsvarande sinnessjukdom samt att han var i behov av vård på mentalsjukhus. Under sjukhusvistelsen rymde han flera gånger och gjorde sig skyldig till nya brott. I samband med att han häktades härför blev han definitivt utskreven från sjukhuset. Vederbörande överläkare konstaterade att vården på vanlig sjukhusavdelning hade misslyckats, då E. ej var tillgänglig för psykiatrisk terapi, och att det var meningslöst att återföra honom till sjukhuset. Några månader senare genomgick E. en ny rättspsykiatrisk undersökning. Undersökningsläkaren fann i stort sett samma fysiska och psykiska bild som vid föregående undersökningstillfälle men ansåg att abnormiteten ej var av jämställdhetsgrad. Han konstaterade också att sjukhusvård ej gett positivt resultat och föreslog i stället tidsbestämt straff. E. placerades på ungdomsvårdsskola. Tidvis skötte han sig bra. Hans kriminalitet fortsatte dock och han dömdes såväl till ungdomsfängelse som straffarbete. Han blev tre år senare på grund av nya brott underkastad förnyad rättspsykiatrisk undersökning. Undersökningsläkaren uttalade att, även om E. ej var sinnessjuk i ordets egentliga bemärkelse, hans abnormitet dock var av jämställdhetsgrad och att han var i behov av vård på specialavdelning.

E. blev också intagen på sjukhus. Under en därpå följande 15-årig vårdtid har han fortsatt sin asociala livsföring med spritmissbruk, kriminalitet och allmän svårskötthet. Han har vid 8 tillfällen blivit försöksutskreven men återintagits efter kort tid enär han haft svårt att klara sig själv ute i samhället. Under sjukhusvistelsen avvek han 17 gånger. Under en av dessa avvikelser förövade han rån under knivhot. I samband med åtal härför underkastades E. ny rättspsykiatrisk undersökning. Vid denna konstaterades att några genomtänkta och målmedvetna terapeutiska och rehabiliterande åtgärder ej vidtagits under den långa vårdtiden. E. har själv ej uppfattat sjukhusvistelserna som vård. Undersökningsläkaren konstaterade att E. aldrig varit psykotisk men att han uppvisade symtom som var att uppfatta som uttryck för en svår anstalts- eller sjukhuskada, dvs. skada orsakad av den långvariga och högradiga sociala isolering som E. varit utsatt för sedan tidiga år. Denna skada bedömdes vara av

jämställdhetsgrad. Behov av vård på mentalsjukhus ansågs föreligga för att ett systematiskt socialt träningsprogram för anstaltsskadorna skulle kunna genomföras.

E. har sedan ungdomen uppfattats som psykiskt abnorm i utpräglad grad. Någon fullständig enighet mellan olika undersökare om behovet av psykiatrisk sjukhusvård har ej förelegat. Vistelse på ungdomsvårdsskola, frihetsberövande inom kriminalvården och sjukhusvård har prövats för att komma tillrätta med hans missanpassning. Det första överlämnandet till sjukvården torde ha föranletts av att han visat sig vara mycket svårskött inom kriminalvården och av den behandlingsoptimism som man hyste på 1950-talet. Den psykiatriska sjukhusvård som han efter rättspsykiatrisk undersökning i 20-årsåldern blivit föremål för har nu varat i mer än 15 år. Han har under vårdtiden visat sig allmänt svårskött, spritmissbruket har fortsatt och han har vid upprepade tillfällen recidiverat i kriminalitet. Försöksutskrivningar har misslyckats enär han haft svårt att klara sig själv ute i samhället. Delvis torde detta sammanhånga med att den tillsyn och det stöd han fick under desamma var otillräckligt. Vid rättspsykiatrisk undersökning i anledning av ett under vårdtiden begånget brott med våldsinslag fann undersökningsläkaren att den långvariga och höggradiga sociala isolering som E. varit utsatt för sedan tidiga år medfört en svår anstalts- och sjukhusskada och föreslog åtgärder häremot.

### *Fall 6*

Detta fall avser en man – F. – som kan sägas ha fungerat socialt tillfredsställande till 35-årsåldern. Därefter har han upprepade gånger dömts till frihetsstraff för förmögenhetsbrott begångna under spritpåverkan. Han har aldrig gjort sig skyldig till våldsbrott eller visat farlighet. Vid en kort tid efter den kriminella debuten företagen rättspsykiatrisk undersökning bedömdes han som psykopat och kronisk alkoholist. Vård på mentalsjukhus ansågs ej nödvändig, men SL 5:6 föreslogs. F. har upprepade gånger varit intagen på alkoholistanstalt. Vid en i 50-årsåldern i anledning av åtal för stöld företagen ny rättspsykiatrisk undersökning bedömdes F. såsom jämställd. Diagnosen var psykopathia och avancerad kronisk alkoholism med hotande delirium. F. överlämnades till slutna psykiatrisk vård och är sedan mer än 10 år intagen på sjukhus. Han har haft upprepade återfall i spritmissbruk och egendoms kriminalitet. Han har avvikit från sjukhusen vid ett otal tillfällen. Han har visat oförmåga att leva nykter ute i samhället. Under den långa vårdtiden har spritmissbruket successivt blivit allvarigare, och han har utvecklat ett iatrogen (dvs. genom läkarbehandling försakat) sömnmedelsmissbruk.

Otvivelaktigt kunde vid den sista rättspsykiatriska undersökningen konstateras att F. led av ett svårt alkoholberoende i såväl social som medicinsk mening. Hans kriminalitet synes vara intimt förknippad med missbruket. Huruvida ett långvarigt tidsbestämt omhändertagande inom sjukvården i detta och liknande fall är meningsfullt eller ej kan emellertid diskuteras. Uppfattningarna härom torde växla mellan olika undersökare. Man kan emellertid konstatera att sjukvårdens resurser har varit otillräckliga för att förhindra såväl ett fortgående missbruk som en därmed sammanhängande kriminalitet. I ett fall sådant som F:s, där man inte lyckats bryta alkoholberoendet, kan man naturligtvis i efterhand alltid diskutera om den långvariga sjukhusvården varit till nytta och t. o. m. om den varit till skada.



## Fall 7

I detta fall, som avser en man G. och som – utom beträffande vårdtiden – liknar det föregående, skedde alkoholdebuten vid 15-årsåldern. Han har sedan dess dömts mer än 20 gånger för stölder, misshandel och fylleri. I 45-årsåldern blev han efter ett egendomsbrott rättspsykiatriskt undersökt. Därvid framkom att han intellektuellt var genomsnittligt begåvad men att det förelåg personlighetsdegeneration med "etisk, moralisk nivå-sänkning", affektiv demens och förlorad social ansvarskänsla. Minnesprov gick relativt bra men utföll ojämnt liksom ett av hjärnskadeproven (Benton). Defekttillståndet ansågs opåverkligt av straff, och det framhölls att man kunde förvänta ett omåttligt supande och nyckfullt stjälande om han lämnades i frihet, varför skyddstillsyn var utesluten. G. hade specialiserat sig på varuhusstölder. Han hade vid samtliga tillfällen varit spritpåverkad. Brotten var avsedda att ge medel till sprit. Alkoholistvård ansågs meningslös. – G. intogs på mentalsjukhus drygt 3 månader efter det att den rättspsykiatriska undersökningen påbörjats. Han hade inte vårdats på mentalsjukhus tidigare och vantrivdes. Han avvek upprepade gånger och återkom spritpåverkad med polis. Rehabiliteringsförsök var resultatlösa och efter knappt 4 månaders vårdtid beslöt utskrivningsnämnden att G. definitivt skulle utskrivas från sjukhuset. I samband med utskrivningen antecknades följande: "Patienten har under vårdtiden flerfaldiga gånger uttryckt sitt stora missnöje med att han hamnat på sjukhus i stället för på fängelse. Han tycker inte det är någon ordning på sjukhuset. I fängelset vet man precis vad man skall göra och inte skall göra och där kan man finna sig tillrätta. Många av personalen har han haft mycket svårt att tala med och det har hänt att han har avvisat försök till kontakter med mer eller mindre högt uttalad motivering att personalen skall hålla sig på sin plats. Patienten har under sjukhusvistelsen uppvisat symtom på kronisk alkoholism. Så snart han får någon större grad av frihet börjar han dricka sprit och kan inte styra sin konsumtion. Han återkommer alkoholpåverkad och reagerar då åtminstone ibland aggressivt. Han respekterar inte våra blygsamma låsanordningar för dörrar och fönster och inte heller reglerna i övrigt. Han har upprepade gånger avvikit från sjukhuset och återförts genom polisens försorg. Enligt de uppfattningar och observationer som vi gjort företer han inte en så hög grad av psykisk abnormitet som kan jämföras med psykisk sjukdom. Däremot företer han en kronisk alkoholism och en av långvariga fängelsevistelser präglad attityd till sin omgivning. Utskrivningsnämnden har accepterat hans klagomål på sjukvården och funnit att han inte längre skall vara föremål för slutna psykiatrisk vård."

Kommitténs psykiatrer har gett uttryck för olika meningar om hur ett fall sådant som G:s bör behandlas. Fallet står uppenbarligen på gränsen mellan två olika vårdområden – sjukvården och alkoholistvården. Till stöd för det överlämnande till slutna psykiatrisk vård som skedde i G:s fall har åberopats den hjärnskada och den misstanke om demens som synes ha förelegat och hans uppenbara oförmåga att ta vård om sig själv. Det har å andra sidan hävdats att ett fall som detta hör hemma i en väl fungerande alkoholistvård och att slutna sjukhusvård i alkoholistfall bör begränsas till avgiftningsskedet och till behandling av eventuella komplikationer, varefter en väl planerad eftervård bör ta vid.

Huruvida ett visst fall främst hör hemma inom det ena eller det andra vårdområdet ger och kommer även framdeles – oavsett hur lagstiftningen utformas – att ge utrymme för olika uppfattningar. De sist återgivna fallbeskrivningarna ger emellertid anledning framhålla att en del fall hör hemma inom den psykiatriska sjukvården och att omhändertagandet i andra fall lämpligen kan ske inom socialvårdens område. I vissa fall bör fängelsestraff – under förutsättning av en ökad flexibilitet mellan kriminalvård och

sjukvård – kunna komma ifråga.

Fall 6 och 7 ger belägg för att sjukhusvården många gånger inte kan förhindra missbruk under vårdtiden. Fall 7 visar också att definitiv utskrivning ansetts kunna ske utan att någon planerad eftervård kommit till stånd, oaktat det måste ha framstått såsom uppenbart att G. efter utskrivningen behövde tillsyn och stöd, om recidiv i missbruk och brott skulle kunna motverkas. En jämförelse mellan de två tämligen likartade fallen visar hur olika långa vårdtiderna kan bli.

### *Fall 8*

Detta fall avser en kvinna H., som redan i tidiga tonåren visade asociala drag. Vid en första rättspsykiatrisk undersökning – då hon var i 30-årsåldern – betecknades hon som psykopat (mytomania + hypersexualitet + etisk och konativ undermålighet). Hon straffröklarades och intogs på mentalsjukhus. Under vårdtiden anpassade hon sig väl. Hennes oförmåga att på egen hand vistas ute i samhället dokumenterades i upprepade misslyckanden. Sedan hon efter några år utskrivits förövade hon en serie brott – mestadels stölder av typ ”nattfjärilsstölder”. Ny rättspsykiatrisk undersökning företogs. Undersökningsläkaren ansåg att hon begått brotten under inflytande av själslig abnormitet (grav abnorm personlighet betingad av tidig hjärnskada och konstitutionell svaghet) som var så djupgående att den måste anses jämställd med sinnessjukdom. Domstolen dömde henne emellertid till straffarbete. Nya brott föranledde en tredje rättspsykiatrisk undersökning. Undersökningsläkaren fann då inga säkra tecken på hjärnskada, samt uttalade att H:s sinnesbeskaffenhet avvek från den normala men inte på det sätt som avsågs i SL 5:5, att hon var vådlig för annans egendom och i huvudsak opåverkbar genom straff. Hon dömdes till förvaring i säkerhetsanstalt. Efter frigivning fortsatte hon med liknande brottslighet som tidigare. Efter att flera gånger ha dömts till kortvariga frihetsstraff och fortsatt förvaring, blev hon för en fjärde gång – nu i 60-årsåldern – ånyo rättspsykiatriskt undersökt. Undersökningsläkaren ansåg att H. genom sin extrema särutveckling och det tydliga sambandet mellan denna och hennes brott var att bedöma som ett jämställdhetsfall. Diagnosen enligt undersökningen var persona pathologica (fundamental felutveckling av roll- och behovsliv med tendens till såväl hysteriska och mytomana som även paranoiska reaktioner, psykosexuell felutveckling och hyperthym omsättning av behovet – allt numera chargerat genom fixeringar och presenil deterioration). Mental-sjukhusvård ansågs vara den mest adekvata behandlingsformen och hon dömdes också till sådan vård.

H. har aldrig visat tecken på sinnessjukdom. Det är emellertid tydligt att hon på grund av sin avvikande personlighet inte kan någon längre tid klara sig ute i samhället utan stöd. Det står också klart att hennes handlande inte påverkats av de straff hon undergått. Man kan ha olika åsikter om huruvida ett överlämnande till sjukvården var indicerat i detta fall. Initialt torde otvivelaktigt en tids sjukhusvistelse ha varit motiverad. Sådan initial sjukhusvård borde dock – även om H. dömts till fängelse – ha kunnat komma till stånd genom en ökad flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård. I hennes fall var formen för omhändertagande inte det viktigaste. Vad H. framför allt behövde och inte fick var stödjande kontakt och övervakning i frihet. Detta borde hon ha fått vare sig anpassningen till samhället skedde efter utskrivning från sjukhus eller efter frigivning från fängelse.

Behovet av en samverkan mellan kriminalvård, sjukvård och alkoholistvård må belysas med ytterligare ett exempel.



*Fall 9*

Detta fall gäller en man I., vars spritmissbruk började redan vid 15-årsåldern. Han är yrkesutbildad och fungerade länge bra i arbetslivet. Så småningom ledde dock spritmissbruket till en försämrad arbetsanpassning. Han var närmare 30 år, när han gjorde sig skyldig till sitt första kända brott. Detta liksom hela hans senare kriminalitet bestod enbart i lindriga tillgreppsbrott och sammanhängde med spritmissbruket. I samband med ett häleribrott blev han rättspsykiatriskt undersökt. Härvid bedömdes han som ixofren med benägenhet för att recidivera i olustförestämningar under vilka han var ett värnlost offer för alkoholbegär. Tillståndet bedömdes som en form av sinnessjukdom. I enlighet med undersökningsläkarens förslag intogs I. på sjukhus. Under en följande 10-årig vårdperiod blev han försöksutskrivnen 11 gånger och avvek 5 gånger. Resultatet blev alltid detsamma. Han återföll i alkoholmissbruk och gjorde sig i samband därmed skyldig till smärre egendomsbrott. Han gick socialt mycket snabbt ned sig och var närmast att beskriva som en alkoholiserad lösdrivare som återfördes till sjukhuset "trasig, smutsig och nersupen". De tider han klarade sig längst i frihet var, när han under daglig tillsyn och antabusbehandling vistades på inackorderingshem. Även dessa arrangemang beredde dock svårigheter, enär han förr eller senare avvek och återföll i missbruk. Han underkastades ny rättspsykiatrisk undersökning efter att ha tagit några småsaker i ett par affärer. Han var då i 40-årsåldern. Undersökningsläkaren bedömde honom som höggradigt omdömdeslös med en imperativ och hämningslös alkoholtörst och framhöll att I. på grund härav intog en markerad undantagsställning. Han beskrevs vidare som en impulsiv utåtriktad hypoman psykopat med en del psykoinfantila drag. Ett jämställhetstillstånd (psychopatia + alcoholismus chronicus) ansågs föreligga och behandlingsmässigt ansågs sjukhusvård vara lämpligast, enär alkoholistvårdens resurser efter fleråriga resultatlösa vistelser på alkoholistanstalt föreföll uttömda. Domen löd dock på straffarbete. Vid frigivningen stod han utan arbete och bostad. Han återföll tämligen omgående i missbruk, sov utomhus och vanvårdade sig. Efter att ha gjort sig skyldig till stöld av en portfölj blev han häktad. På basis av det halvårsgamla utlåtandet blev han utan ny läkarundersökning straffriförklarad. I avvaktan på överflyttning till mentalsjukhus blev han intagen på psykiatrisk avdelning inom kriminalvården. Här skötte han sig tämligen bra och blev efter drygt ett halvår försöksutskrivnen. Den tillsyn och det stöd han fick var otillräckligt och han återintogs efter en långvarig och svår missbruksperiod. Efter intagningen fick han ett delirium tremens. Han överflyttades därefter till psykiatriskt sjukhus. Här var han intagen i flera år och hade under den tiden 3 försöksutskrivningar. Den hjälp han därvid fick att återgå till ett liv ute i samhället var emellertid mycket bristfällig och ej alls i överensstämmelse med vad alkoholismens svårhetsgrad krävde. De två första försöksutskrivningarna misslyckades också. Under den tredje och sista försöksutskrivningen tog han dock på eget initiativ kontakt med en alkoholpoliklinik på hemorten. Med hjälp härifrån kunde han bryta sina missbruksperioder, varigenom det blev möjligt för honom att sköta ett arbete och uppnå en tillfredsställande levnadssituation. Efter utskrivning från sjukhuset hade han regelbunden kontakt med samma alkoholpoliklinik och personkontinuiteten i behandlingen var tillfredsställande. Han har nu i stort sett varit alkoholfri i 5 år.

Sjukhusvården förmådde i detta fall, trots långa vårdtider, inte bryta den olyckliga utvecklingen. Anledningen härtill torde vara att I. under försöksutskrivningarna inte fick den tillsyn och det stöd han behövde. I ett fall sådant som I.:s var hjälpåtgärder ute i samhället nödvändiga. Fallet visar också att alkoholistvården – när missbrukare känner behov av hjälp och ställer sig positiva till behandlingen – kan fungera effektivt och skapa motivation även i mycket avancerade fall.

*Fall 10*

K. är en man som vid 18-årsåldern började missbruka såväl alkohol som narkotika. Han hade tidigare dömts till fängelse, en gång för förfalskning och en gång för narkotikabrott. Under straffverkställigheten visade han i stort sett god anpassning. Senare hade han ett par kortare vårdperioder på mentalsjukhus under diagnosen narcomania. Rehabiliteringsförsök misslyckades. Han recidiverade upprepade gånger. Han var periodvis psykotisk med hallucinatoriska upplevelser som kunde kvarstå även efter en längre period av frihet från narkotika. Efter att i 25-årsåldern ha begått stöld för att få pengar till narkotika överlämnades han till sluten psykiatrisk vård. Vid den rättspsykiatriska undersökning som företogs beskrevs han som allvarligt neurotiserad och hemfallen åt ett svårt narkotikamissbruk med svåra somatiska (leverskador) och psykotiska komplikationer. Vid psykologundersökning visade han sig vara välbegåvad utan tecken på demens men kliniskt och testmässigt noterades en viss nedsättning i förmåga till koncentration och minne. Den sociala prognosen bedömdes ej som dyster och här framhölls hans goda begåvning och hans i stort sett positiva inställning till arbete och även viss förmåga att kunna avhålla sig från narkotika. Diagnosen var sjukhusvårdens patologica + narcomania. Vårdbehov ansågs föreligga och det påpekades att sjukhusvistelsen borde efterföljas av lämplig placering beträffande vistelseort och arbete under betryggande tillsyn. K. intogs på mentalsjukhus drygt 8 månader efter det att den rättspsykiatriska undersökningen påbörjats. Han var vid intagningen på sjukhuset lugn, ordnad och fri från psykotiska symtom. Uppfattades som en kylig, hysteroid och omogen psykopat. Avdelningsläkaren skrev i en daganteckning: "...svårt att föreställa sig hur vi här på sjukhuset skall kunna förändra hans karaktär och för närvarande, när han inte har narkotika i sig, behöver han ingen antipsykotisk medicin". Under vistelsen var hans psykiska tillstånd och beteende växlande. På en avdelning var han svårskött, uppträdde hotfullt och krävande. Han lyckades bl. a. utan medicinsk indikation tilltvinga sig isomyl intravenöst. Vid ett par tillfällen avvek han från sjukhuset, vid ett tillfälle genom att med ett vasst tillhygge tvinga avdelningspersonalen att släppa ut honom. Efter överflyttning till en avdelning med miljöterapeutisk inriktning noterades en påtagligt förbättrad anpassning. Hans sociala situation och hans psykiska hälsotillstånd var dock, när han definitivt utskrevs efter drygt 3 månaders vårdtid, ännu på intet sätt tillfredsställande. Eftervården var otillräcklig, och han hade i fortsättningen en del återfall.

Psykoterapi såsom medel för att övervinna narkotikaberoende torde förutsätta giftfrihet under behandlingen. Denna giftfrihet kan ofta inte åstadkommas utan ett visst mått av tvång. Sådant tvång är emellertid ofta ett hinder i strävandena att göra missbrukaren motiverad att frivilligt medverka i behandlingen. Fallet belyser motsättningen mellan det tvång, som behövs för att hindra gifttillförsel, och den frihet från tvång, som är önskvärd för att göra missbrukaren motiverad för behandlingen. När K. efter 8 månader på rättspsykiatrisk klinik intogs på sjukhuset var han giftfri men ej vårdmotiverad. Under första tiden på sjukhuset var K. svårskött och föga motiverad för psykoterapi. Vistelsen på miljöterapeutisk avdelning avlöpte bättre men fullföljdes inte till den rehabilitering som domstolen avsåg och som förespeglats i det rättspsykiatriska utlåtandet. Härvid må framhållas att det skede i behandlingen, nämligen avgiftningsfasen, då en terapeutisk kontakt mellan läkare och patient kan bäst byggas upp, redan gått till ända före överföringen till sjukhuset. Av uppgifterna i det rättspsykiatriska utlåtandet framgår att undersökningsläkaren fått en positiv kontakt med K. Det är möjligt att K. reagerade ogynnsamt på grund av det brott i personkontinuiteten som överflyttning till sjukhuset medförde. Att där bygga upp en ny



kontakt försvårades av att K. efter avgiftningen inte längre kunde känna samma behov av behandling.

Det må påpekas att numera gällande bestämmelser i lag om kriminalvård i anstalt (34 §) torde göra det möjligt att tillåta den som dömts till fängelse att frivilligt delta i narkomanvårdsprogram inom sjukvården. Detta är givetvis ett förhållande som måste beaktas vid val av påföljd i framtida liknande fall.

De nu redovisade jämställdhetsfallen har gällt lagöverträdare med påtagliga och svåra personlighetsavvikelser. Deras svårigheter att inordna sig i samhället har ofta visat sig tidigt i livet. Alkohol- och narkotikamissbruk har ytterligare komplicerat den psykiatriska bilden i många av dessa fall. Anpassningssvårigheterna har ej sällan varit av sådan svårhetsgrad att en ordentlig yrkesutbildning omöjliggjorts (fall 2, 3 och 4). Missbruket utgör också en försvårande faktor när det gäller social rehabilitering.

Vid Lindelius' tidigare omnämnda undersökning av 197 manliga jämställdhetsfall framkom att cirka 75 % av dem tidigare var registrerade i kriminalregistret, 80 % missbrukade alkohol och/eller andra nervgifter och drygt 20 % var svårt narkotikaberoende. De hade också som regel dålig skolunderbyggnad och yrkesutbildning (jfr kap. 3).

Mot bakgrunden härav tedde sig enligt Lindelius påföljderna ofta planlösa. Dessa personer befann sig i en kretsgång mellan kriminalvård, rättspsykiatri, sjukvård, nykterhetsvård och socialvård. Det var, uttalade Lindelius, realistiskt att tro att man utan ett i varje enskilt fall uppgjort behandlingsprogram – som givetvis kunde behöva ändras under behandlingens gång – kunde förändra personer med tidig, kanske livslång missanpassning. Resocialiseringsprocessen, om den överhuvudtaget är möjlig, krävde inte bara tid utan också en effektiv samordning av olika medicinska och sociala stödåtgärder. Det var, framhöll Lindelius vidare, förenat med stora svårigheter att för så långa vårdperioder som i sammanhanget kunde vara nödvändiga omhänderta vissa psykiskt avvikande lagöverträdare inom en modern psykiatrisk sjukvårdsorganisation som strävade efter alltmer liberaliserade vårdformer, även när det gällde slutna vård.

Av den översikt som getts av de psykiska störningarna och deras behandling framgår att behandlingen i hög grad bygger på patientens medverkan. Ett första led i behandlingen är därför att göra patienten motiverad för densamma. I jämställdhetsgruppen ingår personer med personlighetsavvikelser såsom mest framträdande drag, i vissa fall kombinerade med svårt missbruk av beroendeframkallande medel. Många av dessa personer upplever efter intagningen på sjukhuset ej något direkt behandlingsbehov. Detta gäller även sådana missbrukare, vilka avgiftats i samband med den rättspsykiatriska undersökningen och som under avgiftningsfasen känt behandlingsbehov. Det är därför förklarligt att sjukhusvården av sådana domstolsöverlämnade uppfattas såsom något, som påtvingats dem och som de ej kan solidarisera sig med och följaktligen ej heller tillgodogöra sig. De bereder därför inte sällan påtagliga svårigheter i vården. Vid svåra missbruksfall har det ofta ej varit möjligt att effektivt avbryta gifttillförseln. Många missbrukare har blivit mer och mer alkoholiserade och/eller narkomaniserade under vårdtiden (fall 2, 3 och 10). Kriminalitetsfrekvensen är hög även under den tid patienterna vistas inom sjukvården.

En grupp manliga jämställdhetsfall har varit föremål för en uppföljande studie av Lindelius. Därvid framkom att rymningar och återfall i brott förekom påfallande ofta. Av dem som vid intagningen var att beteckna som missbrukare fortsatte en stor del missbruket under vårdtiden och hos en del av dem tilltog också detsamma (Lindelius 1975, opublicerat material, Lindelius och Salum 1975).

Sjukhusen har i många fall ej haft resurser att tillgodose rimliga skydds- och säkerhetskrav. Många av dessa personer torde också vara medvetna om att de i stort sett kan bete sig hur som helst på sjukhuset utan att man kan göra något åt det. Från sjukhusens synpunkt har detta medfört att en numerärt sett liten patientgrupp tar en stor del av sjukhusets resurser i anspråk utan att vården av dem kan bli så meningsfull som man skulle önska. Sjukvårdens blygsamma resurser blir därför i många fall utnyttjade på ett ineffektivt sätt (fall 2, 3 och 4). I stor utsträckning blockerar dessa personer sjukhusplatser under lång tid utan att strikt medicinska skäl härför synes föreligga. Detta torde vara till förfång för övriga patienter som går miste om behandlingsresurser.

Av många av de av kommittén studerade jämställdhetsfallen förefaller det som om den undersökande läkaren vid jämställdhetsbedömningen fäst särskilt avseende vid den undersöktes med åren tilltagande kriminalitet och asocialitet och på dessa faktorer grundat sin bedömning av behovet av vård. I andra fall synes överlämnandet till sjukvård ha grundats på antagandet att den psykiskt avvikande lagöverträdaren varit alltför skör för ett längre fängelsestraff. Det förefaller som om rättspsykiatern särskilt i fall, där ett eventuellt fängelsestraff kunde antagas bli långvarigt, varit benägen att ge jämställdhetsregeln en vid tolkning. I samtliga nu berörda fall kan sägas att bedömningen mera grundats på humanitära hänsynstaganden än på medicinska skäl.

Att hänsynstagande till vad som antagits vara mest humant ofta påverkat straffrihets- och jämställdhetsbedömningen är uppenbart. Av intresse i detta sammanhang är en av Alström och Lindelius år 1975 gjord (hittills opublicerad) utredning om 241 personer som under åren 1934–1955 genomgått rättspsykiatrisk undersökning och sedermera sakfällts för incestbrott. Av dessa förklarades 110 fria från straff. På grundval av det omfattande aktmaterialet gjorde författarna ett försök till klassificering av det psykiatriska tillståndet hos de straffriförklarade. Tillståndet angavs för 35 av de 110 straffria vara "sinnessjukdom" eller hjärnsjukdomar, för 11 kronisk alkoholism, för 31 psykisk utvecklingsstörning av måttlig eller lindrig grad, för 17 "psykopati" och för en neuros. I 15 fall bedömdes vederbörande vara "utan påtagliga psykiska särdrag". Beträffande psykopatigruppen påpekades i undersökningen att den närmast var att uppfatta som en "förlägenhetsdiagnos". Till gruppen hade hänförts personer som varit behäftade med mera påtagliga psykiska särdrag som impulsivitet, egocentricitet, affektlabilitet, brutalitet och hänsynslöshet mot familjemedlemmar. Det kunde dock konstateras att svårt brutala personligheter var i minoritet och brukande av fysiskt våld var ovanligt. De påvisade psykiska störningarna som förekom bland de straffria var övervägande av mindre svår grad och i stor utsträckning tillgängliga för sociala och psykiatriska åtgärder under icke frihetsberövande former. Författarna framhöll att den höga frekvensen straffriförklarade sannolikt fick tolkas som en benägenhet hos många



undersökningsläkare att föreslå tillämpning av straffrihetsparagrafen som en reaktion mot de långvariga straff, som en tillämpning av de i strafflagen uppställda straffen för incestbrott måste leda till. Man följde emellertid ej upp vad som hände och förblev därför i okunnighet om att effekten i stället kunde bli ett avsevärt längre omhändertagande inom sjukvårdens ram. I fråga om tiden för frihetsinskränkningar på grund av incestbrott visade undersökningen att närmare hälften av dem som dömdes till fängelse blev frigivna inom 2 år. Inom motsvarande tid hade endast 8 % av de straffrifyrklaade blivit definitivt utskrivna. Drygt hälften av de straffria blev utskrivna först efter en vårdtid av minst 5 år.

Det bör emellertid framhållas att det under senare år skett en förskjutning i sättet att se på incestförbrytelser och att det här återgivna materialet från åren 1934–1955 därför inte återger praxis sådan denna just nu gestaltar sig.

I många av de av kommittén studerade jämställdhetsfallen har vårdtiden förefallit anmärkningsvärt lång och längre än vad som kan antagas ha varit påkallat av medicinska skäl. Fallen 2, 3, 5 och 6 är exempel härpå. I det följande skall kommittén ge ytterligare några exempel på långa vårdtider för att belysa frågan om de kan anses ha varit ändamålsenliga och försvarliga ur medicinsk synpunkt.

### Fall 11

L. är en man som sedan 20-årsåldern gång på gång gjort sig skyldig till brott. Hans förseelser har genomgående haft samband med spritpåverkan. Som nykter beskrivs han som snäll och lugn men under spritpåverkan kan han utveckla en viss farlighet. L. har avtjänat flera fängelsestraff. Han har under strafftiderna varit besvärlig och kverulantisk, men han har ej uppfattats som straffintolerant. Han har vid några tillfällen vårdats på mentalsjukhus för alkoholism. Vid ett par tillfällen har han i samband med alkoholperioder varit deprimerad och gjort suicidförsök. I samband med åtal för fylleri och våld mot tjänsteman blev han i 30-årsåldern rättspsykiatriskt undersökt. Han ansågs ej vara i behov av vård. Kort därefter gjorde han sig skyldig till misshandel av en vaktkonstapel. Vid den rättspsykiatriska undersökning som i anledning härav företogs ett halvår efter den föregående undersökningen konstaterades att han intellektuellt sett var normalbegåvad. Undersökningsläkaren anförde att det var angeläget att L. som visat grava anpassningssvårigheter och under en lång följd av år varit slav under spriten och under inflytande därav begått brott av olika slag, tvingades "till abstinens och en långvarig social korsettering". Med rådande väntetider till alkoholistanstalter och bristande personella resurser hade nykterhetsvården för L:s del inte förmått medverka till en stabilisering. L. saknade enligt undersökningsläkaren "förmåga att ens till närmelsevis normalt fylla en plats i arbets- och samhällslivet". L. blev också straffrifyrklarad. Han har under vårdtiden, som varat i över 15 år, vid 20 tillfällen blivit försöksutskrivnen men återintagits. Han har 10 gånger avvikit från sjukhuset och vid 6 tillfällen dömts för stölder och misshandel. Vårdprogrammet har varit mindre väl organiserat. Stöd och tillsyn under de perioder han som försöksutskrivnen vistats ute i samhället har varit otillfredsställande. Under försöksutskrivningarna har han – utan att man känt till det på sjukhuset – vårdats på andra mentalsjukhus för alkoholmissbruk, ibland som frivilligt intagen och ibland med stöd av vårdintyg, enär L. ej uppgivit att han varit försöksutskrivnen. Spritmissbruket har ej visat tendens att avtaga, och han har vid flera tillfällen behandlats för delirium tremens. Under vårdtiden har tablettmissbruk sekundärt utvecklats. Vid ett tillfälle, då han avvikit från sjukhuset, blev han i ett höggradigt spritpåverkat tillstånd omhändertagen av polis.

Under färd i polisbil blev han helt plötsligt orolig och grep tag i föraren varvid bilen gick av vägen. Föraren omkom. Efter förnyad rättspsykiatrisk undersökning överlämnades L. såsom jämställd till fortsatt psykiatrisk vård. L. sade sig inte ha något minne av händelsen. Tillståndet under den fortsatta vårdtiden var enahanda. Sprit- och tablettmissbruket fortsatte och han gjorde sig av och till skyldig till brott.

I samband med att L. gjorde sig skyldig till häleribrott uttalade socialstyrelsen i ett § 3-intyg att L. fortfarande var jämställd och i behov av fortsatt vård. Efter skifte på överläkarposten blev han emellertid bara ett par månader efter socialstyrelsens utflåtande försöksutskriften och senare definitivt utskriften. Inget tyder på att han vid utskrivningen var bättre än då han kom till sjukhuset 17 år tidigare.

L:s fall är av intresse för diskussionen om vilka uppgifter som ankommer på sjukvården och vilka uppgifter som bör ankomma på socialvården vid behandlingen av svåra alkoholistfall samt hur sjukvårdens och socialvårdens befattning med sådana fall skall samordnas för att nå bästa möjliga resultat. Dessa spörsmål är för närvarande föremål för överväganden i lagstiftningshänseende.

Fall 11 har återgivits även för att belysa om den långa vårdtiden kan anses motiverad av medicinska skäl eller eljest. Man torde därvid kunna utgå från att vårdtiden inte har sin grund i brottsrecidiven utan i L:s bristande förmåga att ta vara på sig själv och skydda sig mot följderna av alkoholberoendet. Denna förklaring till vårdtidens längd aktualiserar i sin tur frågan om inte nämnda syfte kan vinnas på ett mindre ingripande sätt. Sjukhusvård under kortare eller längre tid utöver avgiftningsskedet eller den tid som behövs för att övervinna komplikationer kan helt visst vara berättigad för att söka göra patienten motiverad för behandlingen. Förutsättning för en längre tids behandling bör emellertid vara att patienten kan tillgodogöra sig behandlingen och att denna bedöms såsom meningsfylld. Den psykiatriska expertisen synes emellertid anse det önskvärt att så stor del som möjligt av den långsiktiga behandlingen sker utanför sjukhuset och att patienten, när han lämnar sjukhuset, får det stöd han behöver för att anpassa sig ute i samhället. I L:s fall har missbruket under den drygt 15-åriga vårdtiden snarare tilltagit än avtagit, och det har ej varit möjligt att skydda honom mot allvarliga sociala och medicinska missbrukskomplikationer.

### *Fall 12*

Detta fall avser en man M. som missbrukat alkohol sedan tonåren. Vid ett tillfälle i 15-årsåldern misshandlade han i spritpåverkat tillstånd två personer med en yxa. Ett av offren avled. Händelsen hade föregåtts av ett uppträde, vid vilken M. enligt egen uppgift kände sig hotad till livet. Han hade dock på grund av berusningen mycket dunkelt minne av händelsen. Vid den rättspsykiatriska undersökningen framstod M. i intellektuellt avseende som efterbliven. Han beskrevs som otvungen, öppen och tillgänglig, frimodig, vänlig, foglig och försynt. Han ångrade djupt brotten, som han helt tillskrev berusningen och det förhållandet att han varit överdrivet rädd. Undersökningsläkaren framhöll att M. sedan lång tid var hemfallen åt alkoholmissbruk och uttalade att M:s besinningslösa tillstånd och utförandet av den grymma misshandeln syntes tyda på "patologiskt rus". Diagnosen patologiskt rus kan ej anses bekräftad. Undersökningsläkaren synes dock ha velat framhålla att M. under alkoholens inflytande reagerat på ett synnerligen avvikande sätt. Utredningern ger ej vid handen att M. i samband med de s. k. supperioderna utvecklat några svårare



abstinensbesvär. M. överlämnades till sjukvården. Tidvis har han skött sig bra. Någon egentlig behandling synes han emellertid ej ha fått och hans spritmissbruk fortsatte. Under spritpåverkan uppträdde han ibland hotfullt och gjorde sig även skyldig till kriminella förseelser, vilka dock var av relativt bagatellartat slag. Han har under den långa vårdtiden – över 30 år – varit försöksutskrivnen vid 24 tillfällen och gjort sig skyldig till 7 avvikningar. Anledningen till den långa vårdtiden synes ha varit återfall i alkohol och kriminalitet. Då han till sist utskrevs konstaterades att han alltjämt var missbrukare men skötte sig "något så när".

M:s alkoholmissbruk och hans intelligensdefekt torde – om behovet av sluten psykiatrisk vård skulle ha bedömts enligt nu gällande regler och praxis – knappast ha ansetts innefatta tillräckliga skäl för intagning på psykiatriskt sjukhus med stöd av LSPV:s vanliga intagningsregler. Undersökningsläkares förslag om sjukhusvård kan emellertid ha grundats på antagandet att ett omhändertagande inom sjukvården var mera ägnat att främja M:s återanpassning i samhället än ett fängelsestraff. M:s starka reaktion på brottet med ånger och skuld känslor tyder också på att psykoterapi kombinerad med intensifierade sociala åtgärder mot alkoholmissbruket skulle ha möjliggjort en avsevärt tidigare återgång till samhället. M. synes emellertid inte ha fått någon egentlig behandling mot missbruket under sjukhusvistelsen. Missbruket har också fortsatt under hela vårdtiden. När han efter en vårdtid som varat över 30 år utskrevs konstaterades att han alltjämt missbrukade alkohol. De många försöksutskrivningarna med återfall i missbruk belyser behovet av en rationell eftervård som ger patienten stöd och hjälp att successivt anpassa sig i samhället.

### Fall 13

N. är en kvinna, som alltsedan barndomen företett psykopatologiska drag. Hon genomgick folkskola men har därefter varit oförmögen att försörja sig. Hon har beskrivits som mycket inbunden och sluten med ständig oro och därmed sammanhängande vagabondering närmast i form av ett planlöst kringirrande. Under åren närmast före det i detta fall aktuella brottet var hon kroniskt deprimerad med mindervärdesidéer, självförebåelser och självmordsidéer. Vid flera tillfällen har hon gjort allvarligt menade självmordsförsök. Hon har periodvis varit intagen på ålderdomshem, sinnessjukavdelning och tvångsarbetsanstalt, varifrån hon dock vid upprepade tillfällen rymt. Vid ett tillfälle, då hon i 25-årsåldern vistades på ett räddningshem, gjorde hon sig skyldig till mordbrand. Hon hade inte tidigare gjort sig skyldig till kriminella handlingar. Hennes avsikt var att hjälpa en kamrat på hemmet till "friheten" genom att tända eld på hemmet. Kamraten hade övertalat henne härtill och därvid hotat att ta livet av sig, om N. ej hjälpte henne. Vid den rättspsykiatriska undersökningen visade sig N. i intellektuellt hänseende vara välutrustad. Hon betecknas som lättledd och eftergiven. Under hela undersökningstiden visade hon symtom på melankoli med måttlig hämning, självförebåelser och livsleda. N. intogs på mentalsjukhus och var alltjämt i vård efter mer än 35 år. Vård diagnosen var psychopathia. Några år vistades hon i familjevård men måste återintas då hon inte kunde komma överens med familjemedlemmarna. Arbetsträfningsförsök har gjorts men misslyckats. Hon beskrivs som fysiskt klen med ringa arbetsförmåga men vanligen nöjd och skötsam.

I detta fall har en initial sjukhusvistelse varit motiverad. Därefter borde en överföring till andra vårdformer ha försökts.

I ett mycket stort antal av de av kommittén studerade jämställdhetsfallen har utskrivning skett mycket kort tid efter det att lagöverträdaren i anledning av domen intagits på sjukhuset. Detta förhållande behöver inte innebära att sjukhusläkaren ansett dessa fall feldiagnostiserade eller felbedömda av vederbörande rättspsykiater. De flesta av fallen avser psykiskt abnorma, som tillika missbrukat alkohol eller narkotika. Dessa har under en ofta lång vistelse på rättspsykiatrisk klinik fått behandling på kliniken och därför varit avgiftade, då de kom till sjukhuset. Personer med avvikande personlighetsdrag har ofta benägenhet att i samband med påfrestningar av olika slag utveckla reaktiva insufficienser med oro, aggression eller depressivitet. Det är härvid det tillkommande psykiska insufficiensstillståndet, som är härförligt under begreppet psykisk sjukdom i LSPV och som motiverar tvångsvård i dessa fall, och ej grundtillståndet dvs. abnormiteten. Behov av vård för insufficiensstillståndet kan vara kortvarigt och tillgodosett på den rättspsykiatriska kliniken.

Kommittén har vid sina fallstudier funnit många exempel på att såväl extremt korta som extremt långa vårdtider kan förekomma för tämligen likartade tillstånd inom jämställdhetsgruppen (fall 6, 7 och 9). Vid fortsatt asocialitet synes en del utskrivningsnämnder tillämpa systemet att förlänga vårdtiden, varför denna kan bli mycket lång. Andra försöker i sådana fall förkorta vårdtiden.

Ej sällan åberopas beträffande fall av sistnämnda slag att det ej kan anses vara sjukvårdens uppgift att tillgodose de säkerhets- och skyddsåtgärder eller att tillhandahålla de speciella terapeutiska resurser som detta klientels särart kräver. Stundom framhålls från sjukhushåll att den allmänna sjukvården ej får utnyttjas för omhändertagande av kriminella, om asocialiteten medför en belastning som är till men för den psykiatriska vården. De psykiatriska sjukhusens verksamhet måste, har det sagts, anpassas till sitt egentliga klientel, de psykiskt sjuka. I anledning av nu återgivna synpunkter må erinras att specialindikationerna under b) och e) i 1 § LSPV ger stöd för ett kvarhållande av säkerhetsskäl.

Åsikterna om tvång i alkohol- och narkomanvården skiftar också mellan olika behandlare. Initialt tvång kan vara nödvändigt för att genomföra en avgiftande behandling och för att söka motivera vederbörande för fortsatt vård. Lindelius och Salum har i en undersökning 1975 funnit belägg för att långvarig sluten psykiatrisk vård mot patientens egen önskan ej ger acceptabla resultat i missbruksfall.

Insufficiensstillstånd, under vilket patienten själv känner behov av behandling, har ofta, på sätt som framgår av fallbeskrivningarna, på grund av de långa väntetiderna på de rättspsykiatriska klinikerna fram till överförandet till sjukhus hunnit avklinga redan under vistelsen på kliniken. Det är emellertid detta akuta skede som bör utnyttjas för att bygga upp en terapeutisk kontakt och motivera patienten att medverka i ett mer långsiktigt behandlingsprogram. Härvid är personkontinuiteten i behandlingsarbetet särskilt viktig. Med nu gällande ordning bryts emellertid efter lång tid den kontakt som byggts upp mellan undersökningsteamet och den undersökte genom överflyttningen till det sjukhus som skall överta behandlingen. Det har, sedan det akuta insufficiensstillståndet avklingat, visat sig svårt att bygga upp en ny kontakt. Härvid är att märka att de behandlingsmöjligheter som står till buds



ofta, såsom förut framhållits, kräver en positiv, frivillig medverkan från patientens sida. Denna medverkan är svår att åstadkomma vid en tvångsvård, som domstolen förordnat om och som av många lagöverträdare, som inte själva känner något behov av behandling, uppfattas såsom ett tidsobestämt frihetsstraff. För dem blir sjukhusvården inte så meningsfull som man skulle önska.

Fall 10 belyser vilka konsekvenser i behandlingsarbetet nuvarande undersökningsordning kan medföra. Ett annat exempel på olägenheterna av att personkontinuiteten i behandlingsarbetet brytes är närmast följande fall. Det refereras emellertid främst för att belysa gränsdragningsfrågan och för att visa vilka motsättningar som – när det gäller psykiskt abnorma – kan, även i fall av grova brott, uppkomma mellan de synpunkter domstolen lagt till grund för sitt beslut att överlämna lagöverträdaren till sluten psykiatrisk vård och sjukhusets syn på vårdbehovet.

#### Fall 14

Detta fall avser en man X. som med ett par års mellanrum gjort sig skyldig till tre våldtäktsövergrepp. Vid det första av dessa tillfällen var han i 20-årsåldern. – X. var sängvätare långt uppe i tonåren. Han har beskrivit de svåra ångesttillstånd som han kände, när modern hotade att göra något med hans penis, om han ej upphörde med sängvätningen. I pubertetsåren ramlade han av en cykel och ådrog sig en blodutgjutning i pungen. Därvid fick han för sig att han blivit skadad i sexuellt hänseende. Han började onanera våldsamt och fick ett obetvingligt behov att exhibitionera. Rädslan för att bli upptäckt var stor och han fick i efterhand panikkänslor. X. har varit gift två gånger och fick barn i båda äktenskapen. Då hustrun i det andra äktenskapet var mindre sexuellt aktiv än X., återkom tvånget att onanera och exhibitionera. Sedan även det andra äktenskapet upplöstes flyttade X. ihop med en äldre kvinna. Samlivet med henne gav honom en känsla av trygghet, men då hon började sällskapa med andra män, återkom X:s avvikande, sexuella beteende. – För de två första våldtäktsövergreppen (varav det andra brottet utgjorde försöksbrott) dömdes X. till fängelse. I samband med det andra brottet gjordes en rättspsykiatrisk undersökning. Den psykiska abnormiteten ansågs därvid ej vara så djupgående att den måste jämföras med sinnessjukdom. Risken för sexuella övergrepp som följd av impulshandlingar framhölls. Läkaren förklarade att X. "besitter en slumrande farlighet vars grad endast framtiden kan avslöja". – X. har uppgett att tvångshandlingarna kulminerar, när han onanerat och ej får utlösning. Om han då befinner sig i labil sinnesstämning eller under alkoholpåverkan kan han få föreställningar om att testiklarna försvinner och att han blivit "kastrad". Han känner då ett tvångsmässigt behov av att få kontakt med en kvinna och få utlösning. Tvånget upplever han närmast som en grumling av medvetandet. Minnet suddas ut och efteråt kvarstår endast episodiska minnesbilder. Den dag då X. begick det tredje övergreppet hade han druckit 10–12 burkar mellanöl och for sedan ut och fiskade. Han hade under dagen onanerat men ej fått utlösning. Det var uppgjort att X. på eftermiddagen skulle träffa sin före detta fästmo, som han hade återupptagit samlevnaden med. När han i sin bil var på väg till fästmön, kände han ett tvång att till varje pris få utlösning. I detta tillstånd tog han upp två barn, en pojke och hans 8-åriga syster, och gjorde sig skyldig till övergrepp mot flickan. Enligt barnens vittnesmål hade han mordhotat dem, om flickan ej gjorde honom till viljes. Efter att ha fått utlösning kom han till besinning och fortsatte mot sitt hem. Vid ny rättspsykiatrisk undersökning beskrevs X. som en svårt störd personlighet. Det konstaterades att han". . . projicerar skuld känslan med paranoidea föreställningar och riktar starka krav på rått rådighet av omgivningen, oförrätter, verkliga och förmenta, uppförstoras och gör honom på ett

infantilt sätt till den förfördelade och han tenderar till rättsshaveri". Enligt uppgifterna i det rättspsykiatriska utlåtandet tycks undersökningsläkaren ha fått god kontakt med X. Det är tydligt att X. under inverkan av samtalsterapi under undersökningens gång och förslag om frivillig hormonbehandling mot sexualdriften förmåtts att samarbeta med läkaren. X. hade nått en uppenbar psykisk lättnad och accepterat vård för sina problem. Undersökaren framhöll, att det såväl ur allmän som individualpreventiv synpunkt var väsentligt att X. fick tillfälle till en adekvat bearbetning av sin problematik. Den intellektuella prestationsförmågan var genomsnittlig. Något egentligt alkoholberoende ansågs ej föreligga. Med hänsyn till den positiva motivationen bedömdes psykiatrisk behandling ha möjlighet att förbättra prognosen. Det konstaterades att X. vid verkställighet av straff visat sig mycket skötsam. Efter ett halvt års vistelse på en rättspsykiatrisk klinik intogs X. på sjukhus. Av intagningsanteckningen från sjukhuset framkommer att X. vid samtal befanns vara "en helt adekvat man". Han ville ej tala om sina brott. Några vanföreställningar eller andra psykopatologiska drag framkom ej. Redan andra dagen fick X. frigång. Efter 10 dagar antecknades att X. funnit sig väl tillrätta på avdelningen, att han var mycket aktiv samt att han hjälpte till i köket och deltog i terapiarbeten. Han avböjde emellertid såväl samtalsterapi som överflyttning till en aktiv miljöterapeutisk avdelning. Efter cirka en månad beslöt utskrivningsnämnden att överläkaren skulle ha befogenhet att ge X. rätt att på egen hand vistas utanför sjukhusområdet i perioder om högst 7 timmar. Efter 4 månader beslöt nämnden att X. skulle vara försöksutskrivnen. Under vårdtiden avgav vederbörande överläkare ett utlåtande i ett körkortsärende rörande X. I utlåtandet anfördes bl. a. att X. under vårdtiden ej visat symtom på psykisk abnormitet eller på psykisk sjukdom. Han hade vissa problem sammanhängande med svårigheter under uppväxten och i familjelivet. Någon psykiatrisk diagnos hade ej kunnat ställas, utan X. hade rubricerats som "ej psykiskt sjuk".

Kommitténs psykiatrer har beträffande detta fall varit ense om att X:s beteenden karakteriserats av en neurotisk dynamik. Brottet var klart patologiskt betonat. Det fanns krafter inom X. som han ej kunde styra. Här var fråga om en typisk impulshandling.

Sexuella avvikelser är svårbehandlade tillstånd och det finns ej någon behandlingsmetod som kan garantera ett gynnsamt resultat. För att terapi skall lyckas i ett dylikt fall torde det vara nödvändigt att patienten är motiverad för och samarbetar i densamma. Den måste också pågå under lång tid och genomföras systematiskt. Personkontinuitet i behandlingen synes viktig. Skydds- och säkerhetsaspekten måste också beaktas. En utslussning i samhället måste ske successivt. För densamma krävs en eftervård där såväl medicinska som sociala åtgärder är kombinerade.

X. var otvivelaktigt behäftad med en psykisk störning som under vissa ogynnsamma sociala betingelser och icke minst under alkoholpåverkan kunde medföra fara för annan person. Tillståndet var emellertid svårbehandlat inom sjukvården. Å andra sidan torde enbart ett frihetsberövande vara utan effekt. Såväl brottsprofylaktiskt som för X:s eget psykiska välbefinnande var det nödvändigt att han blev föremål för psykoterapi kombinerad med sociala åtgärder. Frågan är emellertid i vilken omhändertagandeform – sjukvård eller kriminalvård – detta bort ske. Mellan impulsbrotten synes X:s psykiska särart ej vara påfallande. Risken för sådana gombrott torde dock kvarstå under lång tid, varför vissa säkerhetskrav måste vara uppfyllda.

X befann sig vid det sista brottstillfället möjligen i sådant undantagstillstånd att han ej borde dömas till fängelse. Man kan ha olika meningar härom.



Viktigast är dock att adekvat behandling bereds patienten. Även om han dömts till fängelse, hade sådan behandling kunnat ges på en rättspsykiatrisk klinik under förutsättning att den är utrustad härför. Härför krävs emellertid en mycket kvalificerad personal. De psykiatriska sjukhusen torde för närvarande inte ha tillräckliga resurser för den brottsprofylax som behövs i ett sådant här fall.

Undersökningsläkaren uttalade i sitt utlåtande att det ur såväl allmän som individualpreventiv synpunkt var väsentligt att vården av X. kom till stånd under betryggande former och där resurser fanns att adekvat bearbeta hans problematik. Det kan antagas att domstolen anslöt sig till denna syn på fallet och vid valet av påföljd utgick från att man på sjukhuset skulle genom psykoterapi söka påverka X:s tillstånd och därigenom motverka ett recidiv. Med hänsyn till innehållet i utlåtandet hade domstolen anledning räkna med att säkerhetsaspekterna skulle beaktas på sjukhuset. Det är endast att konstatera att dessa förutsättningar för valet av påföljd inte beaktades på sjukhuset.

Ett annat fall, där sjukhuset inte tillmätt säkerhetsaspekterna samma betydelse som domstolen, är följande.

### Fall 15

O. dömdes för grov misshandel av hustrun vid tio tillfällen, bestående i att han slagit henne med en livrem, våldtagit henne vid sex tillfällen och ytterligare gjort sig skyldig till grov misshandel av henne vid fyra tillfällen, bl. a. genom att han tagit strupgrepp på henne så att hon vid tre av tillfällena förlorat medvetandet. Vidare dömdes han för grov misshandel av en okänd kvinna vid ett tillfälle bestående i att han tagit struptag på henne och pryglat henne med livrem så att hon blev medvetslös. Slutligen dömdes han för grov misshandel av en kvinnlig bekant, bestående i att han upprepade gånger dunkat hennes huvud mot golvet och tagit strupgrepp på henne så att hon förlorade medvetandet.

Bakgrunden till gärningarna var följande: O. växte upp under socialt välordnade förhållanden. Han gifte sig i 20-årsåldern och fick 2 barn i äktenskapet. Förhållandena var under den första tiden mycket bra. I samband med trassel på arbetsplatsen och längre tids sjukskrivning började emellertid O. efter några år att i stigande omfattning missbruka sprit. Det kom därigenom till misshälligheter i äktenskapet. Sedan O. vid ett tiotal tillfällen misshandlat hustrun med livrem ville hustrun inte fortsätta äktenskapet och O. flyttade hemifrån. Han besökte dock ganska ofta hemmet och ingenting anmärkningsvärt inträffade vid dessa tillfällen. Efter medgivande av hustrun flyttade O., som blivit bostadslös, tillfälligt åter hem till familjen. – Vid ett tillfälle efter skilsmässan gjorde O. på gatan bekantskap med en kvinna Z., och följde henne hem till hennes lägenhet. De drack en hel del sprit. O. har uppgivit att det därefter plötsligt "snurrade till" i huvudet på honom. Han tog då ett struptag om halsen på Z. och höll greppet tills hon svimmade samt lade henne naken på golvet och slog henne med en läderrem. Därefter lämnade han den kraftigt nedblodade lägenheten. – Efter denna händelse började O. dricka och bli alltmer obalanserad. Då han kom hem i spritpåverkat tillstånd brukade han göra närmanden mot hustrun. Då hon avvisade honom, hände det vid flera tillfällen att han misshandlade henne och tilltvingade sig samlag. Vid fyra tillfällen tog han också strupgrepp på henne. Samlagen brukade föregås av en viss ritual, bestående i att han tvingade hustrun att klä av sig, kopplade en livrem runt halsen på henne och tvingade henne att gå runt på alla fyra som en hund. Hustrun har uppgivit att han vid vissa tillfällen verkade "fullkomligt vansinnig". Det hela pågick under ca två

månader. Därefter flyttade hustrun med barnen ifrån hemmet. Hon gjorde emellertid inte någon polisanmälan. Sedan hustrun lämnat hemmet, började O. umgås med en kvinna, som han kände sedan tidigare. Vid ett tillfälle besökte hon O. i hans hem, varvid man drack en del sprit. Sedan kvinnan gått och lagt sig på en säng kom O. upp och satte sig bredvid henne. Enligt kvinnans uppgift fick O. plötsligt "en konstig blick". Därefter tog han struption på henne. Han höll greppet om hennes hals och samtidigt dunkade hennes ansikte mot golvet så att hon svimmade. Då hon vaknade hjälpte O. henne att ringa efter en taxi och uppträdde som om han inte förstod vad som hade hänt. Kvinnan fick omfattande skador av strupgreppet och slagen. Hon polisanmälde O. och i samband därmed uppdagades de tidigare misshandelsbrotten.

O. genomgick rättspsykiatrisk undersökning. Utlåtandet utmynnade i att O. begått gärningarna under inflytande av psykisk abnormitet av så djupgående natur att den måste anses jämställd med sinnessjukdom och att han var i oundgängligt behov av sluten psykiatrisk vård. Av undersökningen framgick bl. a. att O. tidigare varit mycket sexuellt aktiv och att han även under äktenskapet haft talrika förbindelser med andra kvinnor än hustrun. Undersökningsläkaren fann att O. kunde betecknas som en "mycket svårt rollneurotisk person med stark ambivalens till en massivt mäktig fadersgestalt" samt att hans ambivalenskonflikt hade omöjliggjort för honom att finna en trygg form att kanalisera sin ansenliga vitalitet. O. representerade en osmält blandning av ungdomsledare och auktoritetsrebell inklusive sadist, och hade mycket länge varit svårt psykiskt störd, trots en yta av relativt lugn och öppenhet. Vad gäller alkoholens roll uttalade läkaren att det ej var frågan om patologiskt rus, men att O:s relativt oklara minnesbilder i stället sammanhängde med en medveten avskärmning jämte omedvetna bortträngningskrafter. Det var inte alkoholavhämningens underlåtande av sadismbrotten som tedde sig viktigt ur diagnossynpunkt utan den mycket svåra ångestmängda rollkonflikten. Enligt undersökningsläkaren tedde sig O. terapeutiskt mera påverkbar än många eljest liknande fall. Den kliniska diagnosen löd "grav rollneurotisk sjukdomsutveckling hos person med mycket ansenlig vitalitet och goda primärresurser, bl. a. med ångestförsvar gentemot underordnad roll, självdestruktivt leverne, inklusive sadism, som resultat".

Med stöd av det rättspsykiatriska utlåtandet överlämnades O. av domstol till sluten psykiatrisk vård. Han intogs på psykiatriskt sjukhus efter en häktningstid på 7 månader. Av sjukhusjournalen framgår bl. a. följande: Sjukhusläkarens diagnos var persona immatura, Alc NUD. O. skötte sig från början mycket bra på sjukhuset och fick efter 2 veckors vårdtid tillåtelse att vistas utom sjukhusområdet under dagtid för att utöva sitt yrkesarbete. Vid ett par tillfällen hände det att han inte återkom på kvällen utan stannade borta över natten. Efter drygt 2 månaders vårdtid fick han tillstånd att vistas utom sjukhusområdet i perioder om högst 24 timmar. O. bodde då hos anhöriga och var rekommenderad psykoterapeutisk kontakt vid en mottagning utanför sjukhuset. Han besökte dock dagligen sjukhuset för att hämta antialkoholmedicin. Några månader senare anhölls O. som misstänkt för grov stöld och togs då åter in på sjukhuset. Den närmaste tiden dessförinnan hade man märkt en klar försämring i O:s tidigare exemplariska uppförande. Det hade sålunda hänt att han uteblivit från det dagliga besöket på avdelningen. Vid ett tillfälle hade han bott hos en kvinna vilket oroat anhöriga mycket. Man begärde då från sjukhuset hämtning genom polis. Det framkom att O. gjort sig skyldig till olovlig körning, rattfylleri, grov stöld och biltillgrepp. Efter återintagningen på sjukhuset avvek O. ånyo och återfördes genom polis. Det har därefter vid ytterligare två tillfällen inträffat att O. avvikit och återförts med polis. Han överfördes därefter till specialavdelning.

Man kan ha olika åsikter om hur O. skall bedömas ur psykiatrisk synvinkel. Uppgifterna i det rättspsykiatriska utlåtandet är alltför ofullständiga för att tillåta några säkra slutsatser rörande störningens art. Det finns dock anledning att förmoda att det rör sig om en primär personlighetsstörning, som



emellertid först under senare år fått sociala konsekvenser. Sadistiska drag torde ha observerats tidigare, men synes först under senare tid i samband med alkoholförtäring ha blivit mer öppet framträdande. Av tillgängliga uppgifter framgår sålunda att O. då han förtärt alkohol – mängderna är ej angivna – drabbats av en psykisk förändring och att han därefter begått de svåra våldsbrotten. Alkoholens roll för O:s svåra brottslighet är emellertid vansklig att bedöma. Det är givetvis tänkbart att ett tilltagande alkoholberoende har lett till vissa alkoholbetingade hjärnskador, som i sin tur underlättat för de starkt sexuellt färgade sadistiska inslagen att göra sig gällande. Det är å andra sidan möjligt, att det förelegat ett mycket starkt ångesttillstånd, vilket O. sökt döva med alkohol samt att alkoholavhämningen underlättat sadismbrotten. Undersökningsläkaren ansåg att störningen var terapeutiskt påverkbar i högre grad än många andra liknande fall.

O. överlämnades till sjukvården, vilket med hänsyn till omständigheterna i fallet och icke minst på grund av det psykiatriska behandlingsbehov som ansågs föreligga, torde få bedömas som en adekvat åtgärd. O. är ett exempel på domstolsöverlämnade fall, där läkare och utskrivningsnämnd inte tagit hänsyn till dokumenterad farlighet för annans personliga säkerhet. Till en del kan detta förklaras med den positiva syn som undersökningsläkaren haft på O. samt den långa häktningstiden, 7 månader. Beträffande uppläggningsen av O:s behandling på sjukhuset ger journaluppgifterna ingen tydlig information. Det ter sig emellertid egendomligt att O. redan efter två månader fick tillstånd att även nattetid vistas utanför sjukhuset, trots att han tidigare överträtt föreskrift om frigång. Vidare ter det sig anmärkningsvärt att man ej ingrep genast då O. började utebli från det dagliga besöket på sjukhuset. Man hade ju då ingen som helst kontroll på att O. avhöll sig från alkoholförtäring. En utskrivning till samhället bör i detta och liknande fall ske under betryggande former. I O:s fall måste förfarandet i detta avseende bedömas som otillfredsställande. En skyddad boendemiljö som ett led i ett behandlingsprogram hade varit att föredra. Sjukvårdens resurser för en adekvat eftervård i detta och liknande fall är emellertid för närvarande otillräckliga.

I många av de studerade korttidsvårdade abnormfallen har definitiv utskrivning skett utan föregående utskrivning på försök och utan att åtgärder vidtagits för att tillförsäkra den utskrivne den eftervård, som han synes ha varit i behov av, och framför allt utan att han fått det sociala och personliga stöd han behövt vid återanpassning ute i samhället. Anledningen härtill torde vara att sjukhusen inte haft erforderliga resurser härför och för den samordning med sociala organ som i det särskilda fallet är påkallad. I några fall har vid utskrivningen i journalerna antecknats att patienten erbjudits behandling inom den öppna vården, varav han dock inte begagnat sig.

Behovet av en effektiv eftervård är naturligtvis av särskild betydelse i sådana fall, där man har anledning att räkna med återfall i missbruk och kriminalitet eller där vederbörande visat oförmåga att klara sig själv ute i samhället. När recidiv i missbruk kan befaras, är det önskvärt att eftervården är så utformad att patientens anpassning till livet ute i samhället vid behov kan ske stegvis med successivt ökad frihet i takt med ökad förmåga att bemästra anpassningssvårigheterna. Av kommitténs fallstudier framgår att sådan eftervård – i regel på grund av bristande resurser – inte kommit till

stånd vid försöksutskrivning eller permission av patienter med långvarigt missbruk bakom. Detta har lett till recidiv och återintagning. Utan en eftervård som ger patienten erforderligt stöd blir föreskrifter om bostad, arbete och avhållsamhet från rusmedel som villkor för försöksutskrivningar ej sällan helt meningslösa, såsom exempelvis fall 11 visar.

I flera av de studerade jämställdhetsfallen förefaller den bedömning av vårdbehovet, som föranlett överlämnande till sluten psykiatrisk vård, ha grundats mera på misstanke om psykotisk sjukdom än på den psykiska abnormitet som kunnat konstateras. I några av dessa fall har misstanken under sjukhusvistelsen bekräftats och vederbörande med framgång behandlats härför. I andra fall har misstanken visat sig ogrundad. Ett sådant fall skall här belysas.

### *Fall 16*

P. är en man som visade en särpräglad psykisk läggning redan som barn. Efter upprepade egendomsbrott blev han i 18-årsåldern underkastad rättspsykiatrisk undersökning. I utlåtandet konstaterades att någon sinnessjukdom ej kunde påvisas och ej heller någon mer framträdande intelligensnedsättning. Han beskrevs som psykoinfantil, snäll, beskedlig, naiv, sorglös och obetänksam. Ogynnsamma miljöförhållanden antogs ha bidragit till hans missanpassning. I enlighet med rekommendation i utlåtandet placerades P. i ungdomsvårdsskola. Han rymde därifrån och begick nya egendomsbrott. Han erhöll först villkorlig dom. Efter nya rymningar och brott underkastades han ny rättspsykiatrisk undersökning inom ett år från den förra. Rektorn på ungdomsvårdsskolan ansåg fortsatt placering där meningslös, enär P. var svårhanterlig och opåverkbar. Undersökningsläkaren instämde i föregående undersökarens bedömning, men framkastade misstanken om schizofreni av typen hebefreni även om tillräckligt stöd för denna diagnos ej förelåg. Han ansåg att P. borde underkastas långvarig psykiatrisk observation och att intagning på mentalsjukhus med dess terapeutiska resurser var nödvändig. Diagnosen enligt undersökningsjournalen var "psykopatia + schizophrenia?". P. intogs på mentalsjukhus och var 20 år senare alltjämt i vård. Några symtom tydande på schizofreni har ej framkommit men misstanke på symtomfattig schizofreni har förelegat. P. har aldrig varit försöksutskrivnen. Vid 23 tillfällen har han avvikit och vid minst 11 tillfällen gjort sig skyldig till nya brott. Det har genomgående rört sig om smärre egendomsbrott. I en journalanteckning från senare år noteras ett stabilt psykiskt tillstånd och att han visar god skötsamhet i alla avseenden.

Det har uppgivits om P. att han sedan tidig barndom varit psykiskt särpräglad. Hans kriminalitet har varit omfattande men han har aldrig visat tecken på farlighet för annan person. Överlämnandet till sjukvården – P. var då i övre tonåren – skedde på misstanken om att det förelåg schizofreni. Symptomologiskt var dock vid undersökningstillfället bilden alltför oklar för att man med säkerhet skulle kunna uttala sig härom och en längre tids psykiatrisk observation ansågs nödvändig. En drygt 20-årig observation inom mentalsjukvården har emellertid ej kunnat bekräfta diagnosen.

Kommitténs psykiatrer är ense om att vårdbehovet inte var sådant att P. – om LSPV gällt vid tiden för brottet – skulle ha intagits till sluten psykiatrisk vård med stöd av LSPV:s vanliga intagningsregler.

Kommittén har inte funnit möjligt att söka utreda effektiviteten av hittills tillämpade behandlingsmetoder med avseende på psykiskt abnorma lagöver-



trädare. Vissa undersökningar har emellertid gjorts på Karsuddens sjukhus. Under andra halvåret 1967 och våren 1968 blev 100 slumpvis utvalda patienter föremål för undersökning. I mars 1971 genomgicks samma patientmaterial på nytt för att utröna patienternas öden tre år efter den ursprungliga undersökningen. Därvid visade det sig att av de 100 patienterna 20 alltjämt var intagna på sjukhuset, 10 överförts till annan vårdform, 26 överflyttats till annat sjukhus, 9 försöksutskrivits, därav 5 sedan minst tre månader samt 31 definitivt utskrivits. Av dessa 31 var 19 helt välanpassade. Huruvida dessa statistiska uppgifter kan uppfattas som belägg för att behandlingen varit framgångsrik låter sig inte avgöra.





## 5 Den offentliga debatten. Utredningens direktiv. Disposition av betänkandet.

### *Reformförslag*

Under slutet av 1960-talet och början av 1970-talet, fördes en livlig debatt om behandlingen av psykiskt avvikande lagöverträdare. Kritik framfördes mot det rättspsykiatriska undersökningsväsendet, rättspsykiatrins ställning och de bristande resurserna på sjukhus och kriminalvårdsanstalter för behandling och resocialisering av ifrågavarande brottsklientel. Det riktades också kritik mot BrB:s påföljdsbestämmelser. I anslutning till kritiken framfördes vissa reformförslag.

Isådant hänseende må nämnas förslag som framförts av redaktören Svante Nycander i en år 1970 utkommen bok "Avskaffa rättspsykiatri" och i tidningsartiklar. Förslagen är av i huvudsak följande innebörd: Alla former av slutna vård sammanförs till en påföljd, "frihetsberövande". Det ankommer på domstol att avgöra skuldfrågan samt bestämma valet mellan böter, frihetsberövande eller annan påföljd. Frihetsberövande påföljd skall i princip vara tidsbestämd. De som dömts till sådan påföljd placeras därefter av administrativ myndighet på lämplig institution. Flyttning mellan olika vårdformer sker allteftersom behovet växlar. Läkarundersökning görs endast undantagsvis före domen och vård- och behandlingsbehovet utreds i samband med verkställigheten.

Inom psykiaterkåren har olika meningar gjort sig gällande. År 1972 enade sig Psykiatriska föreningen och Rättspsykiatriska föreningen om en deklARATION av bl. a. följande innehåll: Det är viktigt att medicinskt-psykiatriska liksom kriminologiska, psykologiska och sociologiska synpunkter beaktas vid den rättsliga behandlingen av brottmål och civilmål. Härigenom ges domstolarna bl. a. möjlighet att döma till mer individualiserade och terapeutiskt inriktade påföljder, vilket gäller samtliga för brott misstänkta. Jämställdhetskategorien måste inskränkas, eftersom många inom denna kategori inte på ett meningsfullt sätt kan omhändertas inom den psykiatriska vården. Möjlighet bör tillskapas att byta vårdform i båda riktningarna under påföljdens gång. En upprustning bör ske av såväl vården av de särskilt vårdkrävande patienterna som kriminalvården. Den rättspsykiatriska organisationen bör få ökade terapeutiska uppgifter både inom kriminalvården och inom den psykiatriska vården av de särskilt vårdkrävande patienterna. Eftervården bör förbättras.

År 1970 tillsattes inom socialstyrelsen en arbetsgrupp för rationalisering av de rättspsykiatriska undersökningarna. Arbetsgruppen avlämnade 1971 en utredning med förslag till vissa rationaliseringar av undersökningsväsendet.

Gruppen fann emellertid att man inte kunde nå tillfredsställande resultat med mindre jämställdhetsbegreppet radikalt förändrades och föreslog en översyn av strafflagstiftningen. Enligt arbetsgruppens mening talade också starka skäl för ett upphävande av den i domstolsfall gällande specialindikationen för överlämnande till sluten psykiatrisk vård och till vård i specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda.

Under de senaste årens debatt såväl i Sverige som i utlandet har man ifrågasatt det berättigade i ådömande av tidsbestämda påföljder över huvud. Det råder i stort sett enighet om att psykotiska och allvarligt utvecklingsstörda lagöverträdare bör falla utanför det vanliga påföljdssystemet. I de flesta rättssystem brukar brott som begås av personer med sådan allvarlig psykisk störning leda till straffriklighet. Så är emellertid i regel inte fallet beträffande andra grupper av psykiskt störda. I flera länders lagstiftning kan dock psykiskt avvikande återfallsbrottslingar underkastas andra tidsbestämda åtgärder än intagning på sjukhus. Detta sammanhänger dels med säkerhetsaspekten men också med att den ursprungliga s. k. proportionalitetsprincipen, enligt vilken straffet skulle stå i proportion till brottet, fått ge vika för en mera behandlingsorienterad inställning. Såsom exempel på sådana påföljder kan nämnas sikringsssystemet i Norge, TBR-systemet i Holland och de socialterapeutiska anstalterna i Tyskland. En form av tidsbestämd påföljd med starka inslag av behandling är också ungdomsfängelse, som finns i många länder.

Emellertid har på senare år den behandlingsideologi som legat till grund för införandet av många tidsbestämda påföljder allvarligt ifrågasatts. Det har ansetts tveksamt om behandlingen verkligen leder till önskat resultat. Vidare har man diskuterat om det ur etisk synpunkt är försvarligt att genom behandling av olika slag söka påverka människors beteende, "manipulera" dem. Det har ibland gjorts gällande att såväl kriminalitet som psykiska störningar av olika slag egentligen är en naturlig reaktion gentemot ett samhälle som utövar politiskt och socialt förtryck mot medborgarna.

I Danmark har kritiken mot de tidsbestämda påföljderna lett till avskaffande av påföljderna särfängelse och särförvaring samt ungdomsfängelse och i Norge till förslag om sikringsinstitutets och ungdomsfängelsens avskaffande. I Sverige har 1974 en utredning om påföljden ungdomsfängelse tillsatts. Enligt uppgifter som lämnats kommittén skulle även interneringspåföljden bli föremål för utredning inom en snar framtid.

### *Utredningens direktiv*

Departementschefens direktiv för kommittén bör ses mot bakgrunden av den sålunda förda debatten. Beträffande jämställdhetsfallen uttalades följande.

Meningarna om hur jämställdhetsfallen skall avgränsas är i hög grad delade. Bortsett från den oklarhet som ligger i själva uttrycket "jämställd med" sinnessjukdom är kriterierna för när sådan jämställdhet skall anses föreligga mycket oskarpa. Utrymmet för den undersökande läkarens egen uppfattning blir därigenom stort. Det är nästan oundvikligt att olika läkare bedömer likartade fall på skilda sätt. Detta är självfallet inte tillfredsställande, eftersom skiljaktigheter i bedömningen kan få avgörande betydelse för den fortsatta behandlingen av de tilltalade i de enskilda fallen. Av två personer som begår samma slags brott och företer likartade psykiska egenskaper kan den ene, vars abnormitet bedöms som jämställd med sinnessjukdom, överlämnas till slutet



psykiatrisk vård med möjlighet att bli utskriven efter kort tid, under det att den andre, vars abnormitet inte anses jämställd med sinnessjukdom, kanske döms till ett långvarigt fängelsestraff eller till internering under lång tid.

Det har också i debatten hävdats att en person, som har bedömts som jämställdhetsfall och på grund av domstols beslut tas in på sjukhus för sluten psykiatrisk vård, i många fall inte kan få någon behandling där av meningsfull art. Sådana personer vållar enligt denna uppfattning ofta oro och störningar på sjukhuset och skapar andra problem vid vården av de övriga intagna.

Beträffande påföljderna för psykiskt avvikande lagöverträdare anfördes i direktiven följande.

Det saknas anledning att frågå principen i BrB att även psykiskt avvikande lagöverträdare skall kunna dömas till brottspåföljd. Det väsentliga bör vara att den åtalade döms till en påföljd som öppnar möjlighet för honom att få den vård och behandling i övrigt som hans psykiska tillstånd och sociala situation kräver. Själva vården bör ges inom den vårdorganisation som är mest lämplig i det enskilda fallet. Det innebär bl. a. att det är de föreskrifter som gäller inom vederbörande vårdorganisation som bör bestämma det materiella innehållet i vården. Härmed är inte sagt att domstolen nödvändigtvis måste besluta att överlämna den åtalade direkt till viss form av vård, även om detta i många fall kan anses vara det lämpligaste. I vissa hänseenden kan det vara mera ändamålsenligt att låta kriminalvårdsmyndigheterna bära ansvaret för att lämplig behandling kommer till stånd inom eller utom kriminalvården. En sådan ordning kan göra det lättare att byta vårdform under behandlingens gång än om den dömde från början binds vid en viss vårdorganisation utanför kriminalvården.

Från dessa utgångspunkter anser jag att de sakkunniga bör överväga, om begränsningarna i 33:2 BrB i fråga om domstolens val av påföljd bör finnas kvar. Enligt min mening kan det sättas i fråga om det är lämpligt att på detta sätt ställa upp formella hinder mot utdömande av vissa påföljder. Bestämmelsen leder till en viss stelhet i påföljdssystemet och försvarar arbetet inom det rättspsykiatriska undersökningsväsendet. De sakkunniga bör också undersöka om ett avskaffande av 33:2 BrB ger anledning att i BrB införa regler av annat slag i syfte att ge anvisningar om påföljdsvalet i fall av abnormbrottslighet. Även om 33:2 BrB anses kunna upphävas, bör det även framdeles finnas möjlighet att i vissa fall medge frihet från påföljd för psykiskt avvikande lagöverträdare.

En fråga som nära sammanhänger med gränsdragningen mellan kriminalvård och sjukvård är om man under pågående behandling skall kunna förändra påföljdens innehåll. Om detta uttalades i direktiven följande.

Av vad jag tidigare har anfört framgår att jag kan tänka mig att frihetsberövande påföljd inom kriminalvården i större utsträckning än nu ådöms psykiskt avvikande lagöverträdare. Detta leder till krav på ökade möjligheter att ge sådana intagna nödvändig vård och behandling. En ledande princip bör vara att den som är dömd för brott skall liksom andra medborgare ha tillgång till vård och behandling. I fråga om psykiskt avvikande lagöverträdare bör övervägas om inte större utrymme bör lämnas att under behandlingens gång förändra påföljdens innehåll. Härigenom skulle exempelvis fängelse kunna förvandlas till sluten psykiatrisk vård eller skyddstillsyn med föreskrift om vård. Sådana förändringar kan även tänkas gå i andra riktningen så att den som överlämnats till psykiatrisk vård skall kunna bli föremål för behandling inom kriminalvården. Med en sådan ordning skulle avgörande i påföljdsfrågan få en mindre definitiv karaktär. En reform i denna riktning kräver ingående överväganden angående villkoren för och den rättsliga behandlingen av frågor om ändring av påföljd.

En annan fråga som borde övervägas är kausalitetsreglerna:

De sakkunniga bör ta upp frågan om det nuvarande kravet på kausalitet bör behållas i 31:3 BrB och, för den händelse bestämmelsen i 33:2 BrB inte bör helt utgå, i sistnämnda bestämmelse. En utgångspunkt för övervägandena i denna del bör vara, att valet av påföljd skall, i överensstämmelse med nu förhärskande kriminalpolitiska värderingar, kunna träffas uteslutande eller i varje fall företrädesvis med hänsyn tagen till den dömdes psykiska tillstånd och sociala situation vid tiden för lagföringen. Självfallet måste också samhällsskyddets intressen beaktas. De avvägningar som här kan visa sig nödvändiga synes emellertid inte i första hand böra ske med utgångspunkt i ett oeftergivligt krav på kausalitet mellan abnormiteten och brottet.

I direktiven diskuterades även olika möjligheter att tillgodose kravet på psykiatrisk vård för det ifrågavarande klientelet genom fria vårdformer. I detta hänseende anfördes:

De sakkunniga bör överväga förutsättningarna för en vidgad tillämpning av skyddstillsyn i förening med psykiatrisk vård i skilda former som påföljd för psykiskt avvikande lagöverträdare. Ett ökat inslag av psykiskt avvikande i frivårdsklientelet torde emellertid förutsätta tillgång till psykiatrisk expertis i större utsträckning än som nu är fallet. De sakkunniga bör undersöka i vilka former detta kan och bör ske. Av intresse i detta sammanhang är den principplan för den psykiatriska vårdens organisation som nyligen har lagts fram med bl. a. förslag att tillföra den psykiatriska vårdorganisationen socialpsykiatriska vårdenheter, som skulle ha till uppgift bl. a. att biträda vid behandlingen av frivårdsklientelet.

Påföljden överlämnande till öppen psykiatrisk vård har använts endast i ringa utsträckning. Det är därför svårt att bedöma värdet av den som en fristående brottspåföljd. De sakkunniga bör under hänsynstagande till den upprustning som sker av den öppna vården undersöka i vilka former sådan vård bör utnyttjas inom påföljdssystemet.

Beträffande det rättspsykiatriska undersökningsväsendet anfördes i direktiven följande.

De sakkunniga bör undersöka i vad mån deras förslag påverkar det rättspsykiatriska undersökningsväsendet. De bör därvid beakta resultatet av det arbete som har bedrivits inom socialstyrelsens arbetsgrupp för undersökningsförfarandet. Även om en genomgripande förändring av påföljdssystemet för psykiskt avvikande lagöverträdare skulle genomföras, torde domstolen ha behov av medicinsk utredning. Denna skulle emellertid få en annan funktion än de nuvarande rättspsykiatriska undersökningarna och skulle inte behöva vara så omfattande. Tyngdpunkten skulle ligga på att bilda underlag för behandlingsbeslut. En väsentlig del av utredningen skulle kunna förläggas till verkställighetsstadiet, varvid resultatet av redan insatta åtgärder kunde ge ett värdefullt bidrag till undersökningsmaterialet.

I olika sammanhang har framförts önskemål om att den som har överlämnats till sluten psykiatrisk vård skall kunna tas in på sjukhus utan att behöva vänta på att domen vinner laga kraft. Någon gång har också påtalats, att dröjsmål förekommer vid intagning efter lagakraftvunnen dom. De sakkunniga bör se över nuvarande bestämmelser om verkställighet av dom som innefattar förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård.

Slutligen framhölls att en ändrad lagstiftning i fråga om psykiskt avvikande lagöverträdare måste få återverkningar även i andra hänseenden, t. ex. på bestämmelsen i 36:8 BrB om förverkande. Det var de sakkunnigas uppgift att undersöka behovet av följdändringar på andra håll i lagstiftningen.



*Disposition av betänkande i följande delar*

Betänkandet i det följande kan sägas omfatta två huvudavsnitt, dels kap. 6–8 som avser ändringar i BrB och LSPV, och dels kap. 9–13 som handlar om det rättspsykiatriska undersökningsväsendet samt praktiska och organisatoriska frågor rörande behandlingen av de psykiskt avvikande lagöverträdarna. Kap. 14 innehåller specialmotivering för de föreslagna lagändringarna. I en särskild bilaga redogöres för utländsk rätt.

Kap. 6 innehåller en redogörelse för de olika påföljder som bör kunna ifrågakomma för psykiskt störda lagöverträdare. I detta kapitel behandlas också frågor om ändring av påföljd under verkställighet och om ökad flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård. Kapitlet upptar tillika förslag om upphävande av e)-indikationen i LSPV och motsvarande indikation i omsorgslagen. I kap. 7 diskuteras gränsdragningen mellan sjukvård och kriminalvård vid olika störningstillstånd. Kap. 8 innehåller redogörelse för den lagtekniska utformningen av de förslag till ändringar i BrB samt LSPV och omsorgslagen, som blir en konsekvens av kommitténs ställningstaganden. Det andra huvudavsnittet av betänkandet avhandlar i kap. 9 behandling före dom, dvs. åtgärder i samband med gripande, anhållande och häktning, i kap. 10 rättspsykiatrisk utredning, i kap. 11 behandling av dem som överlämnas till psykiatrisk vård eller omsorger om psykiskt utvecklingsstörda samt i kap. 12 behandling av psykiskt störda inom kriminalvården. Kap. 13, slutligen, innehåller förslag till en ny rättspsykiatrisk organisation.





## 6 Vissa grunder för den straffrättsliga behandlingen av lagöverträdare som är psykiskt störda

### 6.1 Brottspåföljder för psykiskt störda lagöverträdare

Såsom påföljder för brott upptager BrB de allmänna straffen böter och fängelse, disciplinstraff för krigsmän, samt villkorlig dom, skyddstillsyn, ungdomsfängelse, internering och överlämnande till särskild vård. Överlämnande till särskild vård kan avse vård enligt barnvårdslagen, vård enligt lagen om nykterhetsvård, sluten psykiatrisk vård, öppen psykiatrisk vård och vård i specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda.

Samtliga nu angivna påföljder kan med vissa begränsningar tillämpas för brott som begåtts av psykiskt avvikande lagöverträdare.

När det gäller att i det särskilda fallet träffa ett val mellan de olika påföljderna, måste beaktas vad lagstiftaren velat uppnå med påföljdssystemet.

Härom anförde strafflagberedningen bl. a. följande: Samhällets kriminalpolitiska åtgärder har till uppgift att skydda samhället och dess medlemmar mot brottslighet genom att förebygga brott. Kriminalrättsskipningen verkar genom åtgärder i sådana fall, där ett brott förövats. Dessa åtgärder har karaktären av ett ingripande mot den individ som begått brottet. När det gäller att förmå dem som begått brott att i fortsättningen leva ett laglydigt liv, kan samhällets barnavård, nykterhetsvård och sinnessjukvård under vissa förutsättningar komma till användning med anledning av brottet, om vårdbehov prövas föreligga. Syftet att förebygga förnyad brottslighet kan med stöd av kriminallagstiftningen också vinnas genom att placera den brottslige så att han blir mer eller mindre förhindrad att begå brott eller genom att hota honom med ingripande.

Strafflagberedningen hänvisade i detta sammanhang till en redogörelse för det svenska kriminalvårdsklientelet. Redogörelsen visade att en stor del av klientelet hade egenskaper, som medförde anpassningssvårigheter, eller levde i en miljö som var olämplig. Det förelåg därför enligt beredningen ett omfattande behov av vårdåtgärder av skilda slag, såsom att avlägsna kroppslig eller själslig svaghet, att skaffa den brottslige arbetsanställning, att placera honom i en lämplig omgivning och att över huvud ordna hans levnadsförhållanden.

I anslutning härtill anförde beredningen vidare: De kriminalrättsliga ingripandena kan dock inte begränsas till fall, där ett ingripande är motiverat ur vårdsynpunkt. Hur angeläget det än är att man i det särskilda fallet väljer det tillvägagångssätt, som är det för lagöverträdarens anpassning till sam-

hällslivet mest ändamålsenliga, måste dock vad som är ändamålsenligt med hänsyn till kriminallagstiftningens uppgift i det hela beaktas. Det kan därför vara nödvändigt att ingripa i större utsträckning och på mera kännbart sätt än som är påkallat enbart av förhållandena i det särskilda fallet. Brott skall därför som regel följas av brottspåföljd. Hot om brottspåföljd påverkar inte blott den som själv fått känna på vad det innebär utan även andra. Hotet är emellertid verkningsslöst, om det alltför ofta händer att ingripande uteblir.

Strafflagberedningen drog av nu återgivna överväganden den slutsatsen, att det är viktigt att samhällets åtgärder med anledning av begångna brott såvitt möjligt sker på sådant sätt att de inte försvårar den brottsliges återanpassning i samhället utan tvärtom stöder och hjälper honom att leva ett laglydigt liv. Men det var enligt beredningen också angeläget att i den allmänna uppfattningen inskräptes att samhället med allvar reagerar mot brott. Att förena dessa slutsatser mötte – framhöll beredningen – vissa svårigheter.

Ett karakteristiskt drag i utvecklingen av SL:s ursprungliga påföljdssystem är att undantag i allt större utsträckning gjorts från regeln att på brott skall följa straff i vedertagen mening. Det hade – uttalade beredningen – efter hand framstått allt klarare att det lämpligaste medlet att skydda samhället mot brottslighet ingalunda alltid var ett ingripande, vars art och intensitet bestämdes huvudsakligen efter brottets beskaffenhet. Vid sidan av de ursprungliga straffen hade inom kriminalvården tillskapats reaktionsformer, där behandlingen i stället rättade sig efter brottslingens personliga egenskaper och behov. Möjlighet hade sålunda införts att såsom påföljd för brott åvägabringa vård enligt barnavårdslagen, nykterhetsvårdslagen och sinnessjuklagen. En sådan utveckling var desto naturligare som även dessa lagar utgjorde led i samhällets skydd mot brottsligheten. Syftet med de sociala vårdlagarna var nämligen att ge vård åt den vårdbehövande ej allenast för hans eget bästa utan också för att skydda samhället mot de olägenheter, däribland risken för brott, som skulle följa av att han lämnades utan behandling. Även sådana behandlingsformer, som trädde i stället för straff, var åtgärder till skydd mot brott.

Departementschefen, som fann strafflagberedningens förslag till påföljdssystem väl ägnat att läggas till grund för lagstiftning, framhöll att systemet lämnade domstolarna stor frihet vid valet av påföljd. Att vidsträckt utrymme beretts individuellt utformad vård och behandling inom reaktionssystemet innebar inte att den allmänpreventiva synpunkten måste i motsvarande mån eftersättas. Behandlingssynpunkterna måste vid valet av påföljd i så måtto vika att, om den påföljd som ansågs vara den lämpligaste för den brottsliges tillrättaförande, inte var en från allmän synpunkt tillräckligt kännbar reaktion, en mera ingripande påföljd måste väljas.

Denna grundsats har kommit till uttryck i bestämmelsen i 1:7 BrB, enligt vilken rätten vid val av påföljd skall, med iakttagande av vad som kräves för att upprätthålla allmän laglydnad, fästa särskilt avseende vid att påföljden skall vara ägnad att främja den dömdes anpassning i samhället.



*Sluten psykiatrisk vård såsom brottspåföljd*

Det påföljdssystem som upptogs i 1864 års SL innehöll från början inte några andra reaktionsformer än straff. Straff skulle dock endast drabba den som var tillräckelig. Den otillräckelige ansågs inte ansvarig för sina gärningar och skulle därför vara straffri. Den omständigheten att en tilltalad enligt SL på grund av sitt sinnestillstånd förklarades straffri betydde emellertid i regel inte att han lämnades utan åtgärd. Frågan härom var dock inte reglerad i strafflagstiftningen utan i sinnessjuklagen. Hade tilltalad, som förklarats straffri, i läkarutlåtande bedömts vara i behov av vård på sinnessjukhus, skulle han intagas på sådant sjukhus. Domstolens straffrifyklaring ledde alltså i sådana fall – utan särskilt förordnande av domstolen – till intagning på sinnessjukhus.

I BrB – som antogs av riksdagen 1962 – gjordes, på sätt som framgår av det förut sagda, inte någon principiell skillnad mellan de såsom straff betecknade påföljderna och övriga reaktionsformer. Det straffrättsliga reaktionssystemet gjordes tillämpligt även på sådana psykiskt abnorma lagöverträdare, som enligt SL skulle vara straffria. Reaktionsformen skulle bestämmas av domstol, som sålunda – om förutsättningar härför är för handen – kan förordna att den, som begått brott och som är psykiskt sjuk eller eljest abnorm, skall bli föremål för sluten eller öppen psykiatrisk vård.

I sitt yttrande över förslaget till BrB uttalade lagrådet, att den viktigaste av de nya reaktionsformerna – överlämnande till psykiatrisk vård – ej syntes åvägabringa någon egentlig ändring i förhållande till vad som gällde dessförinnan. Såsom framgår av det sagda, ledde ju en av domstol med stöd av 5:5 SL meddelad straffrifyklaring rent faktiskt till intagning på sinnessjukhus. Skillnaden mot förr kan därför synas vara av blott formell art.

För lagöverträdarna själva liksom för deras anhöriga skulle det dock helt visst kunna vara av betydelse, om den domstol, som har att bedöma en brottslig gärning, konstaterar, på samma sätt som gjordes på SL:s tid, att den tilltalade på grund av sin sinnesbeskaffenhet är fri från ansvar, en ståndpunkt som alltjämt torde ha resonans i det allmänna rättsmedvetandet. Det är förklarligt att många personlighetsstörda lagöverträdare, som ej anser sig vara psykiskt sjuka eller avvikande, uppfattar den sjukhusvård domstolen förordnat om som ett straff och därför ställer sig negativa till vården. Denna negativa inställning kan vara till men i fall, där vården, för att ge resultat, kräver den dömdes frivilliga medverkan vid behandlingen. Den princip, varpå BrB bygger i förevarande hänseende, synes inte ha accepterats i lagstiftningen i andra länder än i Sverige och vissa delstater i USA.<sup>1</sup>

Skillnaden mellan svensk och främmande lagstiftning i denna principfråga har såsom tidigare framhållits inte så stor praktisk betydelse. Ett frångående av den ståndpunkt som BrB intar kan inte ske utan att hela påföljdssystemet enligt BrB beröres därav. En sådan ändring av systemet torde inte omfattas av det uppdrag kommittén fått. Departementschefen har i direktiven för kommittén uttalat att man bör bibehålla BrB:s princip om att även psykiskt avvikande skall kunna dömas till brottspåföljd. Med hänsyn till vad sålunda anförts har kommittén inte funnit tillräckliga skäl att närmare överväga ett frångående av den ståndpunkt som BrB intar i denna principfråga.

Kommittén utgår alltså från att domstol även i framtiden skall kunna förordna om överlämnande till sluten psykiatrisk vård såsom en påföljd i

<sup>1</sup> Jfr norska straffloverså-  
dets betänkande om  
straffrättslig otillegne-  
lighet (1974:17 s. 51).

anledning av begånget brott. Den som begått brott i ett tillstånd av allvarlig psykisk störning bör i regel liksom hittills av etiska skäl ej dömas till sådan påföljd som har karaktär av straff. Dessutom är det väsentligt att en lagöverträdare, som är psykiskt störd, får bästa möjliga behandling eller åtminstone den omvårdnad som hans tillstånd kräver.

I vilka fall överlämnande till sluten psykiatrisk vård såsom brottspåföljd bör ske enligt kommitténs mening behandlas i 7 kap. De lagstiftningsåtgärder som i anledning härav bör vidtagas redovisas i 8 kap.

### *Fängelse, ungdomsfängelse och internering såsom brottspåföljd för psykiskt störda lagöverträdare*

Under förarbetena till BrB framhölls av departementschefen att valet mellan att även i fortsättningen bibehålla systemet med straffriförklaringar eller att övergå till den ordningen, att domstolen liksom beträffande övriga grupper av lagöverträdare förordnar om brottspåföljd, måste väsentligen bli beroende av beskaffenheten av de ingripanden, som bör stå till buds gentemot de psykiskt sjuka eller abnorma lagöverträdarna. Enligt departementschefens uppfattning borde behandling av sådana lagöverträdare ej anförtros åt organ som inte förfogar över psykiatrisk sakkunskap. Sinnessjuka och sinnesslöa borde därför i första hand bli föremål för psykiatrisk vård antingen på mental-sjukhus eller, när så är tillfyllest, i öppen vård.

I enlighet härmed har i 33:2 BrB stadgats förbud mot att döma till vissa påföljder för brott som begåtts under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan själslig abnormitet av så djupgående natur, att den måste anses jämställd med sinnessjukdom. För brott som begåtts under inflytande av sådan psykisk störning må ej tillämpas annan påföljd än överlämnande till särskild vård eller i vissa fall böter eller skyddstillsyn. Den som begått brott i något av dessa tillstånd kan alltså inte dömas till fängelse, ungdomsfängelse eller internering. Han kan inte heller ådömas anstaltsbehandling i samband med förordnande om skyddstillsyn.

Är fråga om psykisk störning av annat slag än som avses i 33:2 BrB föreligger däremot inte något hinder att döma lagöverträdaren till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården.

I direktiven för kommittén har departementschefen ifrågasatt om det är lämpligt att såsom skett i 33:2 BrB ställa upp formella hinder mot ådömande av vissa påföljder. I direktiven sägs att det väsentliga bör vara att den åtalade dömes till en påföljd som öppnar möjlighet för honom att få den vård och behandling i övrigt som hans psykiska tillstånd kräver.

Frågan i vilka fall fängelse eller annan frihetsberövande påföljd inom kriminalvården bör kunna ådömas en lagöverträdare, som var psykiskt störd vid brottets begående, behandlas i 7 kap. De förslag till lagändringar, som föranledes av vad kommittén där anfört, redovisas i 8 kap.

### *Skyddstillsyn som brottspåföljd för psykiskt störda lagöverträdare*

På grund av bestämmelsen i 33:2 BrB kan även en psykiskt avvikande person, som begått brott under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller med sinnessjukdom jämställt tillstånd, dömas till skyddstillsyn, om denna



vårdform anses lämpligare än särskild vård, dvs. psykiatrisk vård, barnavård eller nykterhetsvård. Enligt förarbetena till BrB borde påföljden skyddstillsyn kunna gestaltas så att den innefattade en behandling som var väl lämpad för psykiskt abnorma lagöverträdare vilka inte behövde sluten vård. Skyddstillsyn ansågs sålunda erbjuda goda möjligheter till samarbete mellan skyddskonsulentorganisationens personal och psykiatrer. Genom förordnande om skyddstillsyn kunde också anordnas en effektivare övervakning än den som den öppna psykiatriska vården (dåvarande hjälpverksamheten) kunde åstadkomma.

Dessa vid BrB:s tillkomst anförda skäl för att brottspåföljden skyddstillsyn skulle kunna tillämpas även på psykiskt avvikande lagöverträdare torde alltså äga samma giltighet. Kommittén utgår därför från att skyddstillsyn även framdeles skall kunna ådömas psykiskt avvikande lagöverträdare.

Enligt gällande lag kan behandling i anstalt i förening med skyddstillsyn inte förordnas för lagöverträdare som vid tiden för brottet befann sig i ett sådant störningstillstånd som enligt 33:2 BrB hindrar ådömande av frihetsberövande påföljd inom kriminalvården. Sådan behandling verkställs i kriminalvårdsanstalt och avviker till sitt innehåll endast i ringa mån från vad som gäller beträffande kortvarigt fängelsestraff. Enligt kommitténs mening bör även framdeles reglerna om ådömande av anstaltsbehandling i samband med skyddstillsyn överensstämma med vad som skall gälla såsom förutsättning för att döma en psykiskt avvikande lagöverträdare till fängelse.

### *Överlämnande till öppen psykiatrisk vård såsom brottspåföljd*

Är någon, som begått brottslig gärning, i behov av psykiatrisk vård eller tillsyn, och meddelas ej förordnande om sluten psykiatrisk vård, må rätten, på sätt framgår av redogörelsen för gällande bestämmelser, förordna att han skall överlämnas till öppen psykiatrisk vård. En förutsättning härför är dock att "mera ingripande åtgärd av särskilda skäl ej finnes påkallad".

Vid BrB:s tillkomst tänkte man sig att den öppna psykiatriska vården skulle handhas av hjälpverksamheten vid de statliga sinnessjukhusen. Hjälpverksamhetsläkarna fick dock inte några särskilda befogenheter beträffande psykiskt avvikande lagöverträdare.

Påföljden överlämnande till öppen psykiatrisk vård var enligt förarbetena till BrB främst avsedd för dem som begått brott under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller med sinnessjukdom jämställd själslig abnormitet. Dessa kan ju enligt 33:2 BrB inte dömas till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården. Om sådan lagöverträdare inte var i behov av sluten psykiatrisk vård, borde öppen psykiatrisk vård kunna ifrågakomma såsom en brottspåföljd. Departementschefen framhöll emellertid att påföljden kunde ådömas även andra än dem för vilka den främst var avsedd. Utrymmet härför var dock mycket litet. Då möjligheterna att ge en effektiv vård var begränsade, kunde man enligt departementschefen inte räkna med någon större brottsförebyggande verkan genom överlämnande till öppen psykiatrisk vård. Påföljden borde därför tillämpas endast i fall, då det av särskilda skäl var tydligt att mera ingripande åtgärd ej var påkallad.

De i kap. 3 redovisade statistiska uppgifterna rörande de psykiskt

avvikande synes ge vid handen, att domstolarna på senare tid blivit mera benägna att – beträffande sådana psykiskt avvikande lagöverträdare som har behov av psykiatrisk vård utan att för den skull anses böra överlämnas till sluten vård – förordna om skyddstillsyn med föreskrift om psykiatrisk behandling än att döma till öppen psykiatrisk vård. Anledningen härtill torde vara att de dömda ofta undandrar sig den öppna vård, som domstolen förordnat om, och att det inte finns några medel att framtvunga vården. Inte heller behandling som föreskrivits i samband med skyddstillsyn går att framtvunga. Den dömde står emellertid i sådana fall under övervakning. Ordföranden i övervakningsnämnden kan, om behov uppstår av sluten psykiatrisk vård, ansöka om hans intagning med stöd av LSPV. Med hänsyn till vad nu sagts om förordnande om skyddstillsyn med föreskrift om psykiatrisk vård framstår behovet av en brottspåföljd med den utformning och den rättsverkan som ett överlämnande till öppen psykiatrisk vård har enligt gällande lagstiftning såsom ringa.

Därmed är inte sagt, att behovet av brottspåföljder beträffande den nu ifrågavarande kategorin psykiskt avvikande lagöverträdare skulle vara tillräckligt tillgodosett genom möjlighet att döma till sluten psykiatrisk vård eller till skyddstillsyn med föreskrift om skyldighet att underkasta sig viss behandling. Vad som i många fall framför allt behövs är en brottspåföljd som gör den psykiskt avvikande lagöverträdaren benägen att underkasta sig den behandling i öppen vård, den kontroll och de föreskrifter i övrigt som påkallas av den psykiska störningen.

Kommittén har vid sina fallstudier funnit åtskilliga exempel på att lagöverträdare väl vid tiden för brottet varit i behov av sluten psykiatrisk vård men vid den, ofta långt senare tidpunkt, då sjukhusintagning kommit till stånd, varit så pass återställd att en effektiv eftervård hade varit en lämpligare behandlingsform. I regel har då vederbörande erhållit viss behandling på rättspsykiatrisk klinik. Det förhållandet att det är mycket vanligt, att utskrivning eller försöksutskrivning av domstolsöverlämnade sker kort efter det de överförs till sjukhus, tyder på att domstolen i många fall skulle, om detta varit möjligt enligt lag, ha kunnat begränsa sitt förordnande att i första hand avse sådan behandling och eftervård som kan ges i öppen vård under förutsättning att den dömde inte opåtalat kan undandra sig vården. Innebörden av ett sådant förordnande om öppen psykiatrisk vård skulle vara att vederbörande är att betrakta som försöksutskrivnen från sluten psykiatrisk vård och underkastad de regler som gäller för försöksutskrivning. Förordnandet skulle alltså kunna förenas med föreskrifter av olika slag, t. ex. rörande avhållsamhet från alkohol eller narkotika, medicinering, boendeform etc. Åsidosättande av föreskrifterna skulle, om förhållandena påkallar det, kunna medföra intagning på psykiatriskt sjukhus eller vårdavdelning på rättspsykiatrisk klinik (se härom närmare kap. 11).

En på detta sätt utformad vård skulle av patienten sannolikt upplevas som betydligt mera meningsfull än sluten vård som han inte har behov av.

Intagning till sluten vård av den, som av domstol överlämnats till öppen psykiatrisk vård, skall endast kunna grundas på medicinska skäl. Att intagning skall vara grundad på medicinska skäl innebär inte, att den kan ske enbart vid en försämring av hälsotillståndet. En intagning kan, även om någon förändring av hälsotillståndet ännu inte inträffat, anses medicinskt



indicerad, exempelvis om den dömda underlåter att taga föreskriven medicin, som behövs för att förebygga recidiv. En personlighetsstörd, som vid återfall i missbruk kan befaras göra sig skyldig till allvarligt brott, bör kunna på medicinska grunder – b)-indikationen i LSPV – intagas för en tids slutna vård, om han åsidosätter meddelad föreskrift om avhållsamhet från beroendeframkallande medel. Om e)-indikationen i LSPV, i enlighet med vad kommittén i annat sammanhang föreslår, utgår ur lagen, skulle en sådan omständighet som återfall i egendomsbrott i och för sig inte kunna motivera intagning till slutna vård.

Ett förordnande om öppen psykiatrisk vård med nu angiven rättsverkan skulle kunna bli ett väsentligt mera verksamt medel att bidra till den dömdes anpassning i samhället än vad ifrågakarande påföljd är i sin nuvarande utformning.

Mot tanken på en brottspåföljd, som främst tar sikte på behovet av eftervård, kan måhända invändas att vänte- och undersökningstiderna på de rättspsykiatriska klinikerna kan förväntas komma att väsentligt nedgå vid ett genomförande av det förslag till reform av de rättspsykiatriska undersökningarna som framlägges av kommittén (se kap. 10). Det skulle härigenom inte bli lika vanligt som för närvarande att den dömdes behov av slutna vård, då han intages på sjukhuset, blivit tillräckligt tillgodosett redan under vistelsen på den rättspsykiatriska kliniken. Det torde emellertid även framdeles inträffa att ett vid tiden för brottet föreliggande behov av psykiatrisk vård vid tiden för domen minskat eller förändrats i sådan mån, att kvarstående behov av vård kan tillgodoses i öppen vård under kontroll.

Mot tillskapandet av en påföljd om öppen vård av här angiven innebörd kan även invändas att vad man vill vinna kan uppnås även genom dom på slutna vård, om undersökningsläkaren i det rättspsykiatriska utlåtandet till grund för domen förordar skyndsamt försöksutskrivning och ger anvisningar om den eftervård som anses påkallad. Det kan emellertid inte vara rimligt vare sig att undersökningsläkaren rekommenderar eller att domstolen dömer till en för lagöverträdaren mera ingripande påföljd än vad de anser riktigt. Det är vidare att märka att utskrivningsnämnden vid det sjukhus, där den dömda intas, kan ha en annan uppfattning än undersökningsläkaren och domstolen med den konsekvens att den dömda i strid med domstolens intention kvarhålls på sjukhuset. Ett förordnande av domstol om öppen psykiatrisk vård med den verkan att patienten är att anse som försöksutskrivna enligt LSPV framstår därför såsom en mera rationell ordning.

Det kan naturligtvis ifrågasättas om behovet av en brottspåföljd med denna innebörd är så stort att det kan anses motiverat att införa den i lagstiftningen. Härvid är särskilt att märka att behovet av en dylik påföljd skulle minska om man godtar kommitténs i annat sammanhang framförda förslag om att frihetsstraff skall, i större utsträckning än vad nu är praxis, kunna ådömas för brott som har samband med alkohol- eller narkotikamissbruk hos gärningsmannen.

När det gäller att söka klargöra behovet av en brottspåföljd av angiven innebörd, och att belysa det användningsområde den skulle få, må till en början framhållas att slutna vård inte ens vid allvarliga psykiska störningar alltid är en förutsättning för genomförande av erforderlig psykiatrisk behandling. Sjukhusvård är sålunda t. ex. inte nödvändig för att genom

medicinering förebygga nya sjukliga faser hos den som begått brott under inflytande av manodepressiv sjukdom (jfr fall 17). Den tillsyn som påkallas för att kontrollera att vederbörande tar ordinerad medicin och därigenom förekommer nytt utbrott av sjukdomen kan ske i öppen vård. Det kan också förekomma att personer med defektläkta schizofrenier gör sig skyldiga till impulsiva och stundom meningslösa handlingar, som har sin rot i den psykiska defekten. Dessa personer är på grund av sin defekt vårdbehövande, men vårdbehovet behöver ej – i varje fall inte vid lättare beteendestörningar – tillgodoses genom sluten vård. Vad dessa personer behöver är sådan hjälp som de kan få genom öppen psykiatrisk vård.

Till de fall, där öppen psykiatrisk vård med nyss angivna rättsverkningar framstår som den lämpligaste och mest humana vårdformen, hör också lätt dementa kroniska alkoholister, som ibland kan börja hallucinera redan efter förtäring av en flaska öl. För sådana är varken fängelse eller sluten psykiatrisk vård adekvata vårdformer. De bör tas om hand i "skyddad boendeform" med övervakning.

Öppen vård torde också kunna komma i fråga för vissa narkomaner, som vid brottets begående befann sig i ett av missbruket framkallat, tillfälligt psykotiskt tillstånd och som på grund av tillståndets beskaffenhet inte anses bära ådömas frihetsstraff. För dem kan eftervård vara ett effektivare medel att komma till rätta med missbruket än sluten psykiatrisk vård.

Även om en brottspåföljd av nu angiven innebörd med hänsyn särskilt till vad kommittén i övrigt föreslår måhända inte skulle komma att tillämpas i någon större omfattning, skulle dock påföljden helt visst innebära tillskapandet av en resurs, som för de lagöverträdare, för vilken påföljden lämpar sig, skulle kunna bli ett verksamt medel att hjälpa vederbörande till återanpassning i samhället.

Som exempel på fall, där öppen psykiatrisk vård med här i frågasatt innebörd skulle ha kunnat vara en lämplig brottspåföljd, kan återopas följande fall.

### *Fall 17*

X. är en man som i 60-årsåldern dömdes för olaga hot att överlämnas till sluten psykiatrisk vård under diagnos psychosis mano-depressiva. Det hot för vilket han dömdes bestod i att han några år tidigare dels en gång ofredat en kvinna genom att med utsträckta händer hindra henne att komma fram, så att hon av rädsla måste ta en annan väg, dels ock med en sten i handen muntligen hotat att slå ihjäl en man. – X. levde i tillfredsställande sociala förhållanden. Han hade 9 år tidigare tvångsintagits på psykiatriskt sjukhus och haft ytterligare 3 vårdperioder för mani. X. beskrives av omgivningen som "hygglig, artig, verserad, bildad", och såsom "en fridens man som man ej kan tilltro några våldshandlingar". – X. intogs efter domen på psykiatriskt sjukhus och utskrevs definitivt 6 dygn senare. Han hade emellertid efter brotten men före domen vårdats där under 3 månader.

Det är uppenbart att X. efter den vård han fått före domen inte behövde någon sluten vård. Däremot behövde han stå under psykiatrisk tillsyn.

Ett annat exempel är följande.



*Fall 18*

Fallet avser en person, Y., som vid 35 års ålder dömdes för grov stöld att överlämnas till sluten psykiatrisk vård under diagnosen "epilepsia + alc. chron. + debilitas". – Y. fick vid 15 års ålder en skallfraktur som förorsakade medvetlöshet. Vid 17 års ålder började han få enstaka epileptiska anfall. Senare kom anfallen tätare (vissa perioder upp till 10 anfall per dag). Efter avslutad folkskola hade han först sågverksarbete och fick senare vid 18 års ålder restaurangarbete. Sedan 20-årsåldern har Y. haft upprepade perioder med depression och ångest sannolikt i förening med excessivt alkoholintag. Vid 23 års ålder blev han rättspsykiatriskt undersökt och bedömdes som en sinnesslö alkoholisera epileptiker med psykopatiska drag. Han vårdades som straffri på sjukhus fyra år, men misskötte sig. Han hade 12 försöksutskrivningar, innan han utskrevs som förbättrad. Sjukhusdiagnosen var psychopathia + debilitas mentis. Efter utskrivningen gjorde han sig skyldig till nya brott. Han drack stora mängder sprit, ca 75 cl starksprit, dagligen. Han tog själv kontakt med en alkoholpoliklinik och gick på behandling en tid. Härifrån avgavs ett § 7-intyg. Patienten betecknades som en i hög grad utvecklingsstörd, oligofren, impulsiv och omogen personlighet som visat tillvänjning till alkohol och utlevelse av kriminella tendenser under alkoholpåverkan. Öppen psykiatrisk vård rekommenderades. Y. dömdes till skyddstillstyn med föreskrift om öppen psykiatrisk vård. Han hade kontakt med sjukhus och skötte denna bra. Även de olika arbeten i restaurangbranschen som han hade sköttes i stort sett bra. Han recidiverade av och till i kriminalitet och spritmissbruk och i samband med misskötsamhet förvärrades anfallssjukdomen.

I ett senare § 7-intyg avgivet från alkoholpoliklinik betecknades patienten som abnorm personlighet med symptom på oligofreni, epilepsi och alc. chron. Fängelse ansågs vara den lämpligaste påföljden. Han dömdes också till fängelse i 3 månader och skötte sig under fängelsetiden mycket bra och arbetade utomordentligt gott. Efter frigivningen – han var då 31 år gammal – har han levt under mycket oordnade förhållanden och flyttat mellan olika orter i Sverige. Arbetsmässigt har han tidvis fungerat bra men dessemellan haft perioder med excessivt alkoholmissbruk och kriminalitet. Anfallssjukdomen har påtagligt förvärrats. Han har även haft nervösa besvär och varit tidvis sjukskriven härför. Vid den senaste rättspsykiatriska undersökningen konstaterades att Y. blivit alltmer invalidiserad av sin epilepsi och sitt spritmissbruk. Han verkade organiskt läderad och fungerade intellektuellt på mycket låg nivå. Han verkade affektivt avtrubbad, saknade i stor utsträckning insikt och omdöme, var obefogat optimistisk och bagatelliserade sitt missbruk. Efter intagningen på rättspsykiatriska kliniken har han varit anfallsfri. – Y. intogs efter domen på psykiatriskt sjukhus och utskrevs definitivt tre veckor senare. Vid intagningen på sjukhuset var Y. klar och orienterad och hade under sjukhusvistelsen god kontakt med personal och patienter. Y:s förmyndare ringde på utskrivningsdagens kväll och omtalade att Y. berusat sig bara några timmar efter utskrivningen.

Y. är en hjärnskadad, utvecklingsstörd och gravt alkoholskadad person. Med hänsyn till dessa defekter och sjukvårdens otillräckliga resurser för vård i friare former är valet av påföljd i hans fall förklarligt. Däremot var det enligt kommitténs mening fel att skriva ut honom, innan erforderlig eftervård ordnats för honom. Y. hade avgiftats redan under häktningstiden. I ett fall sådant som Y:s torde, om avgiftning skett och erforderliga vårdresurser står till buds, förordnande om överlämnande till öppen psykiatrisk vård med här ifrågasatta rättsverkningar vara en lämplig brottspåföljd. Eftersom vad Y. behövde till väsentlig del låg inom det sociala området – såsom skyddad bostad och stöd i övrigt – borde tillsynen av Y. ha skett i intim samverkan med sociala organ.

Beträffande frågan huruvida ett genomförande av den här diskuterade reformen av påföljden öppen psykiatrisk vård kan anses möta hinder eller svårigheter i administrativt hänseende är särskilt följande att framhålla.

Det är givetvis av vikt att den läkare, som skall pröva om intagning till sluten vård bör ske på grund av att meddelade föreskrifter om eftervård åsidosatts eller på grund av försämring av hälsotillståndet eller eljest, dessförinnan haft tillfälle att observera patienten.

Har den till öppen psykiatrisk vård dömd tidigare varit intagen på hemortssjukhuset eller har han kontakt med sjukhusets öppenvårdsorganisation, ter det sig naturligt, att hemortssjukhuset även i fortsättningen tar hand om honom, givetvis i samråd med den klinik, som handhaft den rättspsykiatriska utredningen och på vars utlåtande ett eventuellt beslut om intagning ytterst måste grundas. I detta fall skulle alltså läkaren på hemortssjukhuset bli ansvarig för vården av patienten.

De föreskrifter som den dömd skulle ha att iakttaga bör meddelas efter samråd mellan den rättspsykiatriska organisationen och hemortssjukhuset och vara så enkla som möjligt samt inte skilja sig från vad som brukar föreskrivas försöksutskrivna under motsvarande förhållanden. Att låta domstolen i sin dom närmare reglera hur den öppna vården skall gestaltas kan inte vara lämpligt. Erforderliga föreskrifter bör meddelas av den lokala utskrivningsnämnden.

Har lagöverträdare inte tidigare haft någon kontakt med hemortssjukhuset, ter det sig riktigare att den rättspsykiatriska organisationen får ta ansvaret för vården, varvid givetvis delegation till hemortssjukhuset eller vårdcentral på hemorten bör vara möjlig. Aktualiseras fråga om intagning, torde denna i regel böra ske på den rättspsykiatriska kliniken, där personkontinuiteten finns. Att intagning sker vid den klinik, vid vilken den rättspsykiatriska undersökningen skett, kan inte anses strida mot de principer som kommit till uttryck i LSPV:s intagningsregler (6 § tredje stycket), eftersom det rättspsykiatriska utlåtandet godkänts av domstolen.

Inom kommittén har diskuterats huruvida frivårdens resurser för övervakning och service skulle kunna utnyttjas för att ta hand om öppenvårdspatienterna. Mot ett sådant arrangemang kan emellertid riktas vissa principiella invändningar. Sedan kriminalvårdsberedningens förslag godtagits av riksdagen, har det gång på gång betonats att förekomsten av en särskild kriminalvårdsorganisation inte får medföra att andra samhällsliga organ befrias från ansvaret för dem som begått brott.

Det ter sig mot denna bakgrund mindre lämpligt att anlita kriminalvårdens resurser för personer, vars huvudsakliga vårdbehov skall tillgodoses inom sjukvården. Härtill kommer att frivårdens resurser är otillräckliga även för frivårdens egen del. Liksom beträffande andra patienter i öppen vård bör sjukvården i dessa fall samarbeta intimt med socialvården. Visst samarbete bör kunna ske med skyddskonsulentorganisationen, t. ex. då det gäller att utse övervakare och liknande frågor.

Vid övervägande av nu anförda synpunkter har kommittén funnit sig böra föreslå sådana ändringar av gällande bestämmelser i BrB och LSPV (se s. 360), att ett domstolsförordnande om öppen psykiatrisk vård får den innebörd och den rättsverkan som angivits i det föregående. Självfallet måste förordnandet grundas på en rättspsykiatrisk undersökning som visar att erforderliga



förutsättningar för förordnandet är för handen.

Det torde böra framhållas att ett förordnande om öppen psykiatrisk vård med den utformning som här föreslagits inte kan ersättas av dom på skyddstillsyn med föreskrift om psykiatrisk vård. Om en föreskrift i samband med skyddstillsyn åsidosätts, kan detta, i motsats till vad som skulle gälla vid dom till öppen psykiatrisk vård enligt kommitténs förslag, inte omedelbart leda till intagning för sluten psykiatrisk vård.

Till frågan om behovet av en väsentlig upprustning av samhällets resurser för eftervård återkommer kommittén i ett senare avsnitt (se s. 320 ff).

### *Särskilda brottspåföljder för psykiskt utvecklingsstörda*

Den i 31:3 och 33:2 BrB använda beteckningen sinnesslö avser enligt förarbetena en allmän intellektuell utvecklingshämning, som är så djupgående att den oundvikligen medför en särställning i förhållande till andra människor. Någon intelligensålder angavs inte, men det anfördes att gränsen måste förläggas högst betydligt lägre än vid en utvecklingsnivå omedelbart under den vid 15 år vanliga. Såsom framhålls i kap. 1 är intelligenstest endast en av flera möjligheter att bestämma den intellektuella prestationsförmågan. Beteckningen sinnesslö i BrB:s mening kan emellertid, grovt uttryckt, sägas omfatta personer med en IK understigande 70. Begreppet psykiskt utvecklingsstörd i omsorgslagen omfattar, på sätt framgår av förarbetena, dem som på grund av hämmad förståndsutveckling för sin utbildning eller anpassning i samhället eller i övrigt behöver särskilda omsorger genom det allmänna. Det var enligt departementschefen inte möjligt att fastställa en viss bestämd intelligenskvot som övre gräns för lagens tillämpningsområde. Den intellektuella funktionsnedsättningen måste emellertid vara betydande. Intelligenstestningen utgjorde ett viktigt led vid bedömningen. Särskild vikt måste emellertid fästas vid behovet av omsorger genom det allmänna. När det förelåg en kombination av utvecklingsstörning och brister på känslö- och viljelivets områden fick man välja mellan vård enligt omsorgslagen och sluten psykiatrisk vård.

Av tabellerna i kap. 3 framgår att antalet sinnesslöa som årligen överlämnas till vård i specialsjukhus är mycket lågt, i genomsnitt 16 per år under åren 1970–1974. 1975 var siffran 8. Även antalet personer som med stöd av 33:2 BrB såsom sinnesslöa dömts till skyddstillsyn är lågt. Öppen psykiatrisk vård för denna kategori förekommer praktiskt taget inte alls. Däremot förekommer inte sällan att lindrigt utvecklingsstörda personer döms till skyddstillsyn utan tillämpning av 33:2 BrB, ibland med föreskrifter att underkasta sig vissa omsorger. Förklaringen till att det endast är ett fåtal genom rättspsykiatrisk undersökning konstaterat sinnesslöa som lagförs torde vara, att utvecklingsstörda ofta inte åtalas utan tas om hand direkt av omsorgsmyndigheterna. De "sinnesslöa" som åtalas för brott företer i regel en kombination av lindrig utvecklingsstörning och asocialitet.

Vård av vuxna utvecklingsstörda bedrivs i specialsjukhus, vårdhem, inackorderingshem samt i enskilda hem. Antalet kända vuxna utvecklingsstörda, dvs sådana som erhåller eller tidigare erhållit omsorger enligt omsorgslagen samt vissa potentiella omsorgstagare, uppgick den 1 nov. 1975 till 23 387 personer. Av dessa bodde 8 751 eller 37,8 % i vårdhem och 990 eller

4,3 % i specialsjukhus.

Vid tillkomsten av omsorgslagen och den samtidigt därmed införda bestämmelsen i 31:3 BrB om överlämnande till specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda som brottspåföljd diskuterades huruvida möjlighet skulle ges domstol att överlämna utvecklingsstörd till andra vårdformer enligt omsorgslagen än vård i specialsjukhus.

I förarbetena till omsorgslagen anförde departementschefen därom:

Den omständigheten att en person som är psykiskt utvecklingsstörd gjort sig skyldig till brott behöver naturligtvis inte innebära, att han behöver vård i specialsjukhus. Med anledning av ett uttalande under remissbehandlingen har jag övervägt, om domstol bör kunna överlämna en utvecklingsstörd även till andra omsorger enligt nya lagen, t. ex. vård i vårdhem. Vidare skulle man kunna tänka sig att den nuvarande möjligheten att överlämna den utvecklingsstörde till öppen psykiatrisk vård ersätts med en möjlighet för domstolen att överlämna den utvecklingsstörde till omsorger enligt nya lagen utan angivande av någon särskild omsorgsform. Det skulle sedan ankomma på organen för omsorger om psykiskt utvecklingsstörda att ta ställning till vilka omsorger som borde beredas den utvecklingsstörde. Jag har dock inte funnit tillräckliga skäl att föreslå några sådana regler som jag nu nämnt. Särskilt genom möjligheten att döma till skyddstillsyn och i samband därmed ålägga den dömde att underkasta sig viss vård eller utbildning finns det enligt min mening ändå tillräckliga praktiska utvägar att få till stånd omsorger enligt nya lagen om en utvecklingsstörd, som begått brott, utan att denne för den skull överlämnas till vård i specialsjukhus.

Sedan omsorgslagens tillkomst har vården av de utvecklingsstörda, bl. a. genom tillkomsten av flera och bättre vårdhem och inackorderingshem, alltmera förskjutits mot öppnare vårdformer. Detta gäller även domstolsöverlämnade patienter. Dessa utskrivs numera ofta efter tämligen kort tid från specialsjukhus till vård i vårdhem eller, framför allt, inackorderingshem. Den 1.11.1975 fanns sålunda endast 22 domstolsöverlämnade patienter intagna i specialsjukhus. Utvecklingen går mot en successiv omvandling av specialsjukhusen till vård- och inackorderingshem.

Flertalet av de mest svårskötta, asociala utvecklingsstörda vistas vid institutioner utanför hemlandstinget. För detta klientel finns för närvarande inte några vårdhem som är utrustade för att omhänderta dem. I vissa län som har tillräckligt underlag därför kommer emellertid sådana vårdhem med speciell utrustning och särskilda säkerhetsanordningar sannolikt att tillskapas inom den närmaste framtiden. Den nuvarande lagstiftningen medger emellertid inte att utvecklingsstörda av domstol direkt överlämnas till en institution av detta slag. Från representanter för olika instanser – socialstyrelsen, Stockholms läns landstings omsorgsnämnd och FUB – har uttalats önskemål om att kommittén skall framföra förslag om befogenhet för domstolarna att överlämna utvecklingsstörda lagöverträdare även till andra vårdformer enligt omsorgslagen än vård i specialsjukhus.

Omsorgsvården är numera väl utbyggd och det kan därför i många fall synas motiverat att till vederbörande omsorgsstyrelse överlämna att fatta beslut rörande vården även av de kriminella utvecklingsstörda. Emellertid finns det ett fåtal fall, där vederbörande begått svåra våldsbrott eller eljest manifesterat grov kriminalitet. Beträffande dessa kräver samhällsskyddet att domstolarna förvissas sig om att vård under betryggande tillsyn kommer till stånd. De enda vårdformer enligt omsorgslagen, som medger kvarhållande



utan patientens eller hans förmyndares eller vårdnadshavares samtycke, är vård i specialsjukhus eller vårdhem.

Vad gäller de mindre svårskötta utvecklingsstörda, kan det finnas fall, där domstolen på grund av brottets svårhetsgrad eller eljest inte direkt vill lita till vård utanför institution med kvarhållningsrätt, men där vårdhem av det slag som redan finns skulle kunna tillhandahålla tillfredställande tillsyn. En påtaglig fördel med vårdhemsplacering är att denna, till skillnad från placering i specialsjukhus, ofta kan anordnas i hemorten eller dess närhet.

Med hänsyn till det sagda vill kommittén föreslå att domstolarna får möjlighet att överlämna utvecklingsstörd till såväl vård i specialsjukhus som vård i vårdhem. Vid valet mellan dessa vårdformer skall hänsyn självfallet tas till undersökningsläkarens och, i tveksamt fall, socialstyrelsens rekommendationer. Undersökningsläkaren skall före avgivandet av utlåtande ha rådgjort med omsorgsstyrelsen i vederbörandes hemort.

Någon anledning att ytterligare utvidga möjligheterna att ådöma speciella vårdformer för utvecklingsstörda finns inte enligt kommitténs mening. Andra former av vård kan åläggas i samband med dom till skyddstillsyn.

### *Övriga påföljder för psykiskt störda lagöverträdare*

Kan den som begått brottslig handling bli föremål för vård enligt barnavårdslagen, må rätten enligt 31:1 BrB – efter hörande av barnavårdsnämnd eller, i fråga om den som är inskriven såsom elev vid ungdomsvårdsskola, skolans styrelse – överlämna åt nämnden eller styrelsen att föranstalta om erforderlig vård. Denna vårdform kan tillämpas även beträffande psykiskt avvikande lagöverträdare och är i vissa fall en lämpligare vårdform för unga personer med psykiska störningar än sluten psykiatrisk vård.

En psykiskt störd lagöverträdare kan också med stöd av 31:2 BrB dömas att överlämnas till vård enligt nykterhetsvårdslagen.

En revision av både barnavårdslagen och lagen om nykterhetsvård omfattas av det uppdrag som givits socialutredningen. I avbidan på vad denna översyn av lagstiftningen kan leda till finns det inte anledning för kommittén att föreslå någon ändring av BrB:s bestämmelser om överlämnande till vård enligt nämnda lagar.

Enligt gällande lag kan psykiskt avvikande lagöverträdare dömas till böter, om denna brottspåföljd finnes ändamålsenlig för att avhålla lagöverträdaren från fortsatt brottslighet. Kommittén utgår från att denna påföljd även framdeles skall stå till buds med avseende på psykiskt störda.

## 6.2 Fråga om påföljd för psykiskt störda lagöverträdare bör kunna ändras och om ökad flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård

Vid 1945 års reform av tillräknelighetsbestämmelserna strävade lagstiftarna att dra en så klar gräns som möjligt mellan dem, som på grund av psykiska störningar vid brotten borde vara fria från straff och i stället omhändertagas inom sjukvården, och dem som skulle kunna dömas till straff. Den i kap. 4

lämnade redogörelsen för hur gällande bestämmelser tillämpas visar otvetydigt, att det sätt, varpå gränsdragningen skedde, gett utrymme för mycket skiftande bedömningar av de särskilda fallen. Det är emellertid uppenbart att – hur gränsen mellan kriminalvård och sjukvård än bestäms av lagstiftarna och hur omsorgsfullt de rättspsykiatriska undersökningarna än görs – det likväl kommer att inträffa, att den som dömts till frihetsstraff efteråt visar sig vara i behov av sluten psykiatrisk vård, eller att den, som av domstol överlämnats till sådan vård, visar sig inte vara i behov av sluten vård eller att sådan vård eljest inte är den lämpligaste påföljden.

Nu angivna förhållanden aktualiserar frågan om och i vad mån påföljd, som ådömts en psykiskt avvikande lagöverträdare, bör kunna ändras under behandlingens gång. Enligt uttalande av justitieministern i direktiven för kommittén har kommittén att överväga denna fråga. Sålunda borde utredas huruvida exempelvis fängelse skulle kunna förvandlas till sluten psykiatrisk vård eller till skyddstillsyn med föreskrift om vård. Förändringar kunde – sägs det vidare i direktiven – tänkas gå även i andra riktningen så att den, som överlämnats till psykiatrisk vård, skulle kunna bli föremål för behandling inom kriminalvården. Med en sådan ordning skulle ett avgörande i påföljdsfrågan få en mindre definitiv karaktär.

Behov av att kunna ändra påföljd för lagöverträdare som är psykiskt avvikande, torde oftast aktualiseras beträffande lagöverträdare som dömts till frihetsstraff. Det händer sålunda ej sällan att den dömd efter domen visar sig vara psykiskt störd och i behov av sluten psykiatrisk vård. Det kan vara fråga om psykiska störningar, som förelåg redan vid tiden för brottet, men som icke kunnat påvisas vid rättspsykiatrisk undersökning. Det kan också hända att den, som avtjänar frihetsstraff, insjuknar under anstaltsvistelsen eller att en från början inte särskilt allvarlig störning förvärras under denna tid i sådan mån, att sjukhusvård är påkallad.

Att en vid brottet faktiskt förefintlig psykisk störning inte lagts till grund för valet av påföljd behöver inte ha och har i allmänhet inte heller sin förklaring i "feldiagnos" från undersökningsläkarens sida, utan kan bero på att symtomen på tillståndet inte visat sig under den rättspsykiatriska undersökningen. Om observationstiderna förkortas på grund av vad kommittén föreslår om begränsningen av den tid, inom vilken rättspsykiatriskt utlåtande skall avges (se s. 292), torde det vara realistiskt att räkna med att fall av detta slag blir något vanligare i framtiden. På sätt i annat sammanhang närmare utvecklas (se s. 329) utgår kommittén emellertid från att en lagöverträdare som dömts till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården skall efter domen kunna med eget medgivande placeras på rättspsykiatrisk klinik för ytterligare observation.

Om det, sedan verkställighet av dom på frihetsstraff påbörjats, visar sig att den dömd redan vid tiden för brottet led av allvarlig psykisk störning och att han är i behov av sluten psykiatrisk vård, aktualiserar detta fråga om domen bör såsom vilande på oriktig grund omprövas. Innan bestämmelserna om straffrihet på grund av otillräcklighet upphävdes genom BrB och överlämnande till sluten psykiatrisk vård likställdes med andra påföljder, kunde i sådant fall resning beviljas (se NJA 1941 s. 515). BrB gör emellertid inte någon principiell skillnad mellan de såsom straff betecknade påföljderna och övriga reaktionsformer. Huruvida detta förhållande på grund av ordalagen i RB:s



bestämmelser om resning rubbat förutsättningarna för sådan är tveksamt.

Oavsett hur därmed må förhålla sig, är resningsinstitutet ett omständligt och tidskrävande medel för att åstadkomma ändring av påföljd och förskaffa den dömde den sjukhusvård han behöver i anledning av den först efter domen ådagalagda störningen. Därjämte kan det vara svårt att långt i efterhand styrka, hur tillståndet var vid tiden för brottet. Det måste därför finnas möjlighet att på annat sätt snabbt skaffa den dömde den vård han behöver. Sådan möjlighet måste stå till buds även för det fall, att behovet av sjukhusvård uppstår först efter intagningen på kriminalvårdsanstalt.

Om den som undergår straff befinnes lida av psykisk störning, som kan medicinskt behandlas, ligger det otvivelaktigt i såväl samhällets som lagöverträdarens intresse, att han får den psykiatriska behandling som finnes erforderlig. Genom att behandlingen tar sikte på lagöverträdarens psykiska egenart och söker upphäva eller motverka den störning han lider av är den ägnad att främja hans anpassning i samhället och därmed att minska risken för ytterligare brottslighet.

Lagöverträdaren bör självfallet ha samma rätt som alla andra medborgare att komma i åtnjutande av de förmåner som den allmänna sjukvården tillhandahåller. Den omständigheten att han ådömts straff bör inte minska hans rätt att på lika villkor med andra –dvs. vid konkurrens prioritering efter vårdbehovets angelägenhetsgrad – få den behandling som sjukvården kan tillhandahålla och som framstår såsom meningsfull i hans fall.

Enligt 37 § lagen om kriminalvård i anstalt får intagen, om så erfordras, föras över till allmänt sjukhus. Av olika skäl – kanske främst på grund av motstånd från sjukhusens sida – är det emellertid relativt ovanligt att intagen i kriminalvårdsanstalt överförs till psykiatriskt sjukhus. I stället utnyttjas de psykiatriska avdelningarna inom kriminalvården. Denna ordning är enligt kommitténs mening inte tillfredsställande. Såsom närmare utvecklas i kap. 12 anser kommittén att de psykiatriska avdelningarna inom kriminalvården successivt bör avvecklas.

Den som under avtjänande av straff eller annan frihetsberövande påföljd inom kriminalvården befinns vara i behov av sluten psykiatrisk vård bör efter ansökan av kriminalvårdsmyndighet intagas på psykiatriskt sjukhus så snart förutsättningarna för intagning enligt LSPV är för handen. Rätten till behandling inom den allmänna sjukvården bör emellertid gälla inte bara då intagning kan ske med stöd av LSPV:s regler utan även i fall, där frivillig intagning sker på lagöverträdarens egen begäran med stöd av sjukvårdslagen. Den som är intagen i kriminalvårdsanstalt bör sålunda kunna med kriminalvårdsmyndigheternas medgivande frivilligt intagas på sjukhus för att få den psykiatriska behandling, som han har behov av, låt vara att han kan få finna sig i vissa inskränkningar i sin rörelsefrihet.

I viss utsträckning och särskilt när fråga är om vårdbehov av kortare varaktighet bör vårdbehovet emellertid tillgodoses på de vårdavdelningar, som enligt kommitténs i kap. 13 återgivna förslag skall vara knutna till de rättspsykiatriska undersökningsklinikerna.

Närmare synpunkter på sjukvård inom ramen för frihetsstraff utvecklas i kap. 12.

En tillämpning av denna ordning, som inte möter hinder i gällande lagstiftning, skulle innebära en i förhållande till vad nu är fallet väsentligt

ökad flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård och erbjuda betydande fördelar. Framför allt skulle den angivna ordningen innefatta ökad säkerhet för att lagöverträdaren, vilken påföljd som än väljes, får den psykiatriska behandling, som han är i behov av, och att denna behandling ges av det organ som har de största resurserna för att göra behandlingen framgångsrik. Medvetandet om att en lagöverträdare får erforderlig psykiatrisk behandling inom den allmänna sjukvården, även om han dömes till frihetsberövande inom kriminalvården, torde minska behovet att av främst humanitära skäl förordna om överlämnande till sluten psykiatrisk vård (se t. ex. NJA 1974 s. 108, referat på s. 240 i betänkandet). Det skulle även finnas mindre anledning att förordna om sluten psykiatrisk vård, om det vårdbehov, som föreligger vid domstillfället, bedömes vara snabbt övergående, eftersom domstolen med angivna ordning kan påräkna att vårdbehovet ändock blir tillgodosett.

Tid under vilken en anstaltsintagen vårdats på allmänt sjukhus skall enligt 39 § lagen om kriminalvård i anstalt inräknas i verkställighetstiden om ej särskilda skäl talar däremot.

Upphör behovet av sluten psykiatrisk vård, innan strafftiden gått till ända, skall såsom huvudregel gälla att den dömda återföres till kriminalvårdsanstalt. Det bör emellertid redan här påpekas att anstaltslagens bestämmelser om permissioner och villkorlig frigivning ger stort utrymme för möjligheter till eftervård i behandlingsinstitutioner utanför kriminalvården.

Beslut om villkorlig frigivning kan, om de i lag angivna förutsättningarna härför är för handen, meddelas även beträffande den som under straffverkställigheten intagits till sluten psykiatrisk vård med stöd av LSPV. Ett sådant beslut om villkorlig frigivning inverkar inte på möjligheten att kvarhålla den sjuke på sjukhuset med stöd av LSPV. Utskrivning från sjukhuset skall ju ske, när de i LSPV angivna medicinska förutsättningarna för hans kvarhållande på sjukhuset oberoende av eget samtycke inte längre är för handen (jfr 16 § LSPV) och alltså utan hänsyn till det ådömda straffet. Prövning av fråga om utskrivning av den, som varit intagen i kriminalvårdsanstalt för undergående av påföljd för brott och under verkställighetstiden intagits till sluten psykiatrisk vård med stöd av LSPV, ankommer – om strafftiden gått till ända eller om patienten eljest inte skall återföras till anstalten – på den lokala utskrivningsnämnden.

Om en person som dömts till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården intas för sluten psykiatrisk vård med stöd av LSPV och vårdbehovet bedömes komma att bestå under lång tid framåt, aktualiseras frågan om vad man skall göra med straffdomen.

Beträffande den som dömts till internering kan interneringsnämnden enligt 30:7 BrB förordna om interneringens upphörande, om den dömda befinner sig i varaktigt behov av sluten psykiatrisk vård eller av vård i specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda och sådan vård beredes honom efter utgången av minsta tiden för interneringen. Detta stadgande som härrör från 1937 års lag om förvaring och internering i säkerhetsanstalt tillkom i syfte att förhindra att en förvarad, som är sinnessjuk, skulle kunna komma att för all framtid kvarhållas på fångvårdens sinnessjukavdelning. Strafflagberedningen föreslog i sitt betänkande 1956 att minsta tiden inte skulle behöva avvaktas för att interneringsstraffet skulle upphöra. Flertalet av remissin-



stanserna och departementschefen avstyrkte emellertid, under hänvisning till allmänpreventiva skäl, denna lösning med bl. a. den motiveringen att den föreslagna regeln var alltför löslig och att det var svårt att förutse långvarigheten av ett behandlingsbehov.

Bortsett från den sålunda begränsade möjligheten att upphäva internering på grund av psykisk störning kan ådömd påföljd inom kriminalvården endast genom nåd bringas att upphöra. Det är relativt sällsynt att så sker i fall, där den dömd överförs till sluten psykiatrisk vård. I de flesta sådana fall uppnås önskat resultat i stället genom en generös tillämpning av reglerna om villkorlig frigivning. Nåd brukar emellertid medges om straffet är långvarigt och man bedömer situationen så att den sjuke, även om han skulle bli så återställd, att han inte längre är i behov av sjukhusvård, skulle ha svårt att uthärda en anstaltsvistelse.

Vad kommittén föreslår beträffande valet av påföljd för psykiskt avvikande lagöverträdare (se kap. 7) kommer att medföra att kriminalvården tillförs ett ökat antal psykiskt labila personer. Det kan förutses att åtskilliga av dem kommer att visa sig vara i behov av sluten psykiatrisk vård och behöver överföras till sjukhus för kortare eller längre tid. Den successiva avveckling av kriminalvårdens egen psykiatriska sjukvårdsorganisation, som blir en följd av vad kommittén föreslår i organisatoriskt hänseende (se kap. 13), kommer också att leda till att den allmänna sjukvården får omhänderta ett ökat antal personer som dömts till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården. Man bör därför räkna med ett visst ökat behov av att kunna i samband med att man överför en i kriminalvårdsanstalt intagen till sluten psykiatrisk vård förordna att ådömt frihetsstraff skall upphöra. Det kan inte vara rationellt att utnyttja nådeinstitutet, som ju är tidsödande och omständligt, för att tillgodose nämnda behov.

En tänkbar utväg är att ge domstol befogenhet att ändra dom på frihetsstraff till förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård. En sådan lösning skulle ge en viss garanti för att möjligheten till straffupphävande inte utnyttjas i onödan.

Ett annat alternativ är att lägga ifrågavarande befogenhet hos de centrala nämnderna, dvs. kriminalvårdsnämnden, interneringsnämnden och ungdomsfängelnsnämnden.

Nämnderna består av ordförande, som skall vara domare, samt ytterligare fyra ledamöter. I var och en av ungdomsfängelse- och interneringsnämnderna skall en av de fyra ledamöterna vara psykiater. Nämnderna har stor praktisk erfarenhet av de möjligheter till variation inom straffsystemet som gällande bestämmelser ger. Med den sakkunskap och erfarenhet som de centrala nämnderna representerar torde man kunna utgå från att en befogenhet för dem att förorda om påföljdens upphörande på grund av psykisk störning hos den dömd skulle handhas med erforderlig restriktivitet. Härtill kommer att man, om prövningen läggs på en central nämnd, kan räkna med en viss enhetlighet i praxis. Enligt kommitténs mening talar sålunda vägande skäl för att den ifrågavarande prövningen läggs på de centrala nämnderna.

Under hänvisning till det sagda förordrar kommittén att de centrala nämnderna får befogenhet att förordna att ådömd påföljd av frihetsstraff skall upphöra, om den dömd intagits till sluten psykiatrisk vård och vårdbe-

hovet bedömes bli långvarigt. Den begränsning av befogenheten som nu gäller för interneringsnämnden synes kunna utgå. Vid avgörande av ifrågavarande ärenden bör även i kriminalvårdsnämnden en ledamot vara psykiater. Vad som sagts om upphörande av frihetsberövande påföljd vid överförande till sluten psykiatrisk vård bör gälla även överförande till vård i vårdhem eller specialistsjukhus för psykiskt utvecklingsstörd.

Enligt det förslag som avgivits av övervakningsnämndsutredningen (SOU 1975:16) skall de nuvarande tre nämnderna sammanslås och ersättas av en enda central nämnd, kallad centralnämnden för kriminalvård. Nämnden skall ha ställning som självständig myndighet men stå under kriminalvårdsstyrelsens huvudmannaskap. Den skall bestå av ordförande och vice ordförande, vilka båda skall vara lagfarna och innehavare av ordinarie domartjänst samt ytterligare fem ledamöter, av vilka en skall vara läkare med socialmedicinsk eller psykiatrisk utbildning. En på detta vis sammansatt nämnd synes vara väl skickad att handha ifrågavarande uppgift.

En förutsättning för förordnande om upphörande av påföljd måste givetvis vara att det föreligger erforderlig utredning om den dömdes psykiska tillstånd och om hans person i övrigt. Vidare bör riksåklagarens yttrande inhämtas före beslutet.

Kommittén har inte ansett att det finns skäl att föreslå införande av möjlighet att ändra dom på frihetsstraff till skyddstillsyn med föreskrift om psykiatrisk vård eller till överlämnande till öppen psykiatrisk vård av den innebörd som antytts i det föregående. Önskvärt resultat torde kunna åstadkommas genom generös tillämpning av reglerna om villkorlig frigivning och vistelse utanför anstalt jämlikt 34 § lagen om kriminalvård i anstalt.

Enligt kommitténs mening finns det inte heller något behov av att på grund av psykisk störning upphäva eller ändra dom på kriminalvård i frihet eller förordnande om överlämnande till vård enligt NvL eller BvL. Tvärtom kan den övervakning som redan kommit till stånd vara ett ytterligare stöd för den psykiskt störde. Vid intagning enligt LSPV med stöd av ansökan kommer visserligen inte de särskilda utskrivningsreglerna att gälla, men då i regel inte någon verkligt "farlig" brottslighet legat till grund för domen i sådana fall synes detta inte heller nödvändigt.

Kommittén övergår härnäst till den i direktiven berörda frågan om ett förordnande av domstol om överlämnande till sluten psykiatrisk vård bör kunna ändras till annan av de i BrB upptagna påföljderna.

Vad som skulle kunna motivera införandet av möjlighet till sådan ändring är, att det ej sällan inträffat att en lagöverträdare som begått brott som i och för sig förskyller långvarigt frihetsstraff överlämnats till sluten psykiatrisk vård och efter kort tid utskrivits från sjukhus på grund av att sluten vård ansetts inte längre indicerad. Utskrivningen kan exempelvis ha föranletts av att tillståndet förbättrats genom den behandling han fått. Han har då inte kunnat kvarhållas med stöd av LSPV, även om han på goda grunder kunnat befaras vara farlig för annans säkerhet eller återfalla i fortsatt brottslig verksamhet. I sådana fall kan det framstå såsom önskvärt att det finns möjlighet att ändra ett förordnande om sluten psykiatrisk vård till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården. Såsom exempel må nämnas det här förut återgivna fall 14, avseende en man som för tredje gången under fem år gjorde sig skyldig till våldtäktsövergrepp, sista gången mot en 8-årig flicka, och fall 4 avseende en



avancerad narkoman som förleder andra till missbruk. Såsom ett extremt exempel kan anföras ett fall, där en person, som gjort sig skyldig till mord men befanns lida av schizofreni och som därför överlämnades till sluten psykiatrisk vård, efter åtta månader försöksutskrevs från sjukhuset för att behandlas med långtidsverkande neuroleptika i öppen vård. I detta fall torde vederbörande inte vara att betrakta som farlig, så länge han sköter sin medicinering. Man har emellertid inte någon garanti för att så blir fallet. Å andra sidan måste man godta läkarens bedömning att åtta månaders vårdtid på sjukhus är en ur medicinsk synpunkt tillräckligt lång vårdtid. Om vederbörande genom ändring av påföljden kunnat överföras till kriminalvårdsanstalt, skulle man då under ytterligare en längre period kunnat gardera sig mot att han missköter sin medicinering med risk för återfall i brott.

Vad som ur säkerhetssynpunkt kan vinnas med den ifrågasatta möjligheten att ändra ett förordnande om sluten psykiatrisk vård till frihetsstraff måste emellertid vägas mot andra intressen. En sådan ändring av påföljd skulle strida mot den i de flesta länder godtagna principen, att den som begått brott i ett tillstånd av allvarlig psykisk störning inte skall kunna straffas. Denna princip har också kommit till uttryck i det i 33:2 BrB stadgade förbudet mot frihetsstraff. Det skulle t. ex. knappast överensstämma med den allmänna rättsuppfattningen om en person, som under ett psykotiskt tillstånd begått ett oförklarligt eller för hans personlighet främmande våldsbrott, efter tillfrisknande överfördes från sjukhus till fängelse för att avtjäna straff för brottet. Med en sådan ordning skulle patientens rädsla för att komma i fängelse kunna menligt påverka resultatet av sjukhusvården. Man kan inte heller bortse från att en dylik möjlighet att ändra påföljd skulle vara ägnad att påverka läkaren att vid platsbrist söka till kriminalvården överföra patienter, som visserligen framstår såsom i huvudsak återställda men som på grund av latent farlighet bör stå under ytterligare observation.

Ett annat skäl för att införa möjlighet att ändra påföljd från sjukvård till frihetsstraff kunde vara att med den vidsträckta tillämpning jämställdhetsregeln fått i praxis det ej sällan, på sätt framgår av redogörelsen i kap. 4, förekommit att personlighetsstörda, som överlämnats till sluten psykiatrisk vård, på sjukhuset visat sig opåverkbara av psykiatrisk terapi och därför utskrivits efter kort tid, oaktat de på grund av farlighet för annans personliga säkerhet bort vara omhändertagna. Med den gränsdragning mellan kriminalvård och sjukvård som kommittén föreslår i det följande skulle emellertid dylika fall bli mindre vanliga i framtiden.

Möjlighet att ändra ett förordnande om sluten psykiatrisk vård till skyddstillsyn skulle otvivelaktigt medföra den fördelen att man skulle kunna utnyttja frivårdsresurser. Dessa resurser torde emellertid kunna tillgodogöras eftervårdsarbetet genom samråd med skyddskonsulten utan att påföljden för den skull behöver ändras. Även nykterhetsvårdande åtgärder bör kunna åvägbringas i samarbete med sociala organ utan att påföljden ändras.

Vid övervägande av det anförda har kommittén för sin del kommit till den uppfattningen att det inte finns tillräckliga skäl att i lagstiftningen införa möjlighet att kunna ändra påföljd för den, som överlämnats till sluten psykiatrisk vård, till annan i BrB upptagen påföljd.

Såsom nyss nämnts har det i flera av kommittén uppmärksammade fall

förekommit att lagöverträdare, som överlämnats till sluten psykiatrisk vård men som av vederbörande sjukhusläkare ej ansetts vara i behov av sådan behandling som sjukhusen erbjuder, utskrivits efter mycket kort sjukhusvistelse. Detta har förekommit även i fall, där den intagne uppenbarligen varit att bedöma såsom farlig för annans personliga säkerhet (se t. ex. fall 14). I anledning härav föreslår kommittén att domstol – till förekommande av att skyddsaspekterna åsidosättes på sätt som skett – får befogenhet att i samband med förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård av lagöverträdare, som bedöms vara farlig för annans personliga säkerhet, föreskriva att beslut om utskrivning eller försöksutskrivning inte får verkställas utan att beslutet dessförinnan fastställts av psykiatriska nämnden (se närmare härom s. 261).

### 6.3 Förutsättningar för överlämnande till sluten psykiatrisk vård. Upphävande av e)-indikationen i LSPV

BrB präglas av en strävan att varje lagöverträdare skall få den vård han behöver. Påföljden överlämnande till sluten psykiatrisk vård är sålunda avsedd att tillgodose lagöverträdarens vårdbehov genom de organ i samhället som är bäst skickade att ge sådan vård. När det gäller att bedöma vad som är den för lagöverträdaren mest humana brottspåföljden, kan dock förmånen att vara tillförsäkrad behövlig sjukhusvård som överlämnandet till sluten psykiatrisk vård innefattar inte tillmätas mera avgörande betydelse om han – för det fall han dömes till fängelse eller liknande påföljd – likväl kan påräkna erforderlig behandling genom den av kommittén förordade ökade flexibiliteten mellan kriminalvård och sjukvård.

Vid bedömning av vad som är mest humant för lagöverträdaren har man även att beakta, att ett överlämnande till sluten psykiatrisk vård innefattar en inskränkning av lagöverträdarens frihet under obestämd tid.

Av de utredningar som verkställts av kommittén liksom av den redogörelse för praxis som lämnats i det föregående framgår att straffrifyklarade och efter BrB:s tillkomst domstolsöverlämnade i förvånansvärt många fall kvarhållits mycket lång tid i sluten psykiatrisk vård. Kvarhållandet har i flera uppmärksammade fall uppgått till 10 eller 20 år eller t. o. m. mera. Den slutna psykiatriska vården har i dessa fall varit vida längre tid än det frihetsstraff som skulle ha kunnat ådömas för begångna brott. De flesta av de långvårdsfall, som särskilt studerats, har avsett alkoholister, vilka kvarhållits på grund av klart dokumenterad risk för återfall i spritmissbruk och därmed förenad risk för återfall i brott. Kvarhållandet i dessa fall har, såsom kommittén uppfattat fallen, inte varit betingat av medicinska eller socialmedicinska skäl. Patienterna har inte kunnat tillgodogöra sig vården. Snarast kan man få det intrycket att vården genom sin långvarighet passiviserat patienten och lett till en rehabiliteringsförhindrande anstaltsanpassning. I många fall skulle utskrivning – om patienten intagits med stöd av LSPV:s vanliga regler – ha skett långt tidigare. Kvarhållandet i dessa fall måste därför antagas ha skett i syfte att förebygga brott.

I detta sammanhang skall kommittén inte närmare ingå på hur man skall behandla missbrukare eller vad man skall göra för att vinna säkerhet för att



domstolsöverlämnade inte kvarhålls i slutna psykiatrisk vård längre än vad som kan anses påkallat av medicinska eller socialmedicinska skäl. Till dessa spörsmål återkommer kommittén i annat sammanhang. Med det sagda har kommittén endast velat fästa uppmärksamheten på att ett överlämnande till slutna psykiatrisk vård är en brottspåföljd som med hänsyn till sin tidsbestämthet kan medföra allvarligt men för den dömda. Det finns därför skäl att i hans intresse överväga en begränsning av förutsättningarna för tillämpning av påföljden.

Enligt 31:3 BrB är en grundförutsättning för överlämnande av en lagöverträdare till slutna psykiatrisk vård, att vård kan beredas honom med stöd av LSPV. På sätt framgår av den lämnade redogörelsen för gällande bestämmelser kan enligt nyssnämnda lag den som lider av psykisk sjukdom, varmed jämställs psykisk abnormitet som inte är psykisk sjukdom eller utgöres av hämning i förståndsutvecklingen, oberoende av eget samtycke beredas slutna psykiatrisk vård, om sådan vård är oundgängligen påkallad med hänsyn till sjukdomens eller abnormitetens art och grad och till någon av de i 1 § ut. der a) – e) angivna specialindikationerna. Ordalydelsen av 31:3 BrB kan ge intrycket att förutsättningarna för domstolsöverlämnande till slutna psykiatrisk vård och för intagning med stöd av LSPV oberoende av eget samtycke skulle helt sammanfalla och att således förutsättningarna för att bereda någon slutna psykiatrisk vård skulle bedömas oberoende av begånget brott. Så är nu inte helt fallet. Den i 1 § e) upptagna indikationen, som avser den som på grund av psykisk sjukdom eller annan abnormitet är farlig för annans egendom eller annat av lagstiftningen skyddat intresse än som avses i b)-indikationen, är emellertid enligt 3 § LSPV tillämplig endast med avseende på domstolsöverlämnade och tar alltså sikte uteslutande på den som begått brott.

Den nu aktuella e)-indikationen fanns inte med i sinnessjuklagstiftningskommitténs lagförslag. Denna kommitté övervägde behovet av en dylik indikation men fann för sin del att det var det medicinska behovet av vård på grund av den sjukas psykiska tillstånd som borde vara avgörande för fråga om intagning och kvarhållande på mentalsjukhus. Detta uteslöt givetvis inte att brottslighet enligt kommitténs mening borde beaktas inom ramen för övriga specialindikationer. Kommittén förutsatte vid avgivandet av sitt betänkande att förslaget borde föranleda ändring av den av riksdagen två år tidigare antagna, men ännu ej ikraftträdde BrB.

I yttrandena över sinnessjuklagstiftningskommitténs förslag ifrågasattes från flera håll om inte specialindikationerna i LSPV borde utsträckas att omfatta även farlighet för annans egendom. Man hänvisade därvid till stadgandet i 33:2 BrB. Eftersom detta stadgande inte tillät, att den som begått brott under inflytande av sinnessjukdom eller därmed jämställd abnormitet dömdes till frihetsberövande inom kriminalvården, skulle samhället – uttalade riksåklagarämbetet – ställas utan möjlighet till effektivt ingripande i många fall av allvarlig kriminalitet. Så skulle vara förhållandet inte bara på egendomsbrottens område utan även i fråga om andra kategorier, t. ex. spioneri.

I propositionen om LSPV anförde departementschefen att de föreslagna specialindikationerna inte medgav överlämnande till slutna psykiatrisk vård i den utsträckning som förutsatts i BrB. Denna borde inte nu bli föremål för

förnya övervägande i detta avseende. Han förordade därför en specialindikation som gör det möjligt att till slutet psykiatrisk vård överlämna och där kvarhålla en psykiskt sjuk eller abnorm lagöverträdare, som är farlig för annans egendom eller annat av lagstiftningen skyddat intresse.

Behovet av en sådan specialindikation motiverades med att domstolarna måste ha en möjlighet att i varje särskilt fall välja den mest adekvata vårdformen. Indikationen skulle därför inte få återropas vid intagning efter ansökan utan endast där domstolen överlämnade någon till slutet psykiatrisk vård.

Vad som avsågs med orden "farlig för . . . annat av lagstiftningen skyddat intresse" angavs inte närmare i propositionen. Under förarbetena till LSPV nämndes i detta sammanhang – utöver egendomsbrott – inte annan brottslighet än spioneri.

I rättstillämpningen synes specialindikationen under e) haft sin huvudsakliga betydelse med avseende på förmögenhetsbrott. Brott mot staten (dvs. brott mot allmän ordning, brott mot allmän verksamhet, högmålsbrott, brott mot rikets säkerhet, ämbetsbrott och brott av krigsman) föranledde år 1974 överlämnande till slutet psykiatrisk vård i endast 9 fall. Av dessa avsåg samtliga brott mot allmän verksamhet, dvs. i regel våld mot tjänsteman. I sådana fall torde specialindikationen under b) "farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa" vara tillfyllest ur rättssäkerhets-synpunkt. – Brott mot allmänheten (dvs. allmänfarliga brott, förfalskningsbrott, osanna utsagor m. m.) föranledde samma år överlämnande till slutet psykiatrisk vård i 28 fall, varav dock 24 avsåg mordbrand, dvs. brott som i allvarigare fall medför fara för annans liv och alltså inbegripes i sådan farlighet som avses med b)-indikationen.

Mot bakgrunden av nu återgivna, statistiska uppgifter torde man, även utan att bygga på någon mera ingående undersökning, kunna utgå från att specialindikationen under e) hittills inte haft någon större praktisk betydelse i rättstillämpningen beträffande annan kriminalitet än förmögenhetsbrottslighet.

Vid ett ställningstagande till frågan om e)-indikationen i LSPV bör bibehållas är det två spörsmål som aktualiseras. Det ena avser frågan om samhällets skydd mot lagöverträdare över huvud bör innefatta möjlighet till frihetsberövande under obestämd tid av sådana som på grund av sin abnormitet är farliga för annans egendom eller för annat av lagstiftningen skyddat intresse än annans personliga säkerhet. Det andra spörsmålet är huruvida ett dylikt samhällsskydd, om det anses påkallat, bör kunna ges inom sjukvårdens ram.

Slutlig ställning till den första frågan huruvida samhällsskyddet mot brottslighet bör omfatta möjlighet till frihetsberövande under obestämd tid av den, som på grund av sitt psykiska tillstånd är farlig för annans egendom eller annat av lagstiftningen skyddat intresse, synes lämpligen böra besvaras i samband med frågan om och i så fall i vilken utsträckning interneringsinstitutet bör bibehållas. Det finns därför knappast anledning för denna kommitté att ta ställning till huruvida behovet av samhällsskydd mot kriminalitet kan tillräckligt tillgodoses utan möjlighet att under obestämd tid kvarhålla lagöverträdare som kan befaras komma att begå nya brott.

Även om det, då ställning framdeles tas till hithörande spörsmål, skulle



anses, att det för att tillgodose behovet av samhällsskydd mot kriminalitet, måste finnas möjlighet att kunna under obestämd tid kvarhålla lagöverträdare, som kan befaras komma att återfalla i egendomsbrott, är därmed inte sagt att detta behov bör kunna tillgodoses inom den psykiatriska sjukvårdens ram.

Ett brott kan ibland vara ett symptom på en psykisk störning. Det bör emellertid rimligen inte vara brottet utan arten och graden av den psykiska störningen och det därav föranledda medicinska behovet av vård som skall vara avgörande för huruvida lagöverträdare skall kunna oberoende av eget samtycke intagas och kvarhållas på sjukhus. Det är inte motiverat att på psykiatriska sjukhus kvarhålla patienter endast därför att de på grund av psykisk störning anses farliga för annan egendom, utan att detta såsom i övriga specialindikationer är betingat av medicinska eller socialmedicinska skäl. Ett sådant kvarhållande nödvändiggör bevakningsåtgärder som eljest inte skulle vara påkallade och som motverkar den öppenhet som numera i så hög grad satt sin prägel på modern psykiatrisk sjukvård.

Det är naturligtvis ytterst en avvägningsfråga huruvida det samhällsskydd mot psykiskt abnorma lagöverträdare som e)-indikationen ger kan anses väga tyngre än de här antydda betänkligheterna mot att bibehålla indikationen.

När det gäller att ta ställning till denna avvägningsfråga, är den betydelse som indikationen haft och har i rättstillämpningen av stort intresse. Indikationen, som saknar motsvarighet i äldre rätt, har emellertid varit gällande endast kort tid, varför man inte har någon större erfarenhet av densamma.

I de av kommittén studerade fallen, i vilka lagöverträdare av domstol straffriförklarats eller, efter BrB:s ikraftträdande, överlämnats till sjukvården, har omständigheterna endast sällan varit sådana, att domstolens beslut kan antas ha grundats – förutom på de i generalindikationen angivna omständigheterna – enbart på sådant förhållande som anges i e)-indikationen. I de flesta av de fall, där denna indikation tillämpats eller skulle ha kunnat tillämpas, om den då varit gällande, har även någon av de i övriga specialindikationer upptagna intagningsgrunderna åberopats eller kunnat åberopas. I många fall där lagöverträdaren kan bedömas ha varit på grund av psykisk sjukdom eller abnormitet farlig för annans egendom, har förelegat även ett akut medicinskt vårdbehov.

LSPV:s e)-indikation gör det emellertid formellt möjligt att på ett psykiatriskt sjukhus under obestämd tid kvarhålla en domstolsöverlämnad patient endast av det skälet, att patienten kan på grund av abnormitet befaras komma att begå nya egendomsbrott. Indikationen medger alltså kvarhållande av sådan patient, även om det står klart att effektiv behandling ej kan erbjudas. En sådan ordning kan väl vara försvarlig, när det gäller patienter som på grund av psykisk störning är farliga för annans liv eller hälsa. En psykiater torde ha större förutsättningar än någon annan att bedöma om en psykisk störning medför fara för annans personliga säkerhet. I dylika fall kan patienten emellertid kvarhållas på sjukhuset redan med stöd av specialindikationen under b). Specialindikationen under e) behöver alltså inte åberopas.

Kommittén har försökt bilda sig en uppfattning om i vilken utsträckning patienter, som straffriförklarats eller efter BrB:s ikraftträdande av domstol

överlämnats till sluten psykiatrisk vård, kvarhålls på sjukhusen med stöd av e)-indikationen. Uppgifter härom avseende en bestämd dag, den 1.4.1973, har infordrats från samtliga sjukhus i samband med den förut omnämnda enquete-undersökningen. Svar har lämnats beträffande 531 såsom sinnessjuka bedömda patienter och 682 patienter som bedömts såsom jämställda. I dessa antal ingår inte bara de patienter, som nyssnämnda dag var omhändertagna på sjukhusen, utan även de patienter, som utskrivits på försök men alltjämt var att anse såsom inskrivna. Enligt uppgifterna grundades kvarhållandet av 13 av de sinnessjuka och av 46 av de jämställda på e)-indikationen såsom enda specialindikation. Därjämte åberopades denna indikation tillsammans med annan indikation såsom grund för kvarhållande av 72 sinnessjuka och 207 jämställda. Indikationen var vanligast beträffande patienter vid Karsuddens sjukhus, vid specialavdelningarna i Sundsvall och Växjö och vid andra avdelningar för särskilt vårdkrävande.

De här redovisade statistiska uppgifterna får anses ge vid handen, att det samhällsskydd gentemot psykiskt sjuka och abnorma lagöverträdare, som man ville vinna med e)-indikationen, inte varit av någon större praktisk betydelse i rättstillämpningen. Detta gäller i all synnerhet med avseende på annan kriminalitet än förmögenhetsbrottslighet.

Nu angivna förhållande aktualiserar frågan om det finns tillräckliga skäl att i LSPV bibehålla en indikation, som gör det möjligt att – utan att detta påkallas av medicinska skäl – för sluten psykiatrisk vård under obestämd tid kvarhålla en terapiresistent person endast därför att han på grund av psykisk störning är farlig för annans egendom.

Såsom förut nämnts infördes e)-indikationen i LSPV för att man inte skulle stå helt utan brottspåföljd gentemot en lagöverträdare, som begått brott under inflytande av psykisk abnormitet (personlighetsstörning) och som på grund av förbudet i 33:2 BrB inte kan dömas till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården. Med den ändrade gränsdragning mellan kriminalvård och sjukvård som blir en följd av kommitténs förslag (se s. 213 ff) kommer emellertid flertalet personlighetsstörda att kunna dömas till frihetsstraff, varför nyssnämnda skäl till e)-indikationens upptagande i LSPV blir av mindre vikt.

Vad som talar för ett upphävande av e)-indikationen är –förutom att behovet av densamma, av rättstillämpningen att döma, är litet och vid ett genomförande av kommitténs förslag i övrigt kan förväntas bli än mindre – främst att ett omhändertagande av personlighetsstörda lagöverträdare på sjukhusen utan att detta påkallas av medicinska skäl medför olägenheter för sjukhusen och därmed för allmänheten. Anser man att vikten av skydd mot förmögenhetsbrottslighet nödvändiggör, att lagöverträdare, som på grund av personlighetsstörningar bedöms såsom farliga för annans egendom, skall kunna omhändertas på obestämd tid utan att detta påkallas av medicinska eller socialmedicinska skäl, bör enligt kommitténs mening omhändertagandet ske genom internering inom kriminalvården och inte genom omhändertagande inom sjukvården.

Av nu anförda skäl förordar kommittén att e)-indikationen upphäves.

Kommittén grundar alltså sitt i det följande redovisade förslag med avseende på de störningstillstånd, som skall kunna föranleda överlämnande till sluten psykiatrisk vård, på att domstol må förordna om sådan brottspåföljd



endast om de i LSPV angivna förutsättningarna för intagning på psykiatriskt sjukhus efter ansökan är för handen. Någon av intagningsindikationerna under a)–d) i LSPV måste alltså vara för handen, för att ett domstolsöverlämnande till sluten psykiatrisk vård skall kunna ske.

Med nu angivna grund för kommitténs förslag beträffande förutsättningarna för att domstol skall förordna om överlämnande till sluten psykiatrisk vård – dvs. att överlämnandet skall vara betingat uteslutande av medicinska eller socialmedicinska skäl på samma sätt som intagning enligt LSPV efter ansökan – blir det av vikt att praxis vid administrativ intagning enligt LSPV och vid domstolsöverlämnande överensstämmer. Vid kommitténs fallstudier har kommittén fått övertygande belägg för att så inte är fallet för närvarande, även om man bortser från de olikheter som följer av e)-indikationen. Så är främst fallet med avseende på vårdbehovet beträffande personlighetsstörda. Härtill återkommer kommittén i det följande. Men även eljest är det, på sätt redogörelsen för praxis ger vid handen, tydligt att det vid domstolsöverlämnande förekommit ett hänsynstagande till annat än medicinska skäl som inte haft eller har någon motsvarighet vid intagning enligt LSPV med stöd av ansökan, låt vara att dessa hänsynstaganden till annat än medicinska skäl alldeles uppenbarligen varit betingade av en önskan att komma fram till en lösning som framstår som den mest humana. Ett överlämnande till sluten psykiatrisk vård under obestämd tid är emellertid, såsom framgår av kommitténs redogörelser för fall med långa vårdtider, inte alltid den mest humana lösningen.

Såsom nämnts i redogörelsen för nu gällande bestämmelser kan en psykiskt utvecklingsstörd som fyllt 15 år beredas vård i specialsjukhus oberoende av samtycke. Förutsättning för sådan vård är enligt 1967 års lag angående omsorger för vissa psykiskt utvecklingsstörda att vården är oundgängligen påkallad med hänsyn till utvecklingsstörningens grad och till någon av de i omsorgslagen upptagna specialindikationerna. Enligt 35 § andra stycket omsorgslagen kan vård i specialsjukhus beredas en psykiskt utvecklingsstörd oberoende av samtycke, om den utvecklingsstörde på grund av störningen är farlig för annans egendom eller annat av lagstiftningen skyddat intresse. Vård enligt denna indikation får dock beredas endast med stöd av domstols förordnande enligt 31:3 BrB. De skäl som i det föregående åberopas till stöd för ett upphävande av e)-indikationen i LSPV talar för att även motsvarande indikation i omsorgslagen upphäves. Kommittén förordar att så sker.





## 7 Vissa principiella synpunkter på valet av påföljd vid olika psykiska störningar

### 7.1 Innebörden av nu gällande bestämmelser i 31:3 och 33:2 BrB

På sätt framgår av den i kap. 2 lämnade redogörelsen för rättsutvecklingen fick, enligt de närmast före tillkomsten av BrB gällande bestämmelserna i 5:5 SL, ej någon fällas till ansvar för gärning, som han begått under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan själslig abnormitet av så djupgående natur att den måste anses jämställd med sinnessjukdom. När överlämnande till sluten psykiatrisk vård genom BrB:s tillkomst blev en brottspåföljd vid sidan av andra påföljder, ersattes straffrihetsstadgandet i 5:5 SL med ett förbud i 33:2 BrB mot att för brott, som begåtts under inflytande av sådan störning, som tidigare medfört straffrihet, döma till annan påföljd än särskild vård, böter eller skyddstillsyn. För sådant brott kan alltså inte ådömas fängelse eller annan frihetsberövande påföljd inom kriminalvården. Härvid är att märka att de omständigheter som enligt 33:2 BrB utgör hinder mot frihetsstraff på grund av tilltalads psykiska tillstånd inte helt sammanfaller med vad som enligt 31:3 BrB kan grunda förordnande om tilltalads överlämnande till sluten psykiatrisk vård. En förutsättning för tillämpning av förbudet i 33:2 BrB mot frihetsstraff är att den tilltalade vid tiden för brottet led av något av de störningstillstånd som anges i lagrummet. Förbudet gäller oberoende av den tilltalades behov av sjukhusvård. Förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård måste däremot grundas på ett vid tiden för domen förefintligt vårdbehov. Dessa distinktioner måste hållas i minnet vid övervägande av vad som i påföljdshänseende bör gälla vid olika slag av störningstillstånd.

I de allra flesta fall torde ett psykiskt störningstillstånd av så allvarlig beskaffenhet, att det innefattar hinder för ådömande av frihetsstraff, medföra behov av sluten psykiatrisk vård, om tillståndet alltjämt består vid tiden för domen. Ibland kan dock en psykisk störning vara sådan, att den medför hinder för ådömande av frihetsstraff utan att sluten psykiatrisk vård för den skull kan anses oundgängligen påkallad på grund av störningens art och grad. I andra fall kan vårdbehovet på grund av ett störningstillstånd – som vid brottet var sådant att det medförde hinder för ådömande av frihetsstraff – vid domstillfället ha upphört eller minskat i sådan mån, att sjukhusvård inte längre erfordras. Ej sällan är situationen den att domstolen vid bestämmandet av påföljd för brott har att ta hänsyn till ett efter brottet uppkommet störningstillstånd av beskaffenhet att påkalla sjukhusvård.

Mot bakgrunden av det sagda vill kommittén söka närmare belysa hur valet av påföljd ter sig ur medicinsk synpunkt vid olika psykiska störningar och därvid särskilt ange i vilka fall fängelse eller annan frihetsberövande påföljd inom kriminalvården framstår såsom en olämplig brottspåföljd och i vilka fall överlämnande till sluten psykiatrisk vård är att föredra framför annan påföljd.

## 7.2 Psykos inklusive demens ("sinnessjukdom")

Begreppet psykisk sjukdom i LSPV omfattar enligt lagens förarbeten alla slags sjukdomar med psykiska symtom oavsett deras orsaker och art i övrigt. Begreppet är mer omfattande än det i BrB begagnade begreppet "sinnessjukdom", varmed avses endast psykoser inklusive demenser. Till denna grupp räknas huvudsakligen de sjukdomar som brukar betecknas som schizofreni, affektiva psykoser, cykloida psykoser, reaktiva psykoser, paranoia och paranoiska psykoser, ålderspsykoser, toxiska psykoser såsom amfetamin- och LSD-psykoser, alkoholpsykoser såsom delirium tremens, ävensom demenser såsom presenila, senila, toxiska och traumatiska demenser.

Kan vid rättspsykiatrisk undersökning fastslås att visst brott begåtts under inflytande av något av nyssnämnda sjukdomstillstånd, får på grund av stadgandet i 33:2 BrB frihetsstraff inte ådömas för brottet. Bedömningen av behovet av sluten psykiatrisk vård för behandling av sjukdomar av detta slag brukar inte orsaka svårigheter. I de flesta fall torde det stå klart att förutsättningar för intagning till sluten psykiatrisk vård oberoende av eget samtycke är för handen och därmed också för överlämnande till sådan vård. Den straffrättsliga bedömningen av brott som begåtts under inflytande av psykos (inkl. demens) har därför i allmänhet inte vållat svårigheter eller föranlett någon oenhetlig praxis eller krav på reformer. Att den psykiatriska diagnostiken kan vara svår och även kontroversiell är en annan sak.

Vad särskilt angår bedömningen av fall av demenser vill kommittén anföra följande.

Med demens avses ett svårt defekttillstånd som orsakats av sjukdomar eller skador i hjärnan (se s. 80 och följande). Den kliniska bilden karakteriseras av en rad intellektuella, känslö- och viljemässiga störningar. En demens kan vara av olika svårhetsgrad. Den kan vidare vara fortskridande som fallet är vid åldersdemenser eller stationär som fallet kan vara efter en traumatisk hjärnskada. Att diagnostisera en uttalad demens bereder i allmänhet inga svårigheter. Däremot kan det i vissa gränsfall, då det föreligger en hjärnskada med psykiska symtom, diskuteras huruvida dessa är av den svårhetsgrad, att beteckningen demens är adekvat. Detsamma gäller fall, där vissa psykiska symtom tyder på en fortskridande hjärnsjukdom, men en demens ännu ej hunnit utvecklas, t. ex. tidiga fall av sjukdomen "senil demens" eller arteriosklerotisk hjärnsjukdom. I sådana tidiga fall av en fortskridande sjukdom kan det vara personlighetsdefekter och känslomässig avtrubbningsnarare än intellektuella defekter som är anledningen till att vederbörande ej fungerar i sitt sociala sammanhang. En utförlig psykiatrisk, neurologisk och psykologisk utredning är då nödvändig. Då en fortskridande hjärnsjukdom



med psykiska symtom diagnostiserats, bör frihetsstraff ej tillämpas. En person med sådan störning bör i regel överlämnas till sluten psykiatrisk vård. Svårbedömda gränfall diskuteras i avsnittet om andra psykoorganiska syndrom än demens (se s. 219 ff).

Även beträffande andra psykoser än demenser, t. ex. schizofreni, kan diagnosen många gånger vara svår att ställa. Mera påtagliga eller säkra symtom kan saknas, men själva brottets art eller lagöverträdarens beteende gör att man kan misstänka en psykos. Är sannolikheten stor för att viss psykisk störning är att hänföra till psykos, bör vederbörande hellre dömas till sluten psykiatrisk vård än till frihetsstraff. Är osäkerheten däremot betydande bör frihetsberövande påföljd ådömas. Visar det sig under verkställigheten att han lider av psykos och är i behov av sluten psykiatrisk vård, bör ansökan med stöd av LSPV göras om intagning på psykiatriskt sjukhus. Sker sådan intagning och bedömes vårdbehovet vara långvarigt, bör det ådömda frihetsstraffet kunna lätt bringas att upphöra i enlighet med vad kommittén i annat sammanhang (se s. 192 ff) förordat.

Psykoser, exempelvis schizofreni, debuterar ibland under en neuros- eller psykopatiliknande bild. Vanligen är det vissa drag i sjukdomsbilden, såsom egendomligheter i beteendet, som föranleder misstanke om allvarlig psykisk störning. Ej sällan krävs det en tids observation för att kunna fastställa tillståndets art och svårhetsgrad. Det i redogörelsen för praxis återgivna fallet nr 16 är ett exempel härpå. Straffriförklaringen grundades i detta fall på diagnosen "psykopatia + schizofrenia?" Några säkra symtom på schizofreni framkom ej under en därpå följande 20-årig vårdtid. Enligt kommitténs psykiatrer var de vid den rättspsykiatriska undersökningen konstaterade personlighetsavvikelserna enbart för sig inte av den beskaffenhet, att intagning på psykiatriskt sjukhus oberoende av eget samtycke skulle ha kunnat ske med stöd av nu gällande regler i LSPV. Om vad kommittén i det följande föreslår beträffande personlighetsstörda vinner bifall, bör en lagöverträdare i ett likartat fall kunna dömas till fängelse, men under verkställigheten med eget samtycke placeras på rättspsykiatrisk klinik för observation.

Ett fall, där arten av lagöverträdarens störning kunde klarläggas först efter den rättspsykiatriska undersökningen och domen, är följande.

#### Fall 19

Fallet avser en 50-årig man, A., som dömts för våldtäkt att överlämnas till sluten psykiatrisk vård. Diagnosen var persona pathologica (habituellt hypoman, gravt hysteroid, infantil och självhävdande person). – A. hade tidigare vid tre tillfällen straffriförklarats för bedrägeri, utpressning och urkundsförfalskning. I det första rättspsykiatriska utlåtandet betecknades han som infantil med hysteriskt reaktionssätt och nedsatt omdöme och ansågs som jämställd samt i behov av vård. Underrätten begärde yttrande av dåvarande medicinalstyrelsen, som ansåg A. vara sinnessjuk i en hypoman fas med vårdbehov. Han intogs och vårdades på mentalsjukhus under diagnosen psychopathia, substabil personlighet med mano-depressiva skov. Han utskrevs definitivt som återställd efter drygt 2 års vårdtid. I ett senare § 7-intyg betecknades A. som en konstitutionellt infantil hysteroid och hypoman person. Behov av sluten psykiatrisk vård ansågs ej föreligga, och han ställdes under tillsyn av hjälpverksamhetsläkare. Några år senare tvångsintogs han på mentalsjukhus efter att i

ett maniskt skov ha ställt till med svåra uppträden i hemmet. Vid den sist aktuella rättspsykiatriska undersökningen beskrevs han liksom vid tidigare undersökningar som en habituellt hypoman, uttalat hysteroid och infantil, självhävdande person som trots reducerade krav på arbetsförmåga haft svårt att klara sig socialt och ekonomiskt. Några säkra symtom på aktuell manisk sjukdom förmärktes ej, men möjligheten av en atypisk manisk sinnessjukdom ansågs dock ej kunna uteslutas. Den psykiska abnormiteten ansågs emellertid jämförbar med sinnessjukdom. – Vid intagningen på sjukhuset var A. mycket talför med förhöjd sinnesstämning och uppfattades som hypoman. Under litiummedicinering normaliserades hans psykiska tillstånd helt. Han hade efter utskrivningen regelbunden kontakt med öppna vården för litiumkontroll. Vid uppehåll med litium reciderade han i hypomana eller depressiva faser. Han sökte då omedelbart hjälp på sjukhuset. Vård diagnosen på sjukhuset blev dock persona pathologica.

A. har vid de flesta tillfällen betecknats såsom en med sinnessjuk jämförd psykopat. I själva verket har det visat sig att det rör sig om en manisk-depressiv sjukdom. Han har behandlats i enlighet med denna diagnos. På den medikamentella behandlingen, i detta fall litium, blev han snabbt återställd. Kliniska erfarenheter ger vid handen att många manier visar just en sådan symtombild som den A. manifesterat. Även om säkra belägg för psykotisk sjukdom inte framkom under den rättspsykiatriska undersökningen, var dock de konstaterade personlighetsavvikelserna av så allvarligt slag, att slutna psykiatrisk vård var motiverad. Misstanken om mani gjorde det också motiverat att, oberoende av vederbörandes eget samtycke, bereda honom adekvat behandling i syfte att normalisera det psykiska tillståndet.

Det torde råda allmän enighet om att frihetsstraff i princip inte bör ådömas den som vid tiden för brottet led av psykos. Denna princip bör gälla även om lagöverträdaren vid tiden för domen inte är i behov av sjukhusvård och slutna psykiatrisk vård således inte kan ådömas. Det kan därvid tänkas antingen att ett vid brottet föreliggande vårdbehov upphört vid tiden för domen eller att behov av slutna vård inte heller förelåg vid brottet. Vissa psykotiska patienter kan sålunda med fördel behandlas i öppen vård. Detta gäller t. ex. många defektläkta schizofrena. Det förekommer inte sällan att sådana personer gör sig skyldiga till smärre förmögenhetsbrott. Öppen psykiatrisk vård eller skyddstillsyn torde då vara en tillräckligt ingripande påföljd. Vid allvarligare brott, särskilt våldsbrott, bör dock försiktighet iakttagas. Om ett våldsbrott begåtts under inflytande av psykotiskt tillstånd måste man i regel antaga att behov av slutna psykiatrisk vård föreligger vid brottstillfället. Även om detta vårdbehov enligt den medicinska utredningen upphört vid tiden för domen, kan det vara motiverat att överlämna vederbörande till slutna psykiatrisk vård för att ha honom under observation under så lång tid att man i möjligaste mån kan vara förvissad om att hans hälsotillstånd stabiliserats och att det inte föreligger någon förutsebar risk för förämring med nya våldshandlingar som följd.

Undantag från regeln att den, som vid brottet var psykotisk, ej bör ådömas frihetsstraff kan i viss utsträckning vara motiverat beträffande psykotiska tillstånd som uppkommer i samband med narkotikamissbruk. Till denna fråga återkommer kommittén i ett senare avsnitt (se s. 247).

Det förekommer ibland att en allvarlig psykisk störning föreligger vid



domstillfället utan att några mera påtagliga psykotiska symtom kan påvisas ha förelegat vid brottets begående. Det är sålunda inte ovanligt att den som begått brott efteråt drabbas av depression eller liknande tillstånd. En sådan reaktiv insufficiens, (dvs. en insufficiens framkallad av yttre faktorer) kan vara förståelig med hänsyn till ånger och förtvivlan över gärningen, fruktan för den sociala skandalen, gärningen kan ge upphov till, rädsla för fängelsestraff eller ovisshet inför domslutet. Det kan också röra sig om ömtåliga personer, som redan vid måttliga påfrestningar reagerar med en psykos. Det kan t. ex. vara en svår depression, ett förvirringstillstånd eller ett Gansersyndrom (se s. 77).

Efter brott uppkomna reaktiva insufficienser är emellertid erfarenhetsmässigt oftast av övergående natur. I ett sådant fall utgör stadgandet i 33:2 BrB inte något hinder för ådömande av fängelse eller annan frihetsberövande påföljd inom kriminalvården. Med den ökade flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård som kommittén förordat skulle lagöverträdaren i en sådan situation kunna påräkna den sjukhusvård, som hans psykiska tillstånd påkallar, oavsett om han dömes till frihetsstraff eller liknande. Med hänsyn härtill möter – om vårdbehovet kan antagas vara av övergående natur – från medicinsk synpunkt inte några betänkligheter mot att han dömes till frihetsstraff. Psykiska störningar som ej är att betrakta som reaktiva kan även eljest manifesteras sig efter brottet och medföra vårdbehov. Kan vårdbehovet förutses bli mera långvarigt, t. ex. vid schizofrena tillstånd eller vid fortskridande hjärnsjukdomar, torde ett överlämnande till sluten psykiatrisk vård framstå såsom den mest ändamålsenliga brottspåföljden. I en del fall kan skyddstillsyn med psykiatriska och socialt stödjande åtgärder på frivillig väg vara tillfyllest. Fall 1 belyser en sådan situation.

Frågan om man bör bibehålla det i 31:3 BrB upptagna kravet på särskilda skäl för att ett förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård skall kunna meddelas i fall, där den psykiska störningen uppkommit efter brottet behandlas i kap. 8. Här skall endast konstateras att den begränsning av valet av påföljd som nämnda krav medför inte är motiverad av medicinska skäl.

De avvägningar som en domstol kan ställas inför i hithörande hänseenden må belysas av följande gränsfall.

#### Fall 20

Fallet avser en kvinna – B. – vilken i 30-årsåldern dömdes att för rån överlämnas till sluten psykiatrisk vård under diagnosen ”psychopatia + mano-depressiv insufficiens + psychoinfantilismus”. Ett jämställdhetstillstånd ansågs föreligga. – B. har haft en traumatiserande uppväxt. Hon började snatta tidigt, placerades i fosterhem och kom så småningom på ungdomsvårdsskola. B. har vid två tidigare tillfällen blivit rättspsykiatriskt undersökt efter att ha gjort sig skyldig till egendomsbrott. Vid båda tillfällena bedömdes hon som en gravt hysteroid, impulsstyrd, karaktärsstörd personlighet med starka mytomana tendenser. Efter den första undersökningen dömdes hon till fängelse och efter den andra till skyddstillsyn i kombination med öppen psykiatrisk vård. Därefter gifte hon sig med en man med relativt hög befattning. Äktenskapet upplevdes av B. som lyckligt. Hon levde under ordnade förhållanden. I somatiskt hänseende framkom att B. hade nästan ständiga underlivs- och bukbesvär. De nu aktuella brotten

skedde med några dagars mellanrum. Brotten bestod i att hon lurat sömnmedel i tillfälliga manliga bekanta. Sedan männen somnat bestal hon dem. Brottet begicks under en period då B:s make tillfälligtvis var bortrest. Efter anhållandet gled hon i samband med pressande polisförhör in i ett hämmat, negativistiskt, mutistiskt förvirringstillstånd som nödvändiggjorde tvångsintagning på mentalsjukhus under en kort period. Hon hade i en liknande situation 10 år tidigare utvecklat en likartad symtombild som även då krävde vård på mentalsjukhus under drygt en månads tid. – Under observationstiden på rättspsykiatriska kliniken svängde sinnesstämningen mellan dysfori, depression och apati samt måttlig uppståndhet och aktivitetsbehov. Av och till hade hon episoder med autism, matvägran och hysteriska utbrott. Intellectuellt var hon välutrustad med god verbal begåvning. Hennes psykiska abnormitet bedömdes som en djupgående psykopati på basen av en ovanligt stor diskrepans mellan den intellektuella och emotionella utvecklingen. Det påpekades att hon var helt försvarslös, när hon under perioder med dysfori konfronterades med genombrott av asociala impulser, såvida hon ej då hade tillgång till hjälp och stöd. Hon ansågs vara i behov av en tids slutna vård för att sedan överföras till öppen vård, varifrån hon under en tid kunde få kontinuerlig stödbehandling. B. var positiv till sådan behandling.

Vid intagningen på sjukhus var B. fri från psykotiska symtom. Hon hade då vistats drygt 5 månader på rättspsykiatrisk klinik frånsett en vecka, då hon med stöd av LSPV vårdades på sjukhus. Det dominerande var hennes hysteroida personlighet. I samband med en konflikt med maken och skilsmässosituation gjorde hon under en permission till hemmet ett allvarligt suicidförsök med tabletter. Hon tillgodosgjorde sig vården på sjukhuset och beredde inga svårigheter. Hon fick hjälp att reda upp sin sociala situation. Hon utskrevs efter 3 månaders vårdtid och erbjöds frivillig poliklinisk kontakt. Hon uteblev emellertid från planerade återbesök. Den avsedda eftervården kom därför inte till stånd.

Den straffrättsliga bedömningen av detta fall ger utrymme för olika meningar. Den sjukhusbehandling som framstod som oundgänglig i B:s fall och det behov av eftervård som förelåg innefattade helt visst vägande skäl för det överlämnande till slutna psykiatrisk vård som skedde. Om emellertid den ökade flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård, som kommittén förordat, kommer till stånd, skulle i ett likartat fall framdeles behovet av slutna vård kunnat tillgodoses även vid en dom på fängelse. Behovet av eftervård skulle ha kunnat tillgodoses under återstående strafftid och genom föreskrifter i samband med villkorlig frigivning. Med hänsyn härtill och till att vårdtiden vid reaktiva psykoser ofta inte är så lång, bör enligt kommitténs mening några betänkligheter inte möta mot att i ett fall sådant som B:s döma till fängelse.

### 7.3 Psykisk utvecklingsstörning

Med "psykiskt utvecklingsstörda" avses i omsorgslagen, såsom förut nämnts, alla dem som på grund av hämmad förståndsutveckling för sin utbildning eller anpassning i samhället behöver särskilda omsorger genom det allmänna. Det i BrB använda begreppet "sinnesslöhet" har en mera begränsad innebörd och används i praxis beträffande sådana intellektuellt utvecklingshämmande vilkas IK, grovt uttryckt, understiger 70.

Vid bedömningen av vad som i det enskilda fallet är den lämpligaste påföljden för en utvecklingsstörd som begått brott är det till en början viktigt



att man noga undersöker graden av utvecklingsstörning och eventuella komplikationer i form av andra psykiska störningar.

Det torde numera endast sällan förekomma att personer som lider av djup eller svår utvecklingsstörning åtalas för brott. I regel har de nämligen sedan tidig ålder åtnjutit någon form av vård enligt omsorgslagen och erforderligt omhändertagande har kommit till stånd utan inblandning av åklagare eller domstol.

Lindrigt eller måttligt utvecklingsstörda som begår brott lider ej sällan av personlighetsstörningar som i förening med utvecklingsstörningen föranleder mer eller mindre svåra sociala anpassningsproblem. Det är här att märka att tidiga personlighetsstörningar eller brist på intellektuella stimuli under uppväxten kan ge upphov till vad som förr benämndes "pseudodebilitet" eller "pseudoimbecillitet", dvs. en på grund härav fördröjd eller förhindrad intellektuell mognad som lätt kan tydas som utvecklingsstörning. Det är därför viktigt att man vid misstanke om utvecklingsstörning, speciellt vid allvarigare brott, där mera ingripande påföljder ifrågakommer, gör en mycket noggrann utredning.

Vid mindre allvarlig brottslighet torde i regel skyddstillsyn, eventuellt i förening med föreskrifter att vederbörande skall underkasta sig någon form av omsorg, vara en lämplig påföljd. Vid allvarigare brottslighet, särskilt om det är fråga om våldsbrott, bör man dock i allmänhet välja en påföljd, som, åtminstone initialt, innebär omhändertagande med kvarhållningsrätt. I enstaka fall, då lagöverträdaren är endast lindrigt utvecklingsstörd, bör frihetsberövande påföljder inom kriminalvården kunna ifrågakomma, om vid en samlad bedömning habiliteringsbehovet befinns bäst kunna tillgodoses inom sådan vårdform. Med hänsyn till att en utvecklingsstörd ofta har svårt att klara sig i fängelsemiljön och lätt blir utnyttjad av medinterner bör emellertid stor försiktighet iakttagas i detta hänseende. Vidare kan det någon gång förekomma att en utvecklingsstörd som lider av andra psykiska störningar, särskilt då psykos, lämpligast bör omhändertas i slutna psykiatrisk vård. I regel torde dock vård i specialistsjukhus eller vårdhem vara den lämpligaste påföljden för utvecklingsstörd som begått allvarigare brott. Som det ännu finns mycket få vårdhem som har möjlighet att bereda vård åt utvecklingsstörda med sociala anpassningssvårigheter torde för de flesta sådana fall för närvarande vård i specialistsjukhus vara det enda alternativet. Såsom utvecklas i kap. 6 kan man emellertid förvänta att resurserna i detta hänseende alltmera förskjuts från specialistsjukhus till särskilda vårdhem. Vilken av de två vårdformerna som passar bäst i det enskilda fallet måste avgöras med hänsynstagande till vederbörandes behov av särskild tillsyn i form av hög personaltäthet, säkerhetsföranstaltningar och resocialiserande åtgärder och de möjligheter att tillgodose dessa behov som kan finnas inom det egna landstinget eller närmaste institution utanför detta.

#### 7.4 Allmänt om de "jämställda"

Sinnessjuklagstiftningskommittén utgick i sitt förslag från att de psykiska utvecklingshämningarna kunde indelas i tre grupper, nämligen psykisk efterblivenhet (numera psykisk utvecklingsstörning), psykisk abnormitet

eller psykopati samt konstitutionellt betingade svaghetstillstånd. Kommittén förklarade att det var svårt och i vissa fall omöjligt att med säkerhet avgöra, om en person med avvikande egenskaper och personlighetsdrag skulle hänföras till psykopatgruppen eller ej. Avgränsningen såväl mot det normala som mot andra psykiska sjukdomar och utvecklingshämningar var ofta förenad med mycket stora svårigheter. Sinnessjuklagstiftningskommittén kunde dock inte finna att något annat begrepp än psykopati eller det därmed synonyma begreppet psykisk abnormitet stod till buds.

I yttrandena över kommitténs förslag kritiserades att kommittén använt begreppet psykisk abnormitet såsom synonymt med psykopati. Även andra typer av abnormtillstånd borde enligt remissinstanserna föras in under lagens tillämpningsområde, exempelvis sådant defekt- eller invaliditetstillstånd efter olika slag av hjärnsjukdomar eller hjärnsador, som ej var av den svårhetsgrad att det kunde betecknas såsom demens, men där förändringar i personligheten dominerade bilden. Departementschefen anslöt sig till den sålunda anförda kritiken. När stadgandet i 1 § andra stycket LSPV talar om "psykisk abnormitet, som icke är psykisk sjukdom eller utgörs av hämning i förståndsutvecklingen", avses i enlighet därmed även sådana defekter och invaliditetstillstånd som företer likhet med de psykopatiska tillstånden.

När BrB talar om "annan själslig abnormitet av så djupgående natur att den måste anses jämställd med sinnessjukdom", åsyftas därmed de abnormtillstånd, som avses med stadgandet i 1 § andra stycket LSPV, och dessutom vissa störningstillstånd, som i sistnämnda lag hänförs till psykisk sjukdom.

I den förut omnämnda, inom justitiedepartementet i anslutning till 1945 års reform utarbetade promemorian angavs såsom exempel på fall, som på grund av jämställdhetsregeln kunde medföra strafffrihet, bl. a. vissa undantagsfall av konstitutionell psykopati, om karaktärsanomalin var så uttalad att den måste sägas ständigt balansera på gränsen till det psykotiska. Vidare skulle till denna grupp kunna hänföras vissa psykiska defektstillstånd av djupgående natur, vilka orsakats av hjärnsador eller hjärnsjukdomar, ävensom vissa åldersförändringar inom gränsområdet till verklig senil demens.

På sätt framhållits i den i kap. 4 lämnade redogörelsen för hur gällande bestämmelser tillämpas brukar habitualtillståndet hos sådana psykiskt abnorma, som enligt LSPV skall jämföras med psykiskt sjuka, inte läggas till grund för intagning enligt LSPV:s vanliga intagningsregler. Däremot är det ej ovanligt att lagöverträdare som är psykiskt abnorma i LSPV:s mening efter förordnande av domstol överlämnas till sluten psykiatrisk vård. Abnormindikationen i LSPV kommer alltså ej annat än i undantagsfall till användning beträffande andra än sådana som begått brott.

På sätt också framgår av den lämnade redogörelsen för praxis har det i många av de av kommittén studerade fallen rörande lagöverträdare, vilka av domstol överlämnats till sluten psykiatrisk vård utan att de varit psykotiska, enligt kommitténs mening inte förelegat tillräckliga skäl att med stöd av LSPV:s vanliga intagningsregler, sådana dessa tillämpas i praxis, intaga lagöverträdaren till sluten psykiatrisk vård, oberoende av eget samtycke. Detta innebär med andra ord att sådan vård enligt kommitténs mening inte kan anses ha varit oundgängligen påkallad på grund av abnormitetens art och



grad. Detta gäller främst gruppen personlighetsstörda.

Att sluten psykiatrisk vård bereds personlighetsstörda som begått brott även i fall, där det enligt praxis inte föreligger tillräckliga medicinska skäl för intagning oberoende av eget samtycke, kan till en del förklaras av att e)-indikationen i LSPV, som avser farlighet för annans egendom m. m., gör det möjligt att till sluten vård överlämna en psykiskt abnorm lagöverträdare, även om abnormiteten annars inte skulle ha kunnat föranleda intagning med stöd av LSPV oberoende av eget samtycke. Denna indikation torde dock endast till en mindre del kunna förklara varför sådana psykiskt störda, som begått brott, kommit att intaga en särställning i vårdhänseende.

Förklaringen till att lagöverträdare som är personlighetsstörda överlämnats till sluten psykiatrisk vård även i fall, där abnormiteten enligt den praxis som nu tillämpas inte skulle ha föranlett intagning till sådan vård med stöd av LSPV, torde i många, kanske i de flesta fall, vara att det framstått såsom mera humant att det omhändertagande, som brottet ansetts påkalla, sker inom sjukvården. Det är att märka att dessa lagöverträdare på grund av sina personlighetsavvikelser haft behov av viss psykiatrisk behandling och av hjälp till social rehabilitering. Denna behandling och denna hjälp har ansetts kunna med större utsikt till framgång ges inom sjukvården. Så har i all synnerhet antagits vara fallet beträffande sådana psykiskt störda lagöverträdare, som visat anpassningssvårigheter vid tidigare fängelsevistelser.

Det är tydligt att personlighetsstörda lagöverträdare kommit att i praxis överlämnas till sluten psykiatrisk vård i vida större utsträckning än vad lagrådet avsåg i det utlåtande, som fick ett så avgörande inflytande på den slutliga utformningen av 1945 års reform. Lagrådet utgick från att brott som begicks av "psykopater" i allmänhet inte borde undantagas från straff. Endast personlighetsstörningar, som var jämförbara med sinnestillstånd som i andra fall oomtvistligt skulle utgöra grund för strafffrihet, såsom sinnessjukdom, borde medföra otillräcklighet. Avgörande borde enligt lagrådet vara huruvida gärningsmannen saknade förmåga att tillnärmelsevis fylla en plats i arbets- och samhällslivet.

Utvecklingen av praxis aktualiserar frågan om det kan anses meningsfullt och ändamålsenligt att till sjukhusvård överlämna personlighetsstörda lagöverträdare i den utsträckning som sker, och alltså även i fall där det inte föreligger tillräckliga medicinska skäl för intagning oberoende av eget samtycke enligt LSPV:s vanliga intagningsregler.

Kommittén har därför i en till de psykiatriska sjukhusen utsänd enquete bett överläkarna att yttra sig om behovet av abnormindikationen i LSPV och om BrB:s jämställdhetsregel. Svaren från överläkarna ger uttryck för de mest skiftande uppfattningar.

Många av överläkarna vill helt eller delvis upphäva jämställdhetsregeln och hänvisa psykiskt avvikande lagöverträdare till kriminalvården. Till stöd för denna mening har gjorts bl. a. följande uttalanden: Jämställdhetsbegreppet bör försvinna. Det är endast en etikett på annorlunda beteende (Krantz). – Gruppen jämställda bör avskaffas, eftersom dessa av såväl patienterna själva som vårdpersonalen uppfattas såsom icke sjuka. Sjukhusen bör inte fungera såsom fängelser (Lassenius). – Abnormitet kan ej på vetenskapliga grunder avgränsas från normalitet. Genom sitt störande beteende utgör psykopaterna ett stort problem för vårdarbetet. Förutom sedvanlig psykostabiliserande och sedativ medicinering av perifer betydelse är ingen psykiatrisk terapi tänkbar för

dem. Om de ibland tycks ha påverkats gynnsamt av sjukhusinternering, torde detta huvudsakligen stå i samband med disciplinär effekt (Franzén). – Abnormindikation medför svårigheter i behandlingen av det sjukhusklientel, för vilket de psykiatriska sjukhusen inrättats (Herner). – Avskaffa abnormindikationen så att dessa fall inte blir hopblandade med akuta psykoser, dementia patienter och åldringar på de psykiatriska sjukhusen (Jester). – Patienterna har inte på något sätt kunnat tillgodogöra sig den erbjudna vården och har inte heller under vården förbättrats (Myrstener, Rapp och Pålsson). – För vissa patienter har sjukhusbehandlingen knappast givit något resultat. Kriminalvård är en mera adekvat vårdform. Kriminalvården uppfattas av de flesta patienterna själva såsom riktigare. Än flera skulle föredra kriminalvård, om man där kunde få besök av psykiatriker. Huvudparten hör hemma inom kriminalvården (Nyman och Walinder). – Abnormindikationen borde ej användas i 9 av 10 jämställdhetsfall för att överföra en person från kriminalvård till psykiatrisk vård. Inom sjukvården har man ej bättre metoder och resurser för att behandla psykopater än inom kriminalvården. Karsudden och andra specialsjukhus borde kunna anlitas utan att föra över folk från kriminalvård till sjukvård (Gammer). – Diagnosen *persona pathologica* bör inte kunna läggas till grund för tvångsmässigt omhändertagande inom sjukvården. Endast om de avvikande personlighetsdragen lett till eller komplicerats med psykisk sjukdom bör omhändertagande få ske så länge sjukdomen varar (Kettner).

Många, måhända de flesta, av överläkarna, har emellertid yppat betänkligheter mot att avskaffa abnormindikationen i LSPV, i varje fall i dess helhet.

Till stöd för ett bibehållande av abnormindikationen har anförts bl. a.: Abnormindikationen bör vara kvar. Eljest är det svårt att med stöd av LSPV bereda vård åt uppenbart vårdbehövande (Wall-Karlsson). – Indikationen är nödvändig för att kunna omhänderta de svåraste fallen av psykisk abnormitet inklusive defektstillstånd efter hjärnskador (Olzon). – I regel är det endast mentalsjukhusen som har resurser för att ta hand om jämställdhetsfallen. Vården har en social rehabilitering som huvudinnehåll (Reimer). – Vården av psykopater är dels en samhällspreventiv vård och dels en humanitär vård. Aggressivitet och ångest kan behandlas adekvat på sjukhusen än på en fångvårdsanstalt, bl. a. därför att man vid en anstalt av sistnämnda slag inte får tillföra psykofarmaka med tvång (Eklund).

Det är emellertid tydligt att många överläkare förespråkar en begränsning av de abnormfall som nu hänförs till sjukhusvård. I sådant hänseende är följande uttalanden av intresse: Intagning på sjukhus bör endast ske, när det finns möjlighet att behandla ett psykiskt insufficienstillstånd (Landergrén). – En mindre grupp av jämställdhetsfallen är i behov av sjukhusvård. För att behandlingsbehov skall anses föreligga skall abnormiteten vara tillgänglig för medikamentellt, psykologiskt eller socialt rehabiliterande behandling inom de ramar sjukhusen har resurser för. Jämställdhetsregeln bör begränsas till sådan abnormitet som är tillgänglig för psykiatrisk behandling (Nyman och Walinder). – Till sjukvård skall hänvisas endast de, vilkas beteenderubbingar är påverkbara med övliga psykiatriska behandlingsmetoder. Abnormindikationen är främst avsedd för att skydda samhället mot psykiskt avvikande och i sådant hänseende ett uttryck för ett mera humant omhändertagande av människor för vilka ett straff är alltför påfrestande eller meningslöst ur individualpreventiv synpunkt (Weberitsch). – Behandlingsbehov till korrektion av abnormt beteende kan sägas föreligga, när det finns möjlighet att påverka beteendet genom psykoterapi, farmacoterapi eller beteendeterapi. En del av *persona pathologica*-fallen skapar problem för medpatienter och personal (Weimer). – Behandlingsbehovet skall vara medicinskt och inte socialt betingat (Sandahl). – Behandlingsbehovet bör anknytas mera till det aktuella störningstillståndet än till en diffus personlighetsdiagnostik (Hasselberg). – Av 15 till S:t Jörgen hänvisade *persona pathologica*-fall var 7 inte i behov av sjukhusvård. Av övriga jämställdhetsfall var 3 inte i behov av sjukhusvård (Kiszakiewicz). – Narkotikamissbruk och psykotiska symtom medför behov av sjukhusvård under kortare eller längre tid. En inom kriminalvården upprepade gånger omhändertagen person har på grund av



tillkommet narkotikamissbruk bedömts såsom jämställd. Då han kommer till sjukhuset har han under lång undersökningsperiod blivit avgiftad. Sjukhuset kan då ej göra något annat än att planera för utskrivning. Men denna fördröjs av säkerhetsrisker (Jönsson).

I ett enquetesvar (Wall-Karlsson) framhålls att det är lättare att avgöra om vårdbehov föreligger än att ta ställning till huruvida psykisk sjukdom eller abnormitet är grunden för vårdbehovet.

Hur de "jämställda" lagöverträdarna i framtiden bör behandlas i straffrättsligt hänseende är otvivelaktigt ett spörsmål som ger utrymme för olika meningar. Det är, på sätt framgår av enquetesvaren, tydligt att många erfarna överläkare är kritiskt inställda till det sätt, varpå frågan lösts i nu gällande bestämmelser. Denna inställning torde ha sin förklaring i att det sätt, varpå bestämmelserna tillämpats, anses alltför ofta ha lett till att psykiskt avvikande lagöverträdare överlämnats till sluten psykiatrisk vård utan att detta varit påkallat av tillräckliga medicinska skäl. Psykiatriska behandlingsmetoder har t. ex. ej varit meningsfulla och ett omhändertagande av humanitära skäl (såsom vid schizofrena eller organiska defekttillstånd) har ej varit behövligt. Den i kap. 4 lämnade redogörelsen för hur gällande bestämmelser tillämpats ger otvivelaktigt belägg för en sådan uppfattning.

När det från denna synpunkt gäller att bedöma om bestämmelserna och den praxis, som utbildat sig vid tillämpningen av dem, kan anses ändamålsenliga eller eljest motiverade, måste man, såsom inledningsvis påpekats (se s. 203), hålla i minnet att de omständigheter, dvs. de psykiska störningar, som enligt 33:2 BrB medför förbud mot ådömande av frihetsberövande påföljd inom kriminalvården, inte sammanfaller med vad som enligt 31:3 BrB är en förutsättning för överlämnande till sluten psykiatrisk vård. Detta kan medföra svårigheter vid bedömningen. Är brott som begåtts under inflytande av psykisk störning grovt, är domstolarna av förklarliga skäl inte benägna att välja en påföljd, som inte innefattar ett omhändertagande av lagöverträdaren. Domstolens påföljdsval kommer då rent faktiskt att begränsas till sluten psykiatrisk vård eller frihetsberövande påföljd inom kriminalvården.

I en sådan situation är det helt naturligt att undersökningsläkaren och sedermera domstolen kan i tveksamma fall vara benägna att bedöma viss psykisk störning vara så allvarlig, att den omfattas av förbudet mot frihetsstraff, ävensom att anse behovet av vård på grund av störningen vara så starkt, att ett överlämnande till sluten psykiatrisk vård kan ske. Så är i all synnerhet fallet, om lagöverträdaren uppfattas såsom alltför psykiskt skör för att uthärda ett långvarigt fängelsestraff eller om eljest starka humanitära skäl talar mot en sådan påföljd. Kommittén har också vid sina fallstudier uppmärksammat många fall, där ett överlämnande till sluten psykiatrisk vård skett, men där det enligt kommitténs mening framstått såsom uppenbart att vårdbehovet inte haft den styrka att vård kunnat åvägbringas med stöd av LSPV:s vanliga intagningsregler.

## 7.5 Personlighetsstörningar

Om lagöverträdaren vid tiden för brottet var *psykotisk* och om tillståndet ej förändrats före domen, torde – som förut nämnts – frihetsstraff enligt

gällande lag inte kunna ifrågakomma och förutsättningar för överlämnande till sluten psykiatrisk vård nästan alltid vara för handen. Tillämpningen av bestämmelserna i 33:2 och 31:3 BrB i fråga om brott som begåtts under inflytande av psykos har därför inte mött svårigheter eller föranlett oenhetlig praxis eller önskemål om ändrade bestämmelser.

Beträffande brott som begåtts under inflytande av psykisk abnormitet i LSPV:s mening är förhållandet ej sällan annorlunda. Särskilt beträffande personlighetsstörda – i kommitténs mening – uppstår ej sällan betydande problem.

En förutsättning för överlämnande till sluten psykiatrisk vård såsom brottspåföljd är enligt 31:3 BrB, såsom förut nämnts, att den som begått brott kan beredas sådan vård med stöd av LSPV. Detta innebär på grund av bestämmelserna i sistnämnda lag att sådan vård – alldeles oberoende av brottet – framstår såsom oundgängligen påkallad med hänsyn till abnormitetens art och grad och till någon av de i lagen angivna specialindikationerna. Under förarbetena till LSPV framhölls att möjligheterna att bereda en sjuk sluten psykiatrisk vård oberoende av eget samtycke krävde som komplement att han kunde få adekvat vård. I annat fall skulle vistelsen på sjukhuset få karaktär av skyddsförvaring och möjligheterna till utskrivning avsevärt försämrats.

Möjligheten att inom den psykiatriska vårdorganisationen ge effektiv behandling åt en personlighetsstörd är alltså en faktor som måste tagas med i bedömningen av brottspåföljden.

Av den i 1 kap. lämnade redogörelsen för de psykiska störningarna och behandlingen av dem framgår att möjligheterna att verksamt behandla sådana personlighetsstörningar, som omfattas av "abnormindikationen" i LSPV, är begränsade. Farmakoterapi är indicierad endast vid tillfälliga insufficienser: Vad som stundom synes ha lett till förbättring av social anpassning är miljöterapeutiska åtgärder kombinerade med arbetsträning, yrkesutbildning och sociala åtgärder av olika slag. Någon tillförlitlig utvärdering av resultatet av behandlingen av personlighetsstörningar, på vilken några säkra slutsatser om deras behandlingsbarhet kan dragas, synes dock inte föreligga. De behandlingsmetoder, som kommer till användning vid personlighetsstörning, kräver emellertid att vederbörande är eller kan bli motiverad att aktivt delta i behandlingen. Det är naturligt nog svårare att få en dylik medverkan till stånd, om patienten blivit tvångsmässigt omhändertagen.

Många, kanske de flesta, av de lagöverträdare, som av domstol överlämnats till sjukhusvård på grund av personlighetsstörning, upplever ej något behandlingsbehov, eftersom de uppfattar sig som ej sjuka. Det är med hänsyn härtill förståeligt att de ofta inte vill acceptera en vård som påtvingas dem och följaktligen ej heller kan tillgodogöra sig densamma.

I många rättspsykiatriska utlåtanden anförs dock såsom motiv för ett överlämnande till sluten psykiatrisk vård att lagöverträdaren på grund av personlighetsstörningar är i behov av psykiatrisk terapi. När domstol dömer en lagöverträdare med personlighetsstörningar kan den alltså komma att utgå från förefintligheten av behandlingsmöjligheter som senare visar sig ej vara för handen.

Sjukvården saknar vidare i stor utsträckning resurser för en rationell



eftervård, där anpassningen till livet ute i samhället sker stegvis: Vid försöksutskrivning får patienten i regel inte den tillsyn och det stöd han uppenbarligen behöver. Bl. a. därför misslyckas den ofta med återfall i brott som följd.

Kommittén har vid de undersökningar, för vilka redogjorts i kap. 4, funnit ett stort antal fall, där vårdtiden för straffriförklarade eller domstolsöverlämnade lagöverträdare, vilka på grund av personlighetsstörningar bedömts såsom jämställda, varat mycket länge utan att den behandling de undergått haft någon synbar effekt på deras tillstånd. Dessa patienter har i stor utsträckning i samband med försöksutskrivningar och rymningar återfallit i missbruk och brott och därefter återförts till sjukhuset. Ofta avser dessa återfall egendomsbrott för att få pengar till uppehälle, alkohol eller narkotika.

Av de förut återgivna fallbeskrivningarna må nr 2, 3 och 5 återopas såsom belysande exempel på fall med långa vårdtider, där patienterna inte kunnat tillgodogöra sig den psykiatriska behandling som sjukvården kunnat erbjuda och där psykoterapi och resocialiserande åtgärder inte haft någon påvisbar effekt. I fall 2 som avser en man med svåra personlighetsstörningar och anpassningssvårigheter och där vårdtiden uppgått till 12 år har man på sjukhuset inte heller kunnat förhindra alkohol- och narkotikamissbruk och brott i samband med rymningar. Även fall 3 är exempel på ett fall, där sjukhuset under en vårdtid, som varat över 10 år, inte kunnat hindra ideliga brottsrecidiv och missbruk av alkohol och centralstimulantia, som tilltagit under vårdtiden. Fall 5 avser en man, E., som på grund av personlighetsstörning bedömts såsom jämställd och överlämnats till sjukvården, oaktat han efter en tidigare sjukhusvistelse av vederbörande överläkare bedömts såsom otillgänglig för psykiatrisk terapi och trots att denne läkare ansåg det meningslöst att återföra E. till sjukhuset. Under en därpå följande 15-årig vårdtid visade det sig att nyssnämnda bedömning var såtillvida riktig, att vården inte hade någon påvisbar inverkan på E:s psykiska särdrag och att han i samband med rymningar fortsatte sin asociala livsföring. Vid ny rättspsykiatrisk undersökning i anledning av brott under vårdtiden hävdades t. o. m. att den långvariga sjukhusvistelsen medfört anstaltsskada av beskaffenhet att böra jämföras med sinnessjukdom.

Ett tvångsmässigt kvarhållande i slutna vård av en personlighetsstörd även efter det att det visat sig, att han inte är tillgänglig för psykiatrisk terapi, kan i regel inte anses betingat av medicinska eller socialmedicinska skäl. Det sker i realiteten i syfte att förebygga fortsatt brottslighet, men ges sken av sjukvård. Detta framstår som betänkligt. Det har på läkarhåll ifrågasatts om inte det behov, som kan finnas av att kunna på obestämd tid omhändertaga en personlighetsstörd lagöverträdare, i stället borde tillgodoses inom kriminalvården genom internering (jfr kap. 6 s. 198). Detta är emellertid en fråga som torde komma att övervägas i samband med en inom justitiedepartementet planerad utredning om och i så fall i vilken utsträckning interneringsinstitut bör bibehållas. Frågan bör därför inte upptagas av denna kommitté. Vissa aspekter på frågan kommer dock att beröras i olika sammanhang.

Långa vårdtider framstår såsom betänkliga även med tanke på risken för hospitaliseringsskador till följd av långvarigt, passiviserande frihetsberövande.

Den allmänna sjukvården måste givetvis vara beredd att på lika villkor tillhandagå alla, som är i behov av psykiatrisk vård, oavsett om de begått brott eller inte. Av redogörelsen för praxis framgår emellertid att den psykiska störningen hos lagöverträdare, som efter domstolsförordnande överlämnats till sluten psykiatrisk vård och som de psykiatriska sjukhusen varit skyldiga att mottaga, i många fall inte varit av sådan art och grad att sluten psykiatrisk vård oberoende av eget samtycke kunnat beredas med stöd av LSPV:s vanliga intagningsregler. Detta är otvivelaktigt ägnat att motverka att sjukvårdens resurser utnyttjas på det mest effektiva sättet. De domstolsöverlämnade blockerar – ofta för lång tid – platser, som kunnat ur medicinsk synpunkt utnyttjas bättre. Detta är givetvis till förfång för dem, som eljest skulle ha kommit i åtnjutande av vård. Härtill kommer att omhändertagandet inom sjukvården av lagöverträdare, som dit överlämnats av domstol på grund av personlighetsstörningar, i stor utsträckning medför behov av särskilda skydds- och säkerhetsåtgärder. Sådana åtgärder verkar hindrande på den psykiatriska sjukvårdens utveckling i riktning mot en mera öppen och tvångsfri behandlingsmiljö. Omhändertagandet av personlighetsstörda medför på grund av deras ofta asociala beteenden svårigheter vid behandlingen av övriga patienter. De psykiatriska sjukhusens uppgifter bör så långt möjligt anpassas till den klientel, för vilket sjukhusen huvudsakligen är avsedda och inte efter de särskilda problem som kriminellt belastade personlighetsstörda ofta erbjuder. En numerärt liten patientgrupp tar på detta sätt en oproportionerligt stor del av sjukhusens resurser i anspråk utan att vården av dem kan anses medicinskt meningsfull.

För sjukvårdens del skulle det därför vara till fördel, om överlämnandet av personlighetsstörda lagöverträdare till sluten psykiatrisk vård begränsas till fall, där förutsättningar för intagning till sådan vård föreligger med stöd av LSPV:s vanliga intagningsregler, dvs. till fall, där vårdbehovet framstår såsom oundgängligt med hänsyn till störningens art och grad och till någon av de under a–d) i 1 § LSPV angivna indikationerna.

Vid bedömningen av frågan om vad som kan anses mest ändamålsenligt med avseende på den straffrättsliga behandlingen av personlighetsstörda lagöverträdare kan man emellertid inte bortse från orsaken till att praxis utvecklats på sätt som skett efter 1945. När undersökningsläkarna rekommenderat sluten psykiatrisk vård av personlighetsstörda även i fall, där sådan vård inte kan anses medicinskt indicerad enligt den praxis som eljest råder vid tillämpningen av LSPV, har valet av påföljd bestämts – förutom av en måhända alltför stor optimism i fråga om möjligheterna att behandla dem – främst av humanitära hänsynstaganden. I många fall har såsom förut nämnts skälet till överlämnandet till sluten psykiatrisk vård varit, att lagöverträdaren på grund av sin psykiska störning ansetts för skör för att kunna uthärda ett måhända långvarigt frihetsstraff. Man har befarat allvarliga insufficiensreaktioner, eventuellt reaktiva psykoser som följd av ett fängelsestraff. Det är också tydligt att det omhändertagande av en psykiskt avvikande, som framstått såsom oundvikligt på grund av brott, ej sällan ansetts kunna ske på ett för lagöverträdaren mera humant och ändamålsenligt sätt inom sjukvården än inom kriminalvården. Det kan t. ex. inte råda någon tvekan om att tillfälliga insufficiensstillstånd hos en abnorm kan behandlas mera adekvat på sjukhus än på kriminalvårdsanstalt. Med hänsyn



till de långa vårdtider, som förekommit vid omhändertagande inom sjukvården av personlighetsstörda, kan det emellertid diskuteras huruvida ett överlämnande till sluten psykiatrisk vård under obestämd tid alltid är mera humant än ett – ofta kortvarigare – frihetsberövande inom kriminalvården.

Om överlämnande av personlighetsstörda lagöverträdare till sluten psykiatrisk vård begränsas i överensstämmelse med de av kommittén antydda riktlinjerna kommer kriminalvården att få ta hand om flera sådana personer än nu. Frågan är då hur detta skall kunna ske utan att tillbörliga humanitära hänsyn åsidosättes.

Otvivelaktigt har de personlighetsstörda lagöverträdare, som vid en reform av jämställdhetsregeln skulle komma att dömas till frihetsberövande inom kriminalvården, ett inte oväsentligt större behov av psykiatrisk tillsyn och behandling än andra som döms till sådan påföljd. Det är sålunda vanligt att personlighetsstörda vid insufficienser till följd av påfrestningar eller eljest kommer i behov av psykiatrisk hjälp. En förutsättning för en ändring av nuvarande praxis med avseende på gränsdragningen mellan kriminalvård och sjukvård är givetvis att nysnämnda behov kan tillgodoses utan hinder av att vederbörande dömts till frihetsberövande inom kriminalvården.

Det är härvid uppenbart, att det åtminstone under en lång tid framåt inte är möjligt att bygga ut kriminalvårdens egna resurser för psykiatrisk sjukvård i sådan mån, att kriminalvården själv kan bereda ett ökat antal psykiskt störda lagöverträdare erforderlig vård. En sådan utbyggnad är för övrigt varken önskvärd eller lämplig. Redan i 1945 års proposition framhölls att det inte kunde anses ändamålsenligt att inom fångvården skapa en fullt utvecklad, med sinnessjukvården sidoordnad organisation för vård av psykiskt abnorma.

Enligt kommitténs mening bör de fängelsedömdas behov av psykiatrisk sjukvård kunna tillgodoses genom den ökade flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård som kommittén förordat. En oeftergivlig förutsättning för ett ökat omhändertagande inom kriminalvården av psykiskt abnorma lagöverträdare är dock, att nämnda flexibilitet mellan kriminalvården och sjukvården inte stannar vid några allmänna uttalanden häröf, utan att det tillskapas en ordning som innefattar säkerhet för att en intagen kan vid behov utan dröjsmål överföras till psykiatriskt sjukhus för vård under erforderlig tid (se närmare härom s. 191). Överföringarna skall kunna ske med stöd av ansökan enligt LSPV eller genom frivillig intagning. Behovet av psykiatrisk konsultverksamhet vid kriminalvårdsanstalterna förutsättes skola i huvudsak kunna tillgodoses av läkare vid den rättspsykiatriska organisation, som kommittén föreslår i annat sammanhang (se s. 342), sedan organisationen blivit i erforderlig grad utbyggd.

För sjukvården skulle ett ökat omhändertagande inom kriminalvården av psykiskt abnorma lagöverträdare och en ökad flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård alltså innebära, att sjukvårdens befattning med sådana lagöverträdare begränsas till vad som kan anses påkallat av strikt medicinska skäl och att sjukvården befrias från en väsentlig del av den skyddsförvaring, som den nu betungas av.

Att överlämnandet till sluten psykiatrisk vård av personlighetsstörda lagöverträdare begränsas på detta sätt kan från humanitär synpunkt inte

betraktas såsom ett steg tillbaka i utvecklingen. Det är för övrigt att märka att avsikten vid 1945 års reform var att dra gränsen mellan fångvård och sinnessjukvård så att till sinnessjukvården skulle hänföras endast sådana psykiskt abnorma lagöverträdare, beträffande vilka det medicinska vårdbehovet var så framträdande, att sinnessjukvård framstod som det mest rationella. Utvecklingen inom kriminalvården har därefter präglats av strävanden att tillgodose behovet av resocialiserande åtgärder och utbildning av dem som omhändertagits inom kriminalvården, och av ett ökat hänsynstagande i övrigt till de intagnas behov och utvecklingsmöjligheter. Ett vidsträcktare omhändertagande av personlighetsstörda lagöverträdare inom kriminalvårdens ram än som följer av den praxis som nu tillämpas är därför med den inriktning kriminalvården numera har inte ägnat att inge betänkligheter ur humanitär synpunkt.

Utgångspunkt för en revision av gällande bestämmelser i denna del bör därför vara att förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård såsom brottspåföljd begränsas till sådana fall, där den psykiska störningen är av sådan art och grad att lagöverträdarens omhändertagande inom sjukvården tveklöst framstår såsom påkallat av medicinska skäl. Det torde inte vara möjligt att i lagtext precisera vilka störningstillstånd som skall medföra hinder mot frihetsstraff eller vilka som skall kunna hänvisas till sjukhusvård på sådant sätt, att någon tvekan om hur ett visst fall skall bedömas inte kan uppkomma. Detta torde inte heller vara önskvärt. Det är fastmera av vikt att lagbestämmelserna utformas på ett sådant sätt, att de ger undersökningsläkaren och domstolen möjlighet att göra bedömningen på grundval av alla relevanta faktorer.

I verkligheten är det också ovanligt att ett brottsligt beteende är betingat endast av en personlighetsstörning. Mycket ofta är denna störning förenad med missbruk av alkohol och/eller narkotika, vilket komplicerar bilden. Det är inte heller ovanligt med hjärnskadebetingade psykiska störningar, sekundära till ett missbruk eller av andra orsaker.

Vissa typer av personlighetsstörning kan dock i sig vara anledning till att lagöverträdaren överlämnas till psykiatrisk vård. Detta gäller t. ex. vissa s. k. schizoida personer, som verkligen kan sägas ständigt balansera på gränsen till psykos. Det gäller också vissa paranoida personer, som utan att vara klart psykotiska dock är höggradigt psykiskt störda och en del konstitutionellt hypomana personer. Däremot är en någorlunda okomplicerad psykopati (i inskränkt mening) inte tillräckligt skäl till särbehandling. Närmast följande fallbeskrivning exemplifierar en svår personlighetsstörning, som i framtiden borde kunna föranleda andra påföljder än överlämnande till sluten psykiatrisk vård.

#### *Fall 21*

Detta fall avser en man, D., som 1960 vid 25 års ålder straffriförklarades på grund av ett jämställdhetstillstånd och intogs på mentalsjukhus. Diagnosen var psychopathia gravis. – D. är uppvuxen under mycket svåra sociala förhållanden. I skolan vantrivdes han och hade dåliga betyg, vilket dock ej var uttryck för bristande begåvning. Efter skolan yrkesarbetade han ett tag med växlande skötsamhet. Vid 18 års ålder intogs han på ungdomsvårdsskola. Han var där svårangepassad och odisciplinerad och beskrevs som hysterisk med inslag av storhetsmani, tidvis hotfull med benägenhet att demolera



föremål, när något tog emot. Vid några tillfällen gjorde han sig skyldig till våldtäktsförsök mot små flickor. På grund av oro och svårskötthet överfördes han till mentalsjukhus. Tillståndet här var likartat, med affektuppladdning och övervärdering av egna prestationer. Han hade upprepade försöksutskrivningar som misslyckades på grund av social misskötsamhet med bl. a. egendomsbrott. Han åtalades och underkastades vid 22 års ålder rättspsykiatrisk undersökning. I densamma beskrevs han som intellektuellt genomsnittlig med ett habituellt förhöjt stämningsläge. Han uppfattades ej som psykiskt sjuk och symtom på hjärnskada framkom ej. Ur rehabiliteringssynpunkt bedömdes prognosen som gynnsam. Abnormiteten ansågs ej vara av sådan art att den kunde jämföras med sinnessjukdom. Han erhöll villkorlig dom men dömdes senare till frihetsstraff för nya stölder. – I den rättspsykiatriska undersökning som föregick domen 1960 beskrevs D. som en grav psykopat med övervägande drag av hållningslöshet, mytomani, uppladdningstendens och aggressivitet. Det konstaterades att han under fängelsevistelserna visat dålig anpassning och ständigt utgjort problem och efter avtjänat straff glidit in i en asocial tillvaro. De brott han åtalats för var enligt undersökningsläkaren direkt betingade av hans själsliga abnormitet. Han hade manifesterat oförmåga att anpassa sig till arbets- och samhällslivet. Hans psykopati bedömdes som jämförbar med sinnessjukdom. Den resocialiseringsprocess som han var i behov av ansågs endast kunna genomföras på någon av specialavdelningarna vid mentalsjukhusen. – D. överfördes 1960 till psykiatrisk vård och är alltjämt i vård. Praktiskt taget hela vårdtiden har han vistats på en specialavdelning. Han har haft 19 försöksutskrivningar och dessutom avvikit 7 gånger. Han har vid 6 tillfällen begått nya egendomsbrott. Under vårdtiden har han i stort sett varit medicinfri.

D:s sociala situation är efter en mera än 15-årig vårdtid densamma som vid intagningen. Den långvariga vården synes inte ha minskat asocialitetsdragen hos D. Man kan inte undgå intrycket att vården av D. haft karaktär av ett omhändertagande, som inte varit betingat av medicinska skäl utan av säkerhetsskäl. Om e)-indikationen i LSPV inte funnits, torde D. enligt kommitténs mening inte ha kunnat under 15 år kvarhållas i slutna psykiatrisk vård. I ett fall sådant som D:s bör i framtiden ett socialt träningsprogram upprättas och genomföras i samråd med pedagogisk, psykologisk och social sakkunskap. Ett sådant program kan minst lika väl genomföras även om vederbörande döms till fängelse och utan samband med sjukhusvistelse. När det gäller en höggradigt störd person, bör dock målet för rehabiliteringssträvandena inte sättas alltför högt.

## 7.6 Psykoorganiska syndrom

Psykoorganiska syndrom varierar i svårhetsgrad från uttalade demenser, som inräknas i gruppen psykoser, till lätta och för den rättspsykiatriska bedömningen betydelselösa störningar. För bedömningen är det inte konstaterandet av en hjärnskada i och för sig, som är av vikt, utan arten och graden av de psykiska störningar, som den förorsakat. Detta bör framhållas bl. a. därför, att det i svensk rättspsykiatri funnits en tendens att diagnostisera "hjärnskador" på mycket lösa grunder och enbart på basen av denna diagnos föreslå straffrihet och eventuellt överlämnande till slutna psykiatrisk vård. Det är dock inte endast demenser, som bör föranleda att en lagöverträdare icke bör dömas till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården. Sådan påföljd bör inte heller – även om de psykiska symtomen är relativt lindriga – ådömas, då

man konstaterat en progressiv hjärnsjukdom med dålig prognos, t. ex. en tidig senil eller presenil demens och vid vissa fall av arteriosclerosis cerebri. Det sagda gäller vidare då man kan konstatera ett klart samband mellan hjärnskadorna och det kriminella beteendet, t. ex. vid uppenbart omdömeslösa handlingar av en person med diagnostiserad pannlobsskada och vid våldshandlingar som resultat av en emotionell uppladdning hos vissa, ofta "ixoida" hjärnskadade. Mera svårbedömda är handlingar, inte sällan våldshandlingar, som begåtts av hjärnskadade under alkoholpåverkan. Vid bedömningen måste beaktas att hjärnskadade mycket ofta visar alkoholtolerans och patologiska reaktioner vid alkoholförtäring, även om tillståndet inte kan betecknas som ett "patologiskt rus" (se s. 110).

Kommittén avser inte att i detalj ange i vilka fall, som psykoorganiska symtom bör föranleda att lagöverträdaren icke ådömes frihetsstraff, och i vilka fall han bör överlämnas till slutna psykiatrisk vård. För ställningstagandet erfordras icke blott konstaterandet av en hjärnskada och de av denna orsakade förändringarna utan även en bedömning av individen och den aktuella situationen i dess helhet. Varken rättspsykiatrerna eller domstolarna bör alltså vara bundna av alltför detaljerade föreskrifter.

Kommittén vill illustrera sin uppfattning med ett par exempel; ytterligare några ges i avsnitt 7.8.

### *Fall 22*

Detta fall avser en man, K., som vid 25 års ålder dömdes för grov stöld att överlämnas till slutna psykiatrisk vård. Diagnosen var "tidig karaktärsstörning + alkohol- och narkotikamissbruk + hjärnskada". – K. är född utom äktenskapet och växte upp hos mor och adoptivfar. Denne beskrivs som alkoholiserad samhällskverulant. I påverkat tillstånd misshandlade han ofta hustrun. Spänningen i hemmet var djup och traumatiserande. K. utvecklades normalt men var svårfostrad och rastlös. Han upplevde sig vara utanför familjegemenskapen och minns uppväxtåren med bitterhet. I 7-årsåldern blev han sparkad av en häst och fick en mycket allvarlig skallskada – en komplicerad frontal skallfraktur – med flera timmars medvetslöshet. Vid 22 års ålder ådrog han sig vid en mc-olycka en ny allvarlig skallskada. Man tvingades då att göra en vänstersidig pannlobresektion. Han har sedan dess haft epileptiska anfall, speciellt i samband med alkoholmissbruk. K. hade svårt att följa med i skolan och överfördes i 11-årsåldern till hjälpklass. Han hade kamratsvårigheter, skolkade ofta och beskrevs som opålitlig och ombytlig. Det hände att han handgripligen angrep lärarinnan. I 13-årsåldern började han sniffa. Ungefär samtidigt debuterade kriminaliteten. Han gjorde sig skyldig till upprepade stölder. Han placerades en tid på anstalt för sinnesslöa men härifrån rymde han. Alkoholdebuten skedde vid 16 års ålder och sedan 19 års ålder har han varit intravenös missbrukare av centralstimulantia. Han har tålt sprit allt sämre och anfallsfrekvensen har ökat i samband med alkohol. Sedan flera år har han haft en tämligen regelbunden och tidvis mycket bra kontakt med alkoholpoliklinik. I dess journal finns antecknat att han i samband med alkoholförtäring förlorar minnet och då lätt får raseriutbrott. – K. fick sin första dom vid 19 års ålder. Han blev före densamma rättspsykiatriskt undersökt och bedömdes som ett gränsfall. Skyddstillsyn ansågs mest lämpligt men ny undersökning föreslogs vid förnyad brottslighet. K. recidiverade redan efter någon månad och dömdes till ungdomsfängelse. Han har sedan dess gjort sig skyldig till upprepade egendomsbrott. Arbetsmässigt har K. fungerat dåligt. Han har haft okvalificerade anställningar, från vilka han som regel fått goda vitsord men slutat efter kort tid, när uthållighet saknats. – Vid den sista rättspsykiatriska undersök-



ningen kunde man såväl kliniskt som testmässigt verifiera allvarliga följder av hjärnskadan. Intellectuellt fungerade han inom normalzonen med en intelligenskvot omkring 90. K. uppvisade explosionsbenägenhet och alkoholintolerans. Hans något slappa och sorglösa fasad överensstämde med ett s. k. frontallobssyndrom. Hjärnskadan ansågs stationär. Vid fortsatt giftmissbruk fanns risk för allvarlig försämring av densamma. – K. intogs på mentalsjukhus efter drygt 4 månaders vistelse på rättspsykiatrisk klinik. Han var vid intagningen lugn och ordnad och kontakten med honom beskrevs som mjuk och öppen. Han betecknades som impulsstyrd och emotionellt flack och oengagerad i annat än stundens problem. Han pendlade mellan självförhåvelse och självunderskattning. Han hade goda föresatser att sluta med narkotika. När det gällde alkoholen var det dock mer tveksamt. Någon riktig insikt i de skadliga effekter alkoholen hade på hans hjärnsjukdom gick ej att bibringa honom. Han använde en del alkohol under permissionerna om än ej i överdriven mängd. K. tog dock själv kontakt med socialläkare för att efter utskrivningen få alkoholpreventiv behandling. Han visade mycket god vilja till social rehabilitering men det ansågs dock tveksamt om hans uthållighet skulle räcka till. Han utskrevs efter cirka 2 månaders vårdtid. Hans sociala situation var då tillfredsställande. Man skrev en remiss till den läkare, som K. skulle ha kontakt med och bad honom återremittera K. vid försämring. Det framhölls i remissen ". . . kontroll och stöd av en kurator eller socialassistent torde vara en nödvändighet, om patienten skall ha en chans att rehabilitera sig socialt. Tyvärr saknar vi resurser att stå för detta stöd".

Med hänsyn till K:s mycket allvarliga hjärnskada, som tydligen medfört intellektuell reduktion och grava personlighetsförändringar, vilka bl. a. lett till asocialitet, är detta ett klart fall för sjukvården. K. är exempel på den grupp personer som visar en kretsgång mellan kriminalvård, rättspsykiatri, mental-sjukhusvård, socialvård och nykterhetsvård utan att någondera lyckats hjälpa honom till en mera adekvat livsföring. Fallet belyser vikten av en väl fungerande samordning mellan dessa olika instanser. K:s fall belyser också nödvändigheten av att man även inom sjukvården har resurser att genomföra adekvata vårdprogram för personer med sociala missanpassningsproblem.

### Fall 23

N. är en man som år 1973 vid 40 års ålder dömdes för grov stöld och narkotikaförseelse att överlämnas till fortsatt sluten psykiatrisk vård. På sjukhuset vårdades han under diagnosen narcomania. – N. växte upp under goda förhållanden i ett ordnat arbetarhem. Han genomgick folkskola med medelmåttiga betyg. Vid 16 års ålder arbetade han en tid till sjöss. Vid denna tid grundlades hans spritmissbruk. Han hade därefter olika anställningar med goda vitsord. I anledning av rymning från militärtjänstgöring, blev han psykiatriskt undersökt och betecknades som psykastenisk, vek, sensibel, gravt neurotiserad och straffoemottaglig. Han blev frikallad. N:s alkoholmissbruk blev alltmer avancerat. Hans levnadsbana kan från denna tid betecknas som helt asocial. Sin första dom fick han efter att ha gjort sig skyldig till rån. Under de följande åren recidiverade han upprepade gånger i kriminalitet. På fängvårdsanstalter beredde han stora disciplinivårigheter. Under perioder i frihet kunde han för kortare tider sköta ett arbete tillfredsställande, men gick ofta arbetslös. Senare upphörde han att arbeta. Så småningom började han använda centralstimulerande medel även intravenöst. Vid en s. k. liten sinnesundersökning 1961 fann man klassiska symtom på etablerad alkoholskada och han betecknades som en känslö- och viljemässigt avflackad kronisk alkoholist med ovis prognos. År 1962 vårdades han första gången på mentalsjukhus. Diagnosen var alcoholismus chronicus. Därefter har han undergått ett successivt ökat psykiskt och socialt förfall, varvid han periodvis uppvisat grovpsykotiska symtom med

hörselhallucinos och förföljelseidéer och även depressiva skov. Sedan 1967 har han haft upprepade vårdperioder på mentalsjukhus under diagnosen narcomania (psykostimulantia). Vid en undersökning 1969 konstaterades en såväl kliniskt som testmässigt verifierad hjärnskada med betydande minnesdefekter. Vid en rättspsykiatrisk undersökning i februari 1970 konstaterades att han led av en mycket allvarlig psykiisk störning med latent hallucinos, paranoida föreställningar, misstänksamhet och grubblrier. Han överlämnades till sjukvården och intogs på sjukhus i april 1970. Härifrån avvek han upprepade gånger och fortsatte i stort sett kontinuerligt sitt narkotikamissbruk. Han utskrevs definitivt i juni 1970. Redan dagen efter utskrivningen återföll N. i brott och anhölls. Vid en § 7-undersökning i september 1970 bedömdes han ej vara i behov av sluten psykiatrisk vård, enär han avgiftats under häktningstiden. I stället föreslog undersökningsläkaren öppen psykiatrisk vård. Vid rättspsykiatrisk undersökning i december 1970 framhölls, att N. "... skulle behöva en lång vårdperiod med snabbt återinsatt rehabiliteringsprogram och arbete inom byggnadsbranschen ... med successiv frigörelse från sjukhuset". Genom dom överlämnades han på nytt till sjukvården och intogs på mentalsjukhus i januari 1971. Han avvek snart. Hela den fortsatta vården har präglats av en serie rymningar och ett i stort sett kontinuerligt narkotikamissbruk under vilket han blivit alltmer nedgången. I september 1971 utskrevs han definitivt. Enligt slutanteckningen var han lovad arbete och bostad och ansågs under dessa förutsättningar kunna avhålla sig från narkotika. Emellertid blev han i oktober 1971 häktad och fick genomgå ny rättspsykiatrisk undersökning. Behov av sluten psykiatrisk vård ansågs ej föreligga. Efter yttrande från socialstyrelsen blev N. på nytt genom dom överlämnad till sjukvården. Han intogs på mentalsjukhus i april 1972 och var vid intagningen i gott psykiskt skick. Under den fortsatta vistelsen avvek N. vid ett par tillfällen och återföll i brott och narkotikamissbruk. Han försöksutskrevs i augusti 1972 och återföll omgående i ett kraftigt intravenöst missbruk och gjorde sig skyldig till postbedrägeri. Efter 14 dagar återfördes han till sjukhuset. Han föreföll helt oförmögen att klara sig själv i frihet. I januari 1973 blev han ånyo försöksutskrivnen. Han hade då bostad och kontakt med socialbyrå och arbetsförmedlingen. Han klarade sig drygt en månad och gjorde sig sedan skyldig till nya brott. Efter yttrande av socialstyrelsen överlämnades han på nytt genom dom till sjukvården. Svårt nedgången av narkotika intogs han i maj 1973 på mentalsjukhus. Härifrån avvek han efter två dagar men återfördes kraftigt narkotikapåverkad efter 4 dagar. Han avvek ytterligare en gång och utskrevs definitivt tre veckor efter intagningen. Av inhämtade uppgifter framgår att han redan samma kväll var ordentligt narkotikapåverkad.

N:s fall är ett gränsfall, som av kommitténs psykiatrer – liksom av undersökningsläkarna – bedömts på skiftande sätt. Otvivelaktigt har narkomanins svårhetsgrad periodvis motiverat vård med stöd av LSPV. Det kan emellertid med visst fog hävdas att det långsiktiga rehabiliteringsarbete som krävs för ett sådant fall kan och bör ombesörjas inom kriminalvården som torde ha större resurser att svara för de skydds- och säkerhetsåtgärder som krävs för att bereda en längre tids giftfrihet. Å andra sidan kan inte bestridas att den konstaterade hjärnskadan hos N., den påvisade nivå-sänkningen, personlighetsstörningarna och N:s i eminent grad ådagalagda oförmåga att ta vård om sig själv tillsammans innefattat tillräckliga skäl för vård med stöd av LSPV. För att kunna bli meningsfull måste emellertid sjukvården ha resurser för en effektiv eftervård – samtidigt som även den slutna vården måste fungera på ett helt annat sätt än vad det aktuella fallet illustrerar.

En nivå-sänkning i samband med åldrande kan även utan att kunna betecknas som demens ändå innebära en allvarlig psykisk förändring. Till



följd av sådan nivå-sänkning kan bl. a. sexualbrott riktade mot barn förekomma. I allmänhet är våldsinslaget i sådana fall ringa. Däremot torde risk för recidiv i sådan brottslighet föreligga under avsevärd tid. Skyddstillsyn med föreskrift om "skyddad boendeform" och regelbunden läkarkontakt eller i vissa fall överlämnande till öppen psykiatrisk vård kan i många fall vara tillräckliga åtgärder. Det senare kan vara fallet, om behovet av sluten psykiatrisk vård varit kortvarigt och förelegat vid brottstillfället men ej vid domen. I ett icke ringa antal fall är sådana tillstånd långsamt fortskridande och kan kräva psykiatrisk tillsyn under avsevärd tid. Det är därför angeläget – med hänsyn till vederbörande själv och i brottsförebyggande syfte – att han får det omhändertagande och den tillsyn som tillståndet kräver. Det har med nuvarande ordning vid upprepade tillfällen förekommit att personer, som varit behäftade med presenila och senila svaghetstillstånd och som överlämnats till sjukvården, utskrivits definitivt utan att eftervården varit tillfredsställande ordnad.

Beträffande egendomsbrott, begångna under inflytande av nivå-sänkning i samband med åldrandet, är den hjälp och den kontroll, som skyddstillsyn innebär, i kombination med olika psykiatriska och sociala stödåtgärder, i många fall en fullt tillräcklig påföljd. Skulle i sådana fall behov av sluten psykiatrisk vård uppkomma, kan ett omhändertagande ske med stöd av LSPV.

Det kan röra sig om svåra gränsfall. I det enskilda fallet kan det vara lämpligt att låta praktiska synpunkter få fälla avgörandet vid val av påföljd. Störningens tillgänglighet för psykiatriska åtgärder och de former under vilka dessa bör ske kan vara faktorer att ta hänsyn till. Specialindikationen a) i LSPV kan i vissa fall vara tillämplig. I andra fall kan tidsbestämt straff med möjlighet till psykiatrisk hjälp efter frivillig begäran härom vara att föredra. I en del fall åter kan skyddstillsyn med föreskrifter vara tillfyllest. I många fall är den psykiska störningen ej av sådant slag att behovet av psykiatriska åtgärder är särskilt framträdande. Det kan också förhålla sig så att vederbörande är negativ till behandling. Även om påföljden i sådana fall bestäms till frihetsstraff, kan likväl en mildare bedömning än som följer av straffbudet vara påkallad av särskilda skäl.

## 7.7 Neuroser

Vissa neuroser hör till den grupp av psykiska störningstillstånd som kan föranleda rättslig särbehandling.

I justitiedepartementets förut omnämnda, i anslutning till 1945 års reform upprättade promemoria nämns bland de störningstillstånd som kan jämföras med sinnesjukdom "vissa svårare neurotiska sjukdomstillstånd eller fixerade neuroser".

Inom den psykiatriska sjukvården söker man numera, såvitt möjligt, undvika att behandla neuroser i sluten vård, även om de är svåra. Så bör enligt kommitténs mening också ske, när fråga uppkommer om den, som begått brott under inflytande av neurotisk sjukdom, bör överlämnas till sluten psykiatrisk vård. Detta innebär givetvis inte att sådan vård skulle vara utesluten såsom påföljd för brott i dylika fall.

Kriminella handlingar är inget som är utmärkande för de neurotiska tillstånden, men givetvis kan även sådana personer göra sig skyldiga till brott. Den brottsliga handlingen kan vara helt oberoende av neurosen. Ibland kan man dock se ett samband mellan brottet och störningen. Ett dylikt samband kan exempelvis iakttas vid svåra ångesttillstånd. I ett sådant tillstånd kan en tidigare socialt välfungerande person göra sig skyldig till brott, vanligen tillgreppsbrott, varvid handlingen kan medföra lindring i ångesten. Tillgreppet fungerar i sådant fall som avspänningshandling. Det kan röra sig om en isolerad händelse, men i vissa fall kan tillgreppen upprepas och ha karaktär av ett driftsmässigt tvång ("kleptomani" se s. 96). Den psykiska störningen i dessa fall är som regel ej av sådan svårhetsgrad, att slutna psykiatrisk vård kan anses påkallad. Reaktionen på upptäckten kan emellertid bli så stark att psykiatrisk sjukhusvård tillfälligtvis kan bli nödvändig. Beroende på störningens svårhetsgrad kan en mildare rättslig bedömning vara motiverad, eventuellt med föreskrift eller rekommendation om psykiatrisk behandling. Effekten av sådana åtgärder kan bli direkt brottsförhindrande genom att lindra eller eliminera störningen som var orsak till brottet. I ett fall av detta slag är omständigheterna ej sållan sådana, att straffnedsättning kan ske med stöd av stadgandet i 33:4 BrB.

Bland kriminellt aktiva personer finns även en grupp personer som lider av neurotiska besvär såsom ångest, spänning och fobisymtom, men där besvären och kriminaliteten förekommer till synes oberoende av varandra. I dessa fall motiverar störningen som regel ingen straffrättslig särställning, vilket givetvis ej innebär att den ej skall behandlas.

## 7.8 Undantagstillstånd och tvångsmässiga driftshandlingar

Termen undantagstillstånd har här valts för att beteckna en rad, vanligen kortvariga tillstånd, där en individ utför handlingar som är i större eller mindre grad främmande för hans vanliga personlighet. Det kan gälla uppenbart psykotiska episoder men också tillstånd, som är svåra att bedöma från psykiatrisk och än mer från straffrättslig synpunkt.

Svårförståeliga våldshandlingar kan någon gång vara tidiga symtom på en begynnande schizofreni. Det kan dock vara svårt eller omöjligt att avgöra detta – först i efterhand om individen senare sjuknar i en uppenbar schizofreni kan en sådan tolkning framstå som sannolik. Följande fall illustrerar detta.

### *Fall 24*

Detta fall avser en 22-årig man, C., som straffriförklarats för stöld och försök till dråp. Diagnosen var psykopathia + debilitas (insuff. e lesione cerebri). – C:s kriminalitet debuterade vid 16 års ålder och han har haft diverse anstaltsvistelser. Vid 20 års ålder intogs han på mentalsjukhus efter svårartade uppträden i hemmet, där han hotat anhöriga till livet och med en järnstång demolerat möbler. Före intagningen gick han arbetslös. Han var sjukligt misstänksam och tyckte att folk såg hånfullt på honom och gjorde miner åt honom och även gycklade med honom för att han varit på "kåken". Han hade periodvis raseriutbrott av vilka han hade dålig minnesbild. C. hade vid ett flertal tidigare tillfällen blivit psykiatriskt undersökt och genomgående bedömts som



en "debil psykopat" med ogynnsam prognos. En undersökande läkare berörde möjligheten av en begynnande schizofreni. – Vid den rättspsykiatriska undersökningen, som föregick straffriförklaringen, framkom inga symtom på sinnessjukdom. Intellectuellt befanns han vara lätt debil med en intelligenskvot på 84. Det påpekades att han med hänsyn till sin ålder hade en massiv kriminalitet och att han visat förslagenhet och aktivitet. Mest dominerande var hans svåra emotionella inkontinens med hänsynslös aggressivitet och farlighet. Hans debilitet i kombination med hans explosiva humör ansågs utgöra en ogynnsam kombination. Hans psykiska särdrag inklusive debiliteten ansågs vara ett uttryck för en tidig hjärnskada. Han bedömdes som ett jämställdhetsfall med hänsyn till de svårartade och besinningslösa yttringar som abnormiteten kunde ta. Han ansågs som latent farlig och föga straffemottaglig och i behov av vård på specialavdelning på mentalsjukhus. – C. utvecklade kort efter överlämnandet till sjukvården en mycket svår schizofreni av klassisk typ med stor farlighet. Han har nu en vårdtid på drygt 17 år och visar alltjämt svåra psykotiska symtom.

Den låt vara starka misstanken om schizofreni, som framkom vid den rättspsykiatriska undersökningen, kunde inte ensam läggas till grund för den straffrättsliga bedömningen av C:s brott. De svåra, troligen hjärnskadebetingade personlighetsavvikelserna och C:s därav föranledda besinningslösa handlingar, som hade karaktär av psykotiska impulsgegnombrott med omtöckning och amnesi samt hans ådagalagda farlighet för annans personliga säkerhet innefattade emellertid tillsammans tillräckliga skäl för ett omhändertagande inom sjukvården. I efterhand framstår det som i hög grad möjligt att hans raseriutbrott var tidiga schizofrena symtom.

Ett typexempel på i regel kortvariga undantagstillstånd, då individen otvivelaktigt är psykotisk, är epileptiska s. k. fugues (se s. 83). Sådana tillstånd är sällsynta, men om lagstridiga handlingar skulle begås därunder är straffpåföljd givetvis utesluten.

Likaledes ovanliga, men mera svårdiagnostiserade och även svårbedömda är hysteriska tillstånd av personlighetsklyvning, då individen uppträder ordnat och efteråt har amnesi för vad som förekommit. Även sådana tillstånd är att bedöma som psykotiska och bör utesluta straffpåföljd (se s. 88).

Kortvariga psykotiska episoder kan förekomma som direkt resultat av giftverkan, framför allt hos missbrukare av centralstimulerande medel och hallucinogener. Tillståndet kan bli den direkta orsaken till kriminella handlingar, inte sällan våldsbrott, t. ex. om den påverkade angriper en person, som till följd av ångestfyllda vaneföreställningar upplevs som en farlig förföljare. Hithörande problem behandlas i avsnitt 7.9 (s. 247 ff).

Många kriminella handlingar begås i hög grad impulsivt och oöverlagt. Detta gäller t. ex. åtskilliga brott begångna av psykopater. De kan emellertid inte sägas strida mot gärningsmannens habituella personlighet. Tvärtom, denne upplever dem som helt naturliga i den situation han befann sig, och om han känner ånger så är det därför att handlingen lett till obehagliga konsekvenser, inte på grund av skada som han tillfogat andra. Han har visserligen bristande förmåga att uppskjuta eller hämma tillfredsställelsen av behov eller impulser, men hans handlingar är dock *jag-syntona*; de är i överensstämmelse med hans vanliga, medvetna önsknings- och värderingar. Endast därför att en handling begåtts oöverlagt och impulsivt i denna mening finns enligt kommitténs mening inte anledning till straffrättslig särbehandling.

Däremot kan det förekomma att kriminella handlingar klart strider emot den handlandes habituella personlighet. De kan te sig som impulsgenombrott av psykoskaraktär eller som höggradigt tvångsmässiga driftshandlingar. Sådana handlingar har i allmänhet en mycket komplicerad bakgrund som gör dem svårbedömda både från psykiatrisk och straffrättslig synpunkt. Oftast finner man en karaktärsneuros eller personlighetsstörning som underlag, men denna räcker sällan som enda förklaring till handlingen. Det fordras en specifik, utlösande situation, dessutom ofta en hjärnskadebetingad personlighetsförändring, eventuellt en avskärmning genom påverkan av alkohol eller något annat medel. Det kan föreligga en interaktion mellan dessa faktorer – hjärnskadade personer har ju en nedsatt alkoholtolerans. Från psykologisk synpunkt kan dynamiken bakom handlingen också te sig olikartad. Ett exempel är att en person med stark sexualitet men också starka sexualetiska hämningar plötsligt kastar sig över en kvinna eller ett barn på ett för hans vanliga inställning främmande, brutalt sätt. Ett annat exempel är vissa fall av kleptomani. Stölden kan då ha karaktär av ersättning för en sexuell akt och vara förenad med orgasm; i varje fall vara åtföljd av en befriande känsla av avspänning. En viss, liknande avspänning kan inträffa i samband med eldsanläggning. Ibland kan handlingen snarast karakteriseras som en panikreaktion; vederbörande dräper t. ex. en person för att denne inte skall avslöja ett vida mindre brott. I sådana fall är beteckningen kortslutningshandling kanske mest adekvat. – Bedömningen av dessa fall förutsätter en mycket noggrann analys av personligheten, förekomsten av eventuella hjärnskador eller missbruk samt av den aktuella situationen och den psykologiska dynamik, som lett fram till handlingen. Den betydelse, som kan tillmätas olika faktorer, blir avgörande för den rättspsykiatriska bedömningen. Påföljden blir dessutom i hög grad beroende av risken för upprepning, särskilt när det gäller brott innefattande våld. Det är inte kommitténs uppgift att ge detaljerade anvisningar om hur bedömningen bör ske. Några exempel skall dock ges och några principiellt viktiga synpunkter anföras.

Först ett exempel på försök till dråp, begånget i ett undantagstillstånd.

#### *Fall 25*

M., dömdes vid 54 års ålder för försök till dråp till slutet psykiatrisk vård. Han har alltid varit socialt välanpassad och fått goda vitsord från den arbetsplats, där han varit anställd. M. var gift för andra gången och har i detta äktenskap två söner. I äktenskapet förekom under senare år stora slitningar. M. var svartsjuk och beskyllde hustrun för otrohet. Enligt hustrun hade M. under senare år verkat frånvarande och inte reagerat normalt utan förefallit känslomässigt störd, närmast okänslig. I samband med att hustrun kort före aktuella brottet fått ett barn, till vilket M. ej var far, hade konflikten accentuerats. Han hade blivit nedstämd, tystlåten, inbunden och magrat betydligt. Tidvis hade han verkat "avskärmad". – Brottet bestod i att han med en campingyxan överföll hustrun, medan hon sov, och tilldelade henne flera kraftiga slag med yxan med skallfraktur som följd. M. själv hade endast enstaka minnesbilder, av vilka ingen hänförde sig till själva handlingen utan till vad som tilldrog sig omedelbart före och efter densamma. Han minns att hustrun gick till sängs och att han själv satt och läste efter att på grund av svår ryggvärk ha tagit minst 2 smärtstillande tabletter. Hustrun hade dessförinnan provocerat honom genom att göra antydningar om att en arbetskamrat till M. var far till hennes sista barn. Hans minns sedan att han såg hustrun



med blodig kudde tryckt mot huvudet och att sonen ringde efter ambulans och polis. M. hade också hjälpt hustrun tillrätta. Utåt verkade han lugn. – M. betecknades vid den rättspsykiatriska undersökningen som kliniskt åldrad, misstänkt nivellerad med försvagad intressesfär, apatisk, resignerad och depressiv. Testmässigt framkom ej tecken på intellektuell reduktion. Brottet uppfattades som en desperat och för M:s personlighet främmande handling. Denna ansågs begången under akutisering av ett långdraget, depressivt insufficienstillstånd på basen av långvarig stress och neurotisering hos en hjärnskadad person. Någon planläggning av dådet hade ej förekommit och M:s minnesluckor föreföll äkta. Någon risk för ytterligare våldshandlingar ansågs ej föreligga, då situationen i samband med det aktuella brottet torde ha varit tämligen unik. – M. intogs på mentalsjukhus efter att i cirka 9 månader ha vistats på en rättspsykiatrisk klinik. Han var vid intagningen i gott psykiskt skick med god förmåga att planera för sig. Makarna överenskom om skilsmässa och M. utskrevs efter drygt 2 månaders vårdtid i gott psykiskt skick till ordnade sociala förhållanden.

I detta fall har man trots en lång undersökningstid ej med säkerhet kunnat fastställa M:s psykiska tillstånd i gärningsögonblicket. Handlingen var uppenbart främmande för hans personlighet. Det har också kunnat konstateras att M. under lång tid levit i en emotionellt sett svårt pressande situation med akutisering omkring tidpunkten för gärningen. Utredningen visade också att M. under en längre tid varit psykiskt förändrad. Det är ej otänkbart att de smärtstillande tabletter som M. tog på medicinsk indikation kan ha bidragit till att helt eller till väsentlig del upphäva sådana hämningar och motföreställningar som annars är verksamma. Övervägande skäl talar för att M. vid tidpunkten för gärningen befann sig i ett psykiskt undantagstillstånd och att den är att tolka som ett impulsgenombrott av psykoskaraktär. Frihetsstraff för gärning som begås i sådant tillstånd bör ej ådömas. Medicinska skäl för ett överlämnande till sluten psykiatrisk vård förelåg. Med hänsyn till att gärningen var i hög grad situationsbetingad torde recidivrisken i detta fall vara relativt ringa.

*Sexuella övergrepp* – för att använda sexualbrottsutredningens term – begås självklart under inflytande av ett behov av driftstillfredsställelse. Detta betyder dock inte, att lagöverträdaren alltid befunnit sig i ett undantagstillstånd eller att handlingen skett till följd av en tvångsmässig drift i den betydelse kommittén använt dessa termer.

Det vanliga vid våldtäkt av en vuxen kvinna torde t. ex. vara, att en psykopat – med den för honom karakteristiska impulsiviteten och oförmågan till långsiktig planering och uppskjutande av driftstillfredsställelse – tillfredsställer sin sexuella drift omedelbart och utan hänsyn till kvinnans inställning.

Vid övergrepp gentemot barn är förhållandena ofta betydligt mera komplicerade. Det kan gälla en starkt sexualneurotisk person med en konflikt mellan stark drift och starka sexuella hämningar, vilket i en viss situation plötsligt leder till ett tvångsmässigt genombrott av impulser, främmande för hans vanliga, medvetna jag. Följande typexempel relateras av Kinberg (1930, Fall XIV s. 215 f):

En 21-årig man var förlovad och hade haft ett intimt förhållande med fästmon, vilket dock avbrutits några månader tidigare, eftersom båda ansåg det som "synd". De var emellertid dagligen tillsammans. Mannen var sexuellt exciterad, men onanerade trots detta ej, då han ansåg även onani som "synd". En dag arbetade han i ett drivhus, där en

6-årig flicka lekte. Han fick stark lust att se och beröra hennes genitalia. Han ströp henne och förlorade sedan omedelbart lusten till sexuella handlingar med henne.

Det förefaller troligt att mannen med här använd terminologi befann sig i ett undantagstillstånd av psykosliknande karaktär.

Ett ytterligare exempel på sexuella övergrepp mot barn med starkt tvångsmässig karaktär är följande.

#### *Fall 26*

G. är en man, som vid 25 års ålder dömdes för otukt med barn till slutna psykiatrisk vård. Ett jämställdhetstillstånd ansågs föreligga med diagnosen *persona pathologica + persona immatura + pedofili*. – G. är uppvuxen i ett gott hem. Utvecklingen var försenad och han gick och talade sent. Skolgången fick uppskjutas ett år på grund av omognad, och han placerades sedan i hjälpklass. G. har alltid ansetts blyg, ängslig och tillbakadragen, mycket ordentlig och närmast pedant. Han har haft svårigheter i kamratkontakten och han led av att kamraterna gjorde narr av honom. Sexuellt har han varit sent utvecklad. Han har haft en enda heterosexuell kontakt. Han har tidigare dömts för otukt med barn, första gången till skyddstillsyn och andra gången till 3 månaders fängelse. Efter frigivningen var han ytterligt nervös, orolig och rastlös, och sökte nervläkare härför. G. själv uppgav att han under fängelsetiden knappast hade några sexuella behov. När han blev fri, började han uppleva dragning till småpojkar och småflickor. Han blev så sexuellt upphetsad av att iaktta småbarn att han ibland måste gå hem från arbetet. Han har också medgivit att han vid något tillfälle lämnat hemmet "för att få tag på någon liten pojke". Han hade då haft snöre och ett skärp med sig. Detta tyder på att han ej varit främmande för att tillgripa våld. Modern uppgav att hon mycket väl kunde tänka sig att G. skulle kunna skada eller döda ett barn, om han ej fick sin vilja igenom med barnet. – Vid den rättspsykiatriska undersökningen tedde sig G. känslomässigt något kylig, blödig och mycket modersbunden. Han var blyg bland vuxna och angav själv att han kände sig som en liten pojke. "Jag trivs bäst bland småbarn. Bland vuxna blir jag tyst och blyg." Hans pedofila läggning syntes ha fixerats. Han upplevde den sexuella lusten till småbarn starkt imperativt. Hans avvikande sexualitet hade utvecklats på ett synnerligen allvarligt sätt och han bedömdes som benägen för våldshandling om offret gjorde motstånd. – G. intogs på mentalsjukhus och är alltjämt i vård efter drygt 6 års vårdtid. Han har under försöksutskrivningar haft flera återfall i otuktsbrott. I samband med brotten har våldsinslag förekommit och han har slagit och hotat barnen.

G:s sexuella attacker mot barn har en helt annan tvångsmässig karaktär än "normala" sexuella beteenden. G. är också i hög grad psykiskt omogen och störd i olika hänseenden. Vid den rättspsykiatriska och straffrättsliga bedömningen måste hänsyn tas både till hans betydande farlighet för annans personliga säkerhet och till den stora svårigheten att effektivt behandla sådana sexuella avvikelser. Kommittén anser emellertid, att handlingen är uttryck för en så allvarlig och djupgripande störning, att förutsättning finns för omhändertagande enligt LSPV och att fall som G:s även i fortsättningen bör överlämnas till slutna psykiatrisk vård. Vårdtiden blir sannolikt lång på grund av den betydande farligheten i dessa fall.

Även fall 14 (s. 163) som exemplifierar allvarligt sexuellt övergrepp mot minderårig har prägel av en tvångsmässig driftshandling på basen av en karaktärsneuros. Fall 27 är ett annat exempel på sexuella attacker mot minderåriga.



## Fall 27

F. är en man som vid 25 års ålder dömdes för våldtäkt att överlämnas till sluten psykiatrisk vård under diagnosen "psykoinfantilismus gravis". – F. hade svåra uppväxtförhållanden. Fadern var sträng, närmast brutal, och straffriförklarad efter dotterincest. Föräldrarna skildes i samband härmed, och F. uppfostrades av sin mor. F. visade tidigt beteenderubbningar. Han hade kontaktsvårigheter och var hackkyckling i skolan, skolkade och snattade. Sista året i skolan gick han i hjälpklass. Anledningen härtill var skolk, enär han i övrigt visade genomsnittlig begåvning. Han har arbetsmässigt fungerat tillfredsställande med goda vitsord. Han har sammanbott med en kvinna som tidigare visat påtagliga anpassningssvårigheter och har med henne 4 barn, varav 3 är omhändertagna för samhällsvård. Familjen har kontinuerligt stöttats upp av familjeterapeuter. F. har gjort huvudlösa affärer och ådragit sig stora skulder. Brottsligheten debuterade tidigt och resulterade i åtalseftergifter och fosterhemsplaceringar. F. har gjort 3 självmordsförsök dels med tabletter, dels genom att skära sig i handleden. Han har även vid ett tillfälle försökt att köra ihjäl sig med bil. Samtliga dessa insufficiensstillstånd har emellertid varit kortvariga och sjukhusvård har ej varit nödvändig. – Den aktuella brottsligheten bestod i våldtäkt av 11-årig systerdotter vid 3 tillfällen samt en del smärre sjukkasbedrägerier. I det rättspsykiatriska utlåtandet framhöll undersökningsläkaren, som kände F. sedan 10 år, att denne mognadsmässigt praktiskt taget varit stillastående sedan dess. Vidare noterades en extrem psykoinfantilism, barnlig hjälplöshet i tillvaron, psykisk ömtålighet och ringa stresstolerans. Intellectuellt visade han en genomsnittlig begåvning. Det påpekades att F. även inför relativt normala psykiska påfrestningar lätt reagerade med infantilhysteriska och depressiva symtom av nästan psykotisk dignitet. Han ansågs oförmögen att fungera på egen hand och kontinuerligt vara i behov av sociala och terapeutiska stödåtgärder för att ej gå under. Han ansågs vidare vara intolerant mot fängelsestraff som i så fall mer eller mindre ständigt skulle få avtjänas vid psykiatrisk avdelning eller sjukhus. F. bedömdes vara i behov av en tids sluten psykiatrisk vård och rehabilitering för att därefter som försöksutskriften försiktigt slussas ut i skyddad miljö med tillgång till socialpsykiatriska stödåtgärder och terapi. – F. intogs på mentalsjukhus efter att i omkring ett halvt år ha vistats inom den rättspsykiatriska organisationen. Vid intagningen var han lugn och ordnad och visade inga psykostecken. Han ansåg sig ej heller psykiskt sjuk och var närmast besviken att ha hamnat på en avdelning med övervägande äldre, psykiskt sjuka patienter. Efter drygt 14 dagar blev han försöksutskriften för att tillsammans med fästmon behandlas i intensiv familjeterapi. Han utskrevs definitivt efter drygt 4 månader. Såväl arbetsmässigt som socialt i övrigt fungerade han bra och psykiskt var han i god balans.

F. var allvarligt psykiskt störd och av beskrivningen att döma snarare neurotisk än psykopatisk. Han var ömtålig för påfrestningar och kunde reagera med "nästan" psykotiska insufficienser. Han var utan tvekan i behov av psykiatrisk hjälp och tycks också ha haft god nytta av den hjälp han fick. Även fall som detta bör i framtiden kunna dömas till sluten psykiatrisk vård för relativt snar försöksutskrivning. Prognosen i detta fall synes vida bättre än i det föregående. – Om man tolkar F:s brott som uttryck för en psykopats impulsivitet, är det tveksamt om förutsättning fanns för vård enligt LSPV. Om i ett liknande fall döms till fängelse, måste emellertid vederbörande erbjudas adekvat psykiatrisk behandling.

Personer, som begår sexuella övergrepp i undantagstillstånd eller under inflytande av ett sjukligt tvång, bör enligt det sagda i regel dömas till sluten psykiatrisk vård. Deras farlighet är inte sällan betydande under lång tid, och hänsyn härtill måste naturligtvis tas före beslut om frigång och utskrivning,

även om symtombilden i övrigt inte ter sig alarmerande. Det blir framför allt utskrivningsnämndens uppgift att vaka över detta.

Behandlingen av sexuella avvikelser av olika slag har hittills varit föga framgångsrik. Gruppen av sådana sexuellt avvikande, som begår lagstridiga handlingar, är relativt liten. Det torde därför vara lämpligt att sammanföra dem till särskilda enheter för terapeutisk försöksverksamhet.

Med hänsyn till deras i många fall betydande farlighet gäller detsamma som för andra psykiskt störda, som är farliga för annans personliga säkerhet, nämligen att man vid den planerade utredningen om interneringsinstitutet bör överväga om de bör kunna dömas till internering. En absolut förutsättning härför måste dock vara, att vederbörandes behov av psykiatrisk vård på tillfredsställande sätt kan tillgodoses.

Den psykologiska bakgrunden till *eldsanläggning* kan vara olika. I vissa fall föreligger en uppenbar psykos, och handlingen är ett uttryck för denna. I en del fall rör det sig emellertid om impulsgenombrott som vederbörande är helt oförmögen att motstå. Dylika handlingar kan ha en tendens att upprepas. I sådana fall har man brukat tala om pyromani. Ej sällan finner man att viss alkoholkonsumtion har föregått brottet, vilket emellertid ej behöver förringa dess patologiska karaktär. Vederbörande kan ha tagit till alkohol för att söka döva den starka driftspänningen. Det sexuella sambandet kan ibland vara framträdande. Om den rättspsykiatriska undersökningen ger vid handen, att det rör sig om impulsgenombrott av psykoskaraktär eller starkt tvångsmässiga driftshandlingar, bör frihetsstraff ej ådömas enligt de principer som kommittén framlagt. Med hänsyn till den farlighet för omgivningen som handlingen medför är som regel ett överlämnande till sluten psykiatrisk vård motiverat. I mindre klara fall bör det finnas möjlighet att döma vederbörande till frihetsstraff, men använda sig av den flexibilitet mellan sjukvård och kriminalvård som kommittén föreslår.

I fall 28 ansågs abnormiteten inte så djupgående att den borde jämföras med sinnessjukdom.

### *Fall 28*

Fallet avser en 23-årig man – H. – som åtalades för att under en sommar ha anlagt ett 30-tal mordbränder, de flesta skogsbränder, varvid skador till betydande värde uppkom. I det rättspsykiatriska utlåtandet beskrevs H. såsom en "välbegåvad, starkt mognadshämmad ung man med aggressions- och sexualhämning – infantilt självhävdande sig genom eldsanläggningsserie, upplevande samhällsmobiliseringen av polis och brandkår via radio som motvikt till sin tydliga mammasgösseroll.". Abnormiteten ansågs inte vara av så djupgående natur, att den måste jämföras med sinnessjukdom. H. ansågs inte vara i behov av sluten psykiatrisk vård. Tingsrätten, som godtog utlåtandet, fann H:s abnormitet, ålder och grad av mognad vara sådana, att han borde åtnjuta strafflindring enligt 33:4 BrB samt bestämde straffet till 2 års fängelse.

Kommittén anser visserligen, att H:s handlingar är att anse som betingade av psykisk störning – troligen en ganska allvarlig neuros – men instämmer i att detta inte utesluter dom till kriminalvård. H. borde dock, utan hinder av fängelsedom, ha erbjudits psykiatrisk behandling och stöd. I framtiden bör det kunna ske genom den av kommittén föreslagna flexibiliteten mellan kriminalvård och sjukvård.



Fall 29 är ett gränsfall, där olika åtgärder kan tänkas.

### Fall 29

E. är en man, som i 30-årsåldern dömdes för mordbrand till sluten psykiatrisk vård under diagnosen *persona pathologica*. – E. visade tidigt barnneurotiska symtom. Efter föräldrarnas skilsmässa kom han till fosterhem. Här ljög, snattade och stal han. Efter det att modern gift om sig återvände han till henne. Skolgången var normal, och avgångsbetyget var tillfredsställande. Efter skolan började han yrkesarbete. Vid 17 års ålder omhändertogs han för skyddsuffostran efter att ha gjort sig skyldig till snatteri och placerades på yrkesskola. Han ansågs där kall, passiv och lögnaktig och kom i konflikt med kamrater. Året därpå gick han till sjöss, men hade även där svårt att anpassa sig. I något undantagstillstånd skall han ha skurit sig i armen med en förskärare. E. har senare vid upprepade tillfällen recidiverat i kriminalitet och avtjänat ett flertal straff. I samband med konflikter etablerade han mer eller mindre allvarliga självskadador. Han var synnerligen svårskött på anstalter på grund av benägenhet för rymningar och brott. Vid en första rättspsykiatrisk undersökning beskrevs han som infantil, kylig, svåråtkomlig och hysteroid, men 5:5 strafflagen ansågs ej tillämplig. Efter en ny självskada vårdades E. en månad på mentalsjukhus under diagnosen "psykos i anledning av psykiskt trauma". Senare blev han efter straffrörelse intagen på mentalsjukhus. Efter rymning och nya brott dömdes han året därpå till internering. Socialstyrelsen hade då i sitt yttrande anfört att E. visserligen var en hysteroid psykopat, men tillhörande de s. k. känslokalla, vilka enligt praxis ej brukade föreslås till straffrihet. E:s sprit- och tablettmissbruk hade med åren blivit allt allvarligare. Det aktuella brottet bestod i att E. efter rymning och spritförtäring tänt eld på en stuga, där hans far tidigare bott, och omedelbart därefter tänt eld på två ladugårdar. – Vid den rättspsykiatriska undersökningen framstod E. som intellektuellt genomsnittlig. Några psykotiska symtom framkom ej. Han visade en inbiten egocentricitet som ej var påverkbar av förnuftska. Han beskrevs som hård och kall utan humor och mjukhet, dock utan direkt anmärkning i uppträdandet. Han visade inga yttre tecken på alkoholism. Hans benägenhet att råka i panik med kortslutningshandling av typ självskada – sammanlagt vid 11 tillfällen – som följd framhölls. Undersökningsläkaren var benägen att kalla detta för "demonstrationer" men påpekade fängvårdens svårigheter att handha sådana patienter. E. bedömdes av undersökningsläkaren vara i behov av vård på psykopatavdelning vid mentalsjukhus. E. överlämnades till sjukvården och är alltjämt i vård efter drygt 7 år. Under den långa vårdtiden har han haft ett otal rymningar och brottsrecidiv.

Sedan tidig ålder har E. visat en rad avvikande personlighetsdrag och det har utvecklats en allvarlig personlighetsstörning närmast av psykopatityp. Han har varit höggradigt asocial, avtjänat flera straff och även som straffrörelseklarad varit omhändertagen inom sjukvården. Han har en låg retningströskel för motgångar med benägenhet för självdestruktiva handlingar. Detta kan emellertid inte anses innefatta tillräckliga skäl för ett överlämnande till sjukvården även om kortvarig vård med stöd av LSPV någon gång kan vara påkallad. Som följd av alkohol- och tablettmissbruk har hans tillstånd ytterligare försämrats. Det är svårt att på grundval av det rättspsykiatriska utlåtandet fastställa E:s psykiska tillstånd vid tidpunkten för de aktuella brotten, eldsanläggelser. Desamma kan vara begångna under ett undantagstillstånd, impulsgenombrott av psykoskaraktär, vilket kan tala för dom till sluten psykiatrisk vård, särskilt med tanke på recidivrisk. Det kan emellertid även ha rört sig om en impulsiv handling av en alkoholpåverkad

psykopat, vars tillstånd vid domstillfället inte nödvändiggjorde vård enligt LSPV. E. är på grund av sin personlighetsstörning – accentuerad genom missbruket – svårskött inom kriminalvården. Han är även svårskött inom sjukvården. I efterhand kan konstateras att någon effektiv behandling inte kunnat ges E. inom sjukvården och han har ej kunnat hållas giftfri. Tvärtom har missbruket av sprit och narkotika tilltagit. Det kan också konstateras att det stöd och den tillsyn han fick vid de misslyckade försöksutskrivningarna var i hög grad otillfredsställande. Det behov av psykiatrisk hjälp som kan föreligga i ett liknande fall bör kunna tillgodoses av sjukvården, även om vederbörande döms till fängelse.

I följande fall framstår eldsanläggelsen som klart patologiskt betingad.

### *Fall 30*

I detta fall är fråga om en man, L., som i 60-årsåldern dömdes för mordbrand att överlämnas till slutna psykiatrisk vård. Diagnosen var cerebral lesion och presenilitas. – L. är uppvuxen under goda förhållanden. L. har genomgått handelsinstitut men gick sedan långa tider arbetslös. Han var de 11 sista åren före det aktuella brottet anställd på samma arbetsplats och fick därifrån mycket goda vitsord. Han hade skiftesarbete som han upplevde som "stressigt". Sedan lång tid har L. missbrukat alkohol och även brompreparat. Han utvecklade i samband därmed en psykos och vårdades en kort tid på mentalsjukhus under diagnosen psychosis et intoxic. bromyli + alcoholismus. Han blev av sin första hustru upprepade gånger anmäld som farlig alkoholist. Vid åtskilliga tillfällen hade han misshandlat henne. Han ställdes under tillsyn av nykterhetsnämnden, men ärendena avskrevs som regel efter kort tid. Efter omgifte har inga anmärkningar mot honom inkommit till nykterhetsnämnden. L. har dock fortsatt att regelbundet konsumera stora mängder alkohol och så småningom visat symtom på hjärnskada. – Det nu åtalade brottet bestod i att L. hade tänt på en tidningspacke som låg i porten till det hus där han bodde. Han uppgav att han tidigare på dagen när han gick till arbetet "irriterats" av densamma och att den liksom "hypnotiserade" honom. Han hade ringt polisen och påpekat riskerna med att packen låg där. När han sedan kom hem på natten har han tydligen gått in i porten men minns inget själv av detta. När det började brinna tillkallade L. själv brandkåren. Han lämnade ej platsen utan ville rapportera till polis och brandkår. Hans uppgifter om branden var ytterligt diffusa. Branden medförde betydande skador. Han förnekade att han avsiktligt anlagt eld. Brottet framstod som helt meningslöst. L. hade ej något ekonomiskt intresse och hade ej velat hämnas eller upplevt lustförmimmelser i samband med eldsanläggningen. – Vid den rättspsykiatriska undersökningen tedde sig L. åtskilligt avtrubbad, såväl intellektuellt som emotionellt. Även testmässigt kunde en nivå-sänkning fastställas och vissa fynd tydde på en organisk hjärnskada. Denna ansågs orsakad av det mycket långvariga alkoholmissbruket. Undersökningsläkaren ansåg att ett jämställdhetstillstånd med vårdbehov förelåg. Brotts motviljighet ansågs vara ett observandum. Det framhölls att L:s allmänna avtrubning medförde stor risk för liknande "motivlösa" meningslösa handlingar i framtiden. – L. intogs på mentalsjukhus knappt 4 månader efter det undersökningen påbörjats. Han var vid intagningen i gott psykiskt skick. Han var klar och ordnad. Han varken erkände eller bestred brottet, enär han ej hade något minne av händelsen. Han uppträdde lugnt och stillsamt på avdelningen och uppvisade under vistelsen inga psykiska symtom. Han försöksutskrevs efter cirka 3 veckors vårdtid och besökte sedan regelbundet öppna vården. Han var vid några tillfällen alkoholpåverkad. I samband med en inoperabel strupcancer försämrades han kraftigt somatiskt och han utskrevs definitivt cirka 5 månader efter intagningen. Sjukhusdiagnosen var "ej psykiskt sjuk".



Det rör sig här om en man, som säkerligen var klart nivå-sänkt, troligen främst på grund av höggradigt och långvarigt alkoholmissbruk, men möjligen också på grund av ett för tidigt åldrande. Det är osäkert vilken roll hans vid brottstillfället ännu inte upptäckta cancer kan ha spelat i brottsgenesen. Han hade total amnesi för den aktuella händelsen och det troliga är att han vid denna var omtöcknad, dvs. befann sig i ett undantagstillstånd av psykoskaraktär. Han skall då icke dömas till straffpåföljd, och skäl till överlämnande till sluten psykiatrisk vård föreligger i ett fall som detta. Sjukhusdiagnosen "ej psykiskt sjuk" framstår som förvånande.

Stöld och snatteri bottnar nästan undantagslöst i lusten att äga, att tillägna sig ting som man på ett eller annat sätt anser sig ha behov av. Ibland kan själva risken, chanstagandet, utgöra en extra krydda. Det finns emellertid fall, där ägandet är betydelselöst, där själva handlingen är det enda som betyder något, där denna ger en stark känsla av avspänning, som dessutom ofta har en sexuell karaktär. Fallen är sällsynta och endast då den psykologiska bakgrunden är av detta slag bör termen *kleptomani* användas. I populärt språkbruk används den emellertid inte sällan även om helt banala snatterier. Följande fall illustrerar äkta kleptomani och en möjlig väg till omhändertagande och behandling.

### Fall 31

Fallet avser en medelålders kvinna I., som upprepade gånger blivit fälld för snatteri och stått under kontinuerlig skyddstillsyn sedan 10 år tillbaka. – I. hade som barn svåra hemförhållanden. Förhållandet mellan föräldrarna var konfliktfyllt. Uppträden och slagsmål mellan dem var vanligt förekommande. Fadern var spritmissbrukare. Föräldrarna skildes, då I. var 12 år, och fadern fick vårdnaden om barnen. I. genomgick folk- och fortsättningskola med genomsnittliga betyg. Efter skolan började hon yrkesarbeta och har sedan dess regelbundet varit i arbete. Hon har fått mycket goda vitsord från sina anställningar. Hon gifte sig vid 22 års ålder med nuvarande make. Familjen har goda inkomster. Makarna har två adoptivbarn. Förhållandet mellan makarna var bra i nästan 15 år. Makens alkoholproblem tycks därefter ha blivit mer framträdande. Det sexuella samlivet mellan dem försämrades successivt och var otillräckligt för I. som hade ett starkt driftsliv. I. började snatta redan som liten och då med moderns medgivande. Snatterierna tilltog med åren och i samband med dem började hon uppleva ett starkt spänningsmoment. Hon har i samband med att hon upptäckts gjort allvarliga suicidförsök. Vid ett tillfälle skar hon sig med rakblad i halsen och i handlederna. I samband med stämning för ett tillgreppsbrott gjorde hon suicidförsök med tabletter och tvångsintogs på mentalsjukhus. Under vårdtiden utfärdades på domstolens begäran ett läkarintyg som utmynnade i en rekommendation om stödjande psykoterapi och fortsatt skyddstillsyn. I. har alltsedan dess haft en regelbunden och tämligen tät kontakt med sjukhusets öppna vård. – Det har framkommit att hon i samband med butikssnatterierna får orgasm. Hon har visat uppenbar skamkänsla över sin sexuella upphetsning i samband med brotten. Snatterierna har som regel ägt rum under veckan före menstruationen. Under denna period brukade irritabilitet, oro och stöldimpulser vara utpräglade. Hon har aldrig behållit någonting i vinstsyfte och en klar meningslöshet i tillgreppen har kunnat konstateras. – Så småningom kom tillgreppsrecidiven relativt tätt, flera gånger per månad. I. hade oerhörda skuldkänslor för detta och oroade sig för fängelsestraff. Uppgav att "det går bara inte att låta bli att ta saker". Vid flera tillfällen hade hon övervägt att suicidera eller hugga av sig högra handen "Då kunde jag ju inte ta något mera". Vid ett tillfälle när hon varit rädd att bli avslöjad hade hon burit med sig bensin i

en flaska och en kniv för att i suicidal avsikt skära sig och tända eld på sig själv om hon skulle bli avslöjad. Hon blev också avslöjad. Hon låste då in sig på en toalett för att fullfölja sin avsikt. Genom smidig handläggning och genom att I:s övervakare snabbt kom till platsen avstyrdes den allvarliga handlingen. I. hade från sjukhuset erhållit ett intyg som hon visade upp för kontrollanter och detektiver i butikerna, när hon blev avslöjad eller i samband med att hon lämnade tillbaka tillgripna saker. I intyget påpekades hennes kleptomani liksom risken för kortslutningshandling i samband med upptäckt. – Kontakten mellan sjukhuset och olika varuhusledningarna liksom med rättsliga myndigheter har varit god och samarbetsvägen har man kunnat förhindra mer påtagliga reaktioner från samhällets sida. Vid två tillfällen hade I. efter konflikt med maken intoxikerat sig med tabletter. I samband därmed vårdades hon en kort tid på sjukhus. För övrigt har hon haft enbart poliklinisk kontakt. Denna stödjande psykoterapeutiska behandling har senare kombinerats med en farmakologisk sådan. Hon erhöll en relativt hög dos neuroleptika. Successivt skedde en ökad avspänning och de kleptomana impuls-genombrotten minskade. I. är mycket lättad över detta även om hon sagt att det känns som om hon förlorat någonting spännande och värdefullt, när hon ej längre drivs in i sina kleptomana aktiviteter lika lätt. När hon glömt att ta medicinen, har hon märkt en ökad oro och spänning. Psykiskt har hon påtagligt förbättrats och besökskontakterna på sjukhuset har kunnat ske med allt längre intervall. Familjesituationen har i stort sett varit oförändrad. Arbetsmässigt har hon fungerat bra hela tiden.

Kommitténs psykiatrer är ense om att det i det aktuella fallet rör sig om en äkta kleptomani. Det var otvivelaktigt fråga om starkt tvångsmässiga, för personligheten i övrigt främmande driftshandlingar av sexuell karaktär. Frihetsstraff såsom brottspåföljd bör då inte ifrågakomma. Psykiatrisk behandling är däremot klart indicerad, men denna kan ske i öppen vård, särskilt som I. hade stark önskan att bli kvitt sitt tvångsmässiga handlande. När behandlingen av sådana fall sker i öppen vård, måste man visserligen räkna med recidiv i brott medan behandlingen pågår, men denna risk kan tas, då det icke rör sig om handlingar som innebär fara för annans personliga säkerhet. Om e)-indikationen i LSPV upphävs i enlighet med vad kommittén förordat, kan ej heller överlämnande till sluten psykiatrisk vård ifrågakomma, eftersom sådan vård inte kan anses oundgängligen påkallad med hänsyn till LSPV:s övriga intagningsindikationer. Enligt kommitténs mening bör den psykiatriska hjälp som behövs i fall av detta slag ske i öppen vård, eventuellt i kombination med skyddstillsyn och sociala stödåtgärder. Kvalificerad psykiatrisk behandling i öppen vård i förening med tillsyn och stöd är behandlingsmässigt och ur brottsförebyggande synpunkt mera ändamålsenligt än ett frihetsstraff eller långvarig sjukhusvård med dess risk för institutionalisering. Ej sällan händer att gripandet av en kleptoman utlöser allvarliga suicidförsök. I sådana fall kan naturligtvis en kort tids sluten vård bli nödvändig. Detta kan ske frivilligt eller med stöd av LSPV.

Den behandling som i det nu aktuella fallet kom I. till del inom den öppna vården synes ha varit både ändamålsenlig och human. Hennes kontakt med sjukvården har hela tiden varit frivillig. Sjukvården har samarbetat med rättsvårdande myndigheter på ett föredömligt sätt. En påtaglig förbättring av I:s tillstånd har successivt ägt rum under en psykoterapeutisk och farmakologisk behandling i kombination med stödjande åtgärder. En stabilisering i det psykiska tillståndet har inträtt. Det driftsmässiga tvånget att snatta synes i huvudsak försvunnit. Personkontinuiteten torde också ha varit av betydelse



för behandlingsresultatet.

Ett annat fall som belyser hithörande frågor är följande.

### Fall 32

Detta fall gäller en man J. som i 60-årsåldern dömdes för grov stöld att överlämnas till sluten psykiatrisk vård. Diagnosen enligt den rättspsykiatriska undersökningen var tvångsneuros med inslag av kleptomani, sexuell avvikande och paranoida drag, och tillståndet ansågs vara jämställt med sinnessjukdom. J. hade socialt sett fungerat tillfredsställande till 50-årsåldern. Han tycks dock i tidiga år ha haft viss sexuell problematik. Som ung gick han klädd i kvinnokläder, men ej helt kvinnoklädd. J. började så småningom att stjäla och stölderna blev alltmer komplicerade för att under senare år bli hämningslösa och omdömeslösa, sannolikt sammanhängande med tilltagande åldersförändringar. Drivkraften bakom brotten synes ha varit kärlek till föremål och ett patologiskt ägandebehov. Enligt uppgift har hans tillgrepp varit förknippade med lustförmimmelser, speciellt då han känt sig bevakad av kontrollanter. J. har sammanlagt 5 domar för stöld och snatteri. Vid den rättspsykiatriska undersökning som föregick den första domen konstaterades klara patologiska drag av tvångsneurotisk typ. J. ansågs dock ej vara ett jämställdhetsfall. Vid en § 7-undersökning sju år senare bedömdes han lida av en psykotisk insufficiens med paranoida schizoida drag, anankasm, fetischism samt eventuellt inslag av kleptomani. Domen löd på skyddstillsyn i förening med öppen psykiatrisk vård. Under senare tid har man kliniskt och testmässigt konstaterat bristfälligt minne, emellanåt eufori. Misstanke om en lindrig hjärnskada har varit stark. Hans tvångsneurotiska symptom synes ha förvärrats. Kort tid efter föregående dom greps han för varuhussnatteri. För detta dömdes han till fortsatt skyddstillsyn. I samband med gripandet utvecklade han en djup depression med svåra skamkänslor och gjorde flera suicidförsök. Han intogs på mentalsjukhus med stöd av LSPV, varifrån han efter 14 dagar utskrevs förbättrad. – Vid den nu aktuella rättspsykiatriska undersökningen framhölls att det rörde sig om ett mycket komplicerat fall. Samtidigt som han var en strävsam och duktig arbetare med skötsam familj och vackert hem var han en ganska persevererande varuhustjuv. Någon äkta kleptomani kunde ej konstateras men väl kleptomana inslag. Med hänsyn till den åldersbetingade omdömeslösheten ansågs han vara i behov av sluten psykiatrisk vård. Han bedömdes vara oförmögen att ta vara på sig själv. Fängelsestraff ansågs olämpligt med hänsyn till åldern och till hans patologiska personlighet. – Vid intagning på mentalsjukhuset var han lugn och ordnad och anpassade sig väl till avdelningsrutinen. Han hade då en cirka halvårslång vistelse på rättspsykiatrisk klinik bakom sig. Han utskrevs definitivt efter 4 månaders vård. Sjukhusdiagnosen blev "ej psykiskt sjuk" och någon eftervård arrangerades ej.

Trots psykiska särdrag av olika slag, övervägande av neurotisk typ, hade J. fungerat tillfredsställande fram till 50-årsåldern, varpå en viss nivå-sänkning tycks ha inträtt. Denna torde sammanhånga med ett för tidigt åldrande. Möjligheten att hämma det tvångsmässiga behovet att stjäla har försvagats och impulserna brutit igenom. Under sådana förhållanden framstår stölderna som starkt tvångsmässiga genombrott av för honom själv i stort sett främmande impulser. Vare sig man betecknar detta som kleptomani eller ej, bör frihetsstraff inte ådömas.

J. var på grund av den psykiska störningen otvivelaktigt i behov av psykiatrisk behandling. Ur medicinsk synpunkt skulle denna kunna ha givits polikliniskt. Det kunde också måhända ha varit av värde att engagera familjen att med vetskap om det skedda stödjande J. Institutionsvård under en

längre tid måste närmast bedömas såsom olämplig från psykiatrisk synpunkt. En annan sak är att den reaktiva depression, som drabbade J. i samband med den näst sista domen, påkallade en kortare tids sjukhusvård. Behovet härav kunde ha tillgodosetts genom frivillig intagning eller med stöd av LSPV, men var ej av beskaffenhet att böra läggas till grund för en påföljd om sluten psykiatrisk vård.

Kommitténs psykiatrer är ense om att i ett likartat fall öppen psykiatrisk vård med den innebörd kommittén föreslagit eller skyddstillsyn i förening med föreskrift om psykiatrisk vård är de ur medicinsk synpunkt ändamålsenligaste påföljderna.

## 7.9 Alkohol- och narkotikamissbruk

### *Föresättningarna för intagning till sluten psykiatrisk vård med stöd av LSPV*

I sinnessjuklagstiftningskommitténs betänkande (s. 228–245) diskuterades utförligt behovet av vård beträffande narkotikamissbrukare och alkoholister. Narkomani i medicinsk mening definierades som sjukdomstillstånd, där ett psykologiskt eller somatiskt beroende eller behov av ett under kortare eller längre tid tillfört läkemedel eller njutningsmedel – dock ej alkohol – uppstått. Det fastslogs som klart att behandling av narkomaner i många fall måste ske på mentalsjukhus samt att intagning på mentalsjukhus med stöd av de föreslagna lagbestämmelserna skulle omfatta jämväl narkomaner. Man konstaterade också att i fall av manifest narkomani kvarhållande under lång tid efter själva avgiftningen kunde vara berättigat för att hindra allvarlig försämring i tillståndet. – Beträffande alkoholism konstaterades att intagning på mentalsjukhus oberoende av alkoholists eget samtycke borde kunna äga rum, om alkoholismen i det individuella fallet var att uppfatta som en psykisk sjukdom för vilken vård på mentalsjukhus med hänsyn till sjukdomens art eller grad framstod som oundgängligen nödvändig. Om det förelåg alkoholbegär utan andra psykiska eller kroppsliga symtom eller förändringar, borde alkoholbegäret vara mycket påtagligt och för den sjuke oemotståndligt för att sådan intagning skulle komma till stånd. Det sjukliga alkoholbegäret, anförde kommittén, måste sålunda te sig som en svår psykisk sjukdom, där alkoholismen infiltrerar personligheten och dominerar denna på samma sätt som den psykotiska sjukdomsprocessen gör. Om alkoholismen lett till personlighetsförändringar av andra slag, t. ex. psykisk nivå-sänkning som vid den kroniska alkoholismen, skulle dessa personlighetsförändringar vara svårartade och djupgripande. En betydande nedsättning av omdömesförmågan och en djupgående brist på insikt om tillståndets natur och symptom-bildens allvar måste föreligga. Kommitténs övervägande, sades det vidare, innebar att alkoholismen jämfördes med psykisk sjukdom och att speciella bestämmelser för den inte erfordrades. Kommittén underströk dock att intagning på mentalsjukhus borde kunna ske endast om behov förelåg av den särskilda vård som lämnades på sådant sjukhus.

Den synpunkt som sålunda framfördes av sinnessjuklagstiftningskommittén torde alltså vara gällande. Genom en lagändring 1969 fick emellertid a)-indikationen ett tillägg som särskilt tog sikte på narkotikamiss-



brukare. Detta tillkom i förtydligande syfte för att undanröja tveksamhet om i vilken utsträckning lagens bestämmelser var tillämpliga på narkotikamissbrukare.

I sin nuvarande form lyder a)-indikationen: ”. . . dels till följd av sjukdomen saknar sjukdomsinsikt eller till följd av beroende av narkotiska medel uppenbarligen är ur stånd att rätt bedöma sitt behov av vård, dels kan få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller avsevärt försämrat om vården uteblir”.

Att tillägget begränsats till att avse narkotikamissbruk kan i och för sig ge intryck av att lagen gör skillnad mellan narkotikamissbrukare och missbrukare av andra beroendeframkallande medel, men så torde inte vara fallet. Såsom utvecklas i kap. 8 vill kommittén emellertid föreslå att uttrycket ”narkotiska medel” ändras till ”beroendeframkallande medel”.

Trots tillägget till a)-indikationen och de uttalanden som gjordes i samband med dess tillkomst är man i praxis fortfarande restriktiv då det gäller att oberoende av den sjukas samtycke ta in eller kvarhålla narkotikamissbrukare för vård. Såsom framhållits i kap. 1 (se s. 104) är meningarna om värdet av tvångsvård starkt delade såväl då det gäller narkotika- som alkoholmissbrukare. Detta gäller inte endast den rent medicinska vården utan även den form av omhändertagande som sker inom ramen för nykterhetsvårdslagen. De motsättningar som därvid framkommit illustreras av diskussionerna kring socialutredningens betänkande.

#### *Principiella synpunkter på vården av missbrukare av beroendeframkallande medel*

I tidigare avsnitt (se s. 201) har kommittén gett uttryck för den meningen att domstolsöverlämnande till sluten psykiatrisk vård skall vara grundat uteslutande på medicinska eller socialmedicinska skäl på samma sätt som intagning enligt LSPV med stöd av vårdintyg. Sjukhusintagning av missbrukare av beroendeframkallande medel med stöd av vårdintyg sker i regel endast i fall, då missbruket kompliceras av andra faktorer, t. ex. ett psykotiskt tillstånd eller ett högradigt orostillstånd. Att så är förhållandet bestyrkes av den undersökning av den s. k. abnormindikationen i LSPV för vilken tidigare redogjorts (jfr kap. 4 s. 146). I 198 av de 205 fall, som undersökningen omfattade och där intagning skett med stöd av LSPV, förelåg sålunda psykotiskt tillstånd, däribland alkoholpsykos. I övriga 7 fall rörde det sig om svåra reaktiva insufficienser, av vilka somliga uppkommit i anslutning till alkohol- och/eller tablettmissbruk. Dessa insufficienser avklingade i regel snabbt, och patienten skrevs ut efter kort vårdtid. – När patienten är i sitt habituelltillstånd, anses skäl för vård enligt LSPV ej längre föreligga. Eventuellt sker överföring till frivillig vård. I vissa fall, speciellt om insufficienserna – psykotiska eller andra – återkommer med täta intervaller, brukar utskrivning ske på försök.

Det förekommer emellertid också att patienter, som lider av ett starkt beroende av alkohol eller narkotika och efter intag av höga doser blivit kraftigt fysiskt nedgångna, tas in på sjukhus med stöd av a)-indikationen i LSPV. Om de sedan – vilket inte är ovanligt – vill lämna sjukhuset efter några dagar kan det bli aktuellt att kvarhålla dem med stöd av samma a)-indikation.

Vårdtidens längd blir avhängig av olika faktorer, såsom arten av missbruksmedel och beroendets styrka.

Vid narkotikamissbruk anses vården i regel böra omfatta avgiftning samt ytterligare vård för att förbättra patientens psykiska och fysiska kondition och hjälpa honom att komma över det värsta narkotikabegäret under tid, som varierar beroende av läkarens bedömning av vad som är lämpligt och ändamålsenligt i det speciella fallet. En vanlig uppfattning är att denna tid bör, åtminstone vid opiatmissbruk eller höggradigt amfetaminmissbruk, uppgå till 2–3 månader efter avgiftning, men med stora individuella variationer. Beträffande alkoholmissbruk kan samma principer sägas vara vägledande, ehuru vården här mera sällan anses böra ske med stöd av LSPV annat än under avgiftning och en mycket kort period därefter.

Det viktigaste i behandlingen av missbrukare – förutom avgiftning – är emellertid, oavsett anledningen till sjukhusintagningen, att patienten får en realistiskt planerad och effektiv eftervård, innefattande såväl medicinska som sociala stödåtgärder.

Det bör emellertid observeras att det bakom ett missbruk kan finnas psykiska störningar som fordrar särskild behandling.

Då det gäller intagning och vård på grund av domstols beslut är situationen en annan. Såsom framgår bl. a. av de tidigare nämnda undersökningarna är missbruk utomordentligt vanligt bland domstolsöverlämnade, ehuru det endast sällan åberopas såsom enda skäl för sluten vård. Situationen är emellertid ofta den, att sluten psykiatrisk vård knappast skulle ha ifrågakommit, om inte missbruk funnits med i bilden.

Vilka synpunkter som bör läggas på den straffrättsliga behandlingen av lagöverträdare, som är missbrukare, skall här belysas med avseende på olika grupper av missbruksfall, nämligen

- (1) beroendefall, dvs. fall där beroendet av missbruksmedlet framstår som det väsentliga problemet;
- (2) psykosfall, dvs. fall där en psykos förelegat i gärningsögonblicket;
- (3) fall där missbruket lett till ett psykoorganiskt syndrom med nivå-sänkning; samt
- (4) missbruksfall med bakomliggande psykiska störningar.

### *Beroendefall*

Vad först gäller alkoholberoende framgår av kap. 1 (se s. 111) att behandlingen i regel sker i öppen vård. Sluten vård är endast indicerad för kortare perioder. För icke domstolsöverlämnade patienter är det också praxis att vårdperioden på sjukhus begränsas till en kort period, ofta endast några dagar, antingen vården sker på frivillig väg eller – mera sällan – genom intagning med stöd av vårdintyg. Av vad förut (s. 110 och 135) anförts framgår att alkoholmissbruk är synnerligen vanligt bland det rättspsykiatriska klientelet. I praxis har man emellertid varit mycket restriktiv, då det gäller att till sluten vård överlämna en person hos vilken alkoholberoendet framstår som den väsentliga orsaken till brottsligheten. I de fall domstolsöverlämnande skett har det – om inte psykotiska komplikationer förelegat – i regel varit fråga om ett jämställdhetstillstånd på grund av personlighetsavvikelser.



Alkoholberoende som sådant kan visserligen, såsom förut framhållits, föranleda intagning och kvarhållande i sluten vård med stöd av LSPV. Med hänsyn till att behovet av sluten vård oftast är kortvarigt är det emellertid sällan lämpligt att till sluten psykiatrisk vård överlämna lagöverträdare som är alkoholmissbrukare. Avgiftning och den allmänna upprustning av det kroppsliga tillståndet som måste göras i sluten vård har i de flesta fall redan skett vid domstillfället. Av fallbeskrivningarna nr 6, 7, 9, 11 och 12 framgår tydligt att långvarig sluten vård inte är någon effektiv metod att befria missbrukare från alkoholberoende. Man har inte ens kunnat avhålla dessa från missbruk under sjukhustiden. Behovet av sluten och öppen sjukvård samt resocialiserande behandling i övrigt kan enligt kommitténs mening lika väl tillgodoses inom kriminalvårdens ram. På kriminalvårdsanstalterna torde finnas bättre möjlighet än på sjukhusen att hindra fortsatt spritmissbruk. Det finns därför enligt kommitténs mening ingen anledning att uppställa hinder mot frihetsstraff för denna kategori, även om beroendet är sådant att intagning med stöd av LSPV kunnat ske vid brottstillfället. En annan sak är att det i enstaka fall kan inträffa att vederbörandes alkoholberoende är så starkt att han, om han ej kan få tag på alkohol i drickbar form, tillgriper metanol, skokräm, eller vilket skadligt ämne som helst som kan förväntas ha ruseffekt. I ett dylikt fall kan hans vårdbehov vara sådant att överlämnande till sluten psykiatrisk vård ändå ter sig som den lämpligaste påföljden. Om brottet inte är alltför allvarligt kan också, såsom framhållits i kap. 6 (se s. 184), påföljden öppen psykiatrisk vård ifrågakomma.

I det föregående har framförts skäl för att många av de lagöverträdare, som lider av personlighetsstörningar och som med nuvarande praxis brukar överlämnas till sluten psykiatrisk vård, skall kunna dömas till kriminalvård. Om så sker, skulle detta med hänsyn till att just dessa personer i stor utsträckning missbrukar alkohol innebära, att kriminalvården kommer att tillföras ytterligare alkoholmissbrukare utöver de många som redan finns där.

Man torde få räkna med att det då och då under verkställighetstiden uppstår behov av sluten sjukhusvård. Det är därför viktigt att det finns resurser att i möjligaste mån tillgodose det vårdbehov som sålunda uppstår. Till en del torde detta kunna ske genom den ökade flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård som kommittén föreslagit. Härutöver fordras att man på anstalterna kan bereda de intagna öppen vård med de olika terapiformer som kan ifrågakomma. Det allra viktigaste är dock att man vid frigivningen tar hänsyn till missbrukarens situation och noggrant förbereder denna samt att missbrukaren även efter frigivningen erhåller effektivt stöd.

Beträffande narkotikamissbruk synes den allmänna uppfattningen hos psykiatrer vara att initial behandling bör ske under medicinsk kontroll i sluten vård, eventuellt med stöd av LSPV, medan den mera långsiktiga behandlingen, som ofta huvudsakligen består av resocialiserande åtgärder, om möjligt bör ske på frivillig väg. Detta är också praxis vid behandling av andra patienter än de domstolsöverlämnade.

I rättspsykiatrisk praxis brukar narkomaner i större utsträckning än alkoholister hänföras till jämställdhetsgruppen, även om också i dessa fall personlighetsstörningar vanligen anges som den huvudsakliga orsaken till

vårdbehov. Denna praxis är i och för sig förståelig med hänsyn till att nyttjandet av alkohol till skillnad från narkotika är en bland befolkningen ytterligt vanlig företeelse och att även missbruk kan betecknas som vanligt (se s. 98). Särskilt vid opiatmissbruk har man ansett att jämställdhetstillstånd föreligger. Denna praxis har på senare tid börjat ifrågasättas i samband med den kraftiga ökningen av sådant missbruk. I två relativt nyligen avgjorda mål rörande opiatmissbrukare har emellertid HD ansett jämställdhetstillstånd vara för handen.

### *Fall 33*

Ett i NJA 1974 s. 108 refererat fall rör en flicka, N., som av underrätterna dömts till fängelse 3 år för grovt narkotikabrott och varusmuggling avseende införsel och försäljning av morfinbas. I HD förordnades om rättspsykiatrisk utredning varjämte yttrande från socialstyrelsen inhämtades. Betr. N:s personliga förhållanden framkom bl. a. följande: Hon led av en kronisk tarmsjukdom. I slutet av 1960-talet började hon använda opium, vilket bl. a. medförde lättnad i tarmsjukdomen. Sedermera övergick hon till morfinbas. Behovet av narkotika ökades successivt. Ett försök att upphöra med missbruket hade misslyckats.

I det rättspsykiatriska utlåtandet bedömdes N. som jämställdhetsfall med vårdbehov. I utlåtandet anfördes bl. a.: N. har vid undersökningen framträtt "såsom en neurotiskt spänd och splittrad, vad gäller utlevelsemöjligheter och förmåga till kontakt, hämmad, sluten, stel och avkaplad ung kvinna". Hon är "påtagligt introvert, kyligt sluten, isolerad, garderad och kontakträdd". Detta har sin bakgrund i "en uppenbar karaktärsneurotisk hämning". De karaktärsneurotiska besvär som N. företer har bl. a. yttrat sig i invaliderande psykosomatisk sjukdom: kroniskt diarréstillstånd. De har även medfört att "hon under lång tid, såsom fixerats i förarbetet till lagen, ej ens tillnärmelsevis normalt kunnat finna en plats i arbets- och gemenskapsliv". Denna oförmåga har ej varit betingad av narkotikamissbruket primärt utan har funnits långt före detta.

Socialstyrelsen instämde i undersökningsläkarens slutsatser och hänvisade till utlåtande av vetenskapligt råd som anförde: "Det är ingalunda självklart, hur N:s "abnormitet" skall bedömas; hennes "primära" personlighetsavvikelse ter sig inte särskilt svår, hennes somatiska sjukdom är allvarlig men knappast avgörande, hon är morfinist men ur den akuta abstinensfasen. Hon var det emellertid ingalunda, då gärningarna begicks, och det är framför allt detta, som gör, att man måste bedöma abnormiteten vid gärningarnas begående som jämställd med sinnessjukdom i BrB:s mening. Kroniska morfinister har av hävd ansetts ha ett psykiatriskt behandlingsbehov. Såsom historien här ter sig, med de risker för återfall som föreligger ännu lång tid framöver, föreligger också i N:s fall ett oundgängligt vårdbehov enligt LSPV 1 § b) och c), och detta vård- och behandlingsbehov kan förutses bli betydligt mera långvarigt än man vid en ytlig bedömning kunde vara benägen att tro."

Såsom vittne i målet hördes ytterligare en rättspsykiatrisk expert, G., som uttalade bl. a.: "Bruk av opiater – opium, morfin och morfinbas – ger, till skillnad från bruk av olika centralstimulerande medel, utöver ett psykiskt beroende även ett starkt fysiologiskt beroende. Fall av kvalificerat opiatmissbruk måste därför ges en särställning. Till sådana är framför allt att hänföra fall, där vederbörande liksom N. inte har förmåga att bemästra ett successivt stegrat behov av medlet." – Mot denna bakgrund och med beaktande av att N. alljämt har kvar bestående abstinenssymtom anslöt sig G. till den av socialstyrelsen uttalade uppfattningen. G:s bedömning innefattade även hänsynstagande till N:s personliga särdrag.

HD ändrade hovrättens dom och överlämnade N. till sluten psykiatrisk vård. Såsom



skäl för sitt ställningstagande anförde HD att det med hänsyn till socialstyrelsens utlåtande och vad G. anført fick anses att N. begått åtalade gärningarna under inflytande av själslig abnormitet av så djupgående natur att den måste anses jämställd med sinnessjukdom samt att hon var i behov av sluten psykiatrisk vård och kunde beredas sådan med stöd av LSPV.

#### Fall 34

Ett annat uppmärksammat fall, som återgivits i NJA 1975 s. 471, rörde en 27-årig yngling, X., som gjort sig skyldig till grovt narkotikabrott m. m. I det rättspsykiatriska utlåtandet som avgavs på tingsrättens begäran anfördes bl. a.: ”X:s narkomani är utomordentligt allvarlig och detta omdöme får ökad tyngd mot bakgrunden av hans ålder. De doser han nått upp till såväl i fråga om centralstimulerande medel som beträffande olika preparat inom opium-morfin-gruppen är enorma. Vid tiden för de åtalade gärningarna har han befunnit sig i kontinuerliga höggradiga morfin- eller heroinrus, ständigt jagad av att skaffa mer narkotika eller pengar till narkotika, bl. a. för att undvika de plågsamma abstinensbesvären som han flera gånger fått pröva på. Vägande skäl synes därför föreligga att bedöma hans tillstånd vid gärningarnas begående som så djupgående att de måste jämföras med sinnessjukdom. Fortfarande är han psykiskt sjuk på grund av det mångåriga missbruket och i behov av läkartillsyn och mediciner. Dessa håller dock på att reduceras. Att han är i behov av sluten psykiatrisk vård synes uppenbart.”

Tingsrätten fann emellertid inte bevisat att X. handlat under inflytande av ett jämställdhetstillstånd eller att han var i behov av sluten psykiatrisk vård och dömde honom till fängelse 8 år. Såsom skäl för denna bedömning anfördes att tingsrätten vid prövning av det rättspsykiatriska utlåtandet fäst avgörande vikt vid den erfarenhet man hade av att den bedömning av abnormitetsgrad och vårdbehov, som kom till uttryck i rättspsykiatriska utlåtanden, ofta följdes av annan bedömning då den ådömda vården kom till verkställighet. Vidare anfördes att den förmåga till omsorgsfull planering som X. ådagalagt vid brottsens begående syntes svår att förena med att han, såsom anfördes i läkarutlåtandet, vid tiden för gärningarna ständigt befunnit sig i kontinuerliga morfin- eller heroinrus, ständigt jagad att skaffa mera narkotika eller pengar till narkotika för att undvika de plågsamma abstinensbesvär, som han flera gånger fått pröva på.

X. överklagade domen med yrkande i första hand att han måtte överlämnas till sluten psykiatrisk vård. Hovrätten infordrade yttrande från socialstyrelsen som anförde att X. enligt styrelsens mening begått åtalade brott under inflytande av psykisk abnormitet av så djupgående natur att den måste anses jämställd med sinnessjukdom samt att han var i behov av sluten psykiatrisk vård med stöd av 1 § 1 mom. c) och e) i LSPV. I hovrätten bestämdes påföljden till sluten psykiatrisk vård. – RÅ yrkade i HD att påföljden för X. måtte ändras till den av tingsrätten bestämda.

Vid huvudförhandlingen i HD hördes flera psykiatrer som sakkunniga. HD fastställde hovrättens dom och anförde i domskälen bl. a.: Den i målet förebragta utredningen ger klart vid handen, att X. vid tiden för gärningarnas begående led av svår narkomani. Detta förhållande utgör emellertid i och för sig icke tillräcklig grund för antagande, att X. befunnit sig i ett abnormtillstånd som måste anses jämföras med sinnessjukdom. Vid prövning av frågan huruvida så varit fallet måste hänsyn tagas till flera olika faktorer, såsom X:s psykiska konstitution, narkotikamissbrukets varaktighet och svårhetsgrad samt beskaffenheten av de skador som missbruket föranlett med avseende på X:s psykiska status och på hans möjligheter att fungera i arbete och social gemenskap. – Såsom framgår av de rättspsykiatriska utlåtandena uppvisar X. vissa psykiska särdrag. — X. har missbrukat narkotika och liknande medel med endast kortvariga avbrott alltsedan 12-årsåldern. Åtminstone under de senaste åren har narkotikainjektionerna varit täta och doserna mycket stora. R. har uppgivit, att X:s

giftbehov varit osedvanligt stort; "suget" efter morfin och heroin har varit både psykiskt och fysiskt betingat och doserna av dessa medel har varit "enorma", mångdubbelt större än vad som för en ovan förbrukare skulle utgöra dödande dos. Enligt R. har X. under den tid varom i målet är fråga levat i ständig skräck för de plågor som abstinensen med nödvändighet skulle medföra. T. har förklarat, att X:s ångest inför de plågsamma abstinensbesvären var av psykotisk dignitet samt att X. under angivna tid så gott som ständigt balanserat på gränsen till psykos och vid vissa tillfällen överskridit den gränsen. Enligt T. har X. aldrig varit socialt anpassad. – Vad som sålunda och i övrigt blivit i målet upplyst angående X:s personlighet, arten och graden av hans narkomani samt följderna i skilda hänseenden av hans missbruk berättigar till den slutsatsen att X. vid tiden för brotten befann sig i ett psykiskt abnormtillstånd som måste anses jämställt med sinnessjukdom. Omständigheterna är vidare sådana, att X. måste anses ha begått brotten under inflytande av denna psykiska abnormitet. – I målet är upplyst, att X. numera icke använder narkotika; han erhåller som enda medicin ett lätt sömnmedel. Enligt vad som framgår av socialstyrelsens yttrande och av vad R. uttalat är X. emellertid oundgängligen i behov av sluten psykiatrisk vård. Med hänsyn till att X:s narkomani varit mycket långvarig och särskilt grav framstår det också som uppenbart, att sådan vård måste beredas X. under avsevärd tid. Vid denna bedömning bör enligt högsta domstolens mening beaktas såväl att sannolikheten för återfall är stor som att risk föreligger att X. vid återfall på nytt börjar sälja narkotika och därigenom bidrar till att utbreda och förvärra narkotikamissbruket i samhället. Erforderlig vård kan beredas X. med stöd av de bestämmelser i lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall som socialstyrelsen åberopat i sitt yttrande. Vård bör även kunna beredas honom med tillämpning av bestämmelsen i 1 § första stycket b) samma lag. Socialstyrelsen har --- uttalat, att X. bör vårdas på avdelning för särskilt vårdkrävande.

Målet belyser åtskilliga av de problem som uppkommer vid psykiatrisk bedömning av narkotikamissbrukare. Vad gäller själva jämställdhetsbedömningen synes HD, ehuru man tagit hänsyn även till andra faktorer, ha lagt avgörande vikt vid att X:s narkotikaberoende varit av den varaktighet och styrka att skräcken för abstinensbesvären vid uteblivet narkotikaintag försatt honom i ett psykiskt abnormtillstånd som motiverade straffrättslig särställning. Beträffande bedömningen av X:s behov av vård är att märka att X. vid tiden för tingsrättens dom varit häktad under omkring ett halvår och vid tiden för HD:s dom omkring ett år. Tingsrätten redovisade i sin dom erfarenheter som visar att narkotikamissbrukare som överlämnas till psykiatrisk vård brukar utskrivas efter kort tid och återfalla i brott. HD konstaterade emellertid att vård måste beredas X. under avsevärd tid och synes ha utgått från att han skulle intagas på avdelning för särskilt vårdkrävande. Den av HD tillagda specialindikationen b) får ses som ytterligare en fingervisning i detta hänseende. – Under sakkunnigförhören i HD yppades olika meningar rörande X:s medicinska behov av vård. Två av de sakkunniga ansåg att X., som en längre tid varit avgiftad, borde tämligen omedelbart utskrivas för den händelse han överlämnades till sluten psykiatrisk vård.

Då vanligen ganska lång tid förflyter mellan brottets upptäckt och domen är narkomanen – under förutsättning att han direkt blir omhändertagen för adekvat vård på rättspsykiatrisk klinik eller sjukhus – i regel avgiftad vid domstillfället. Ett överlämnande till sluten psykiatrisk vård strider då ofta mot den praxis som skulle ha tillämpats om vederbörande inte begått brott. Frågan är då om några vägande medicinska skäl kan anföras för att i detta hänseende särbehandla kriminella narkomaner. Hur nuvarande ordning kan



verka framgår – förutom av fallen 33 och 34 samt de i kap. 4 återgivna fallen 3 och 4 – även av följande fall.

#### Fall 35

A. begick sitt första brott vid 13 års ålder och har varit intagen på ungdomsvårdsskola, ungdomsfängelse och vanligt fängelse. Vid den läkarundersökning som föregick hans intagning på ungdomsvårdsskola beskrivs A. som en normalbegåvad, psykoinfantil, hysteroid personlighet med betydande duperingsförmåga. På anstalterna misskötte han sig och begick nya brott. I början av 1960-talet blev han rättspsykiatriskt undersökt. I utlåtandet anfördes att hans spritmissbruk i förening med hans hysteroida läggning nödvändiggjorde en längre tids omhändertagande för aversionsbehandling och korrektionsåtgärder. Han ansågs ej vara i behov av sjukhusvård, utan frihetsstraff föreslogs. Domen blev i enlighet härmed. Han blev efter kort tid villkorligt frigiven, begick nya brott och blev 2 år efter den första rättspsykiatriska utredningen underkastad förnyad sådan. I denna framhölls hans benägenhet för kortvariga insufficiensstillstånd vid motgångar med impulsiva självmordsförsök som följd. Han bedömdes som ett jämställdhetsfall i behov av sjukhusvård. Yttrande av medicinalstyrelsen utmynnade i att A:s abnormitet inte var av jämställdhetsgrad och att vårdbehov ej förelåg. Han erhöll villkorlig dom, men fortsatte sin brottslighet och ådömdes frihetsstraff. Under de närmast därpå följande åren var han periodvis intagen på mentalsjukhus. Han började så småningom missbruka narkotika. Under en avvikning från mentalsjukhus, där han sedan två år vårdats med stöd av LSPV, gjorde han sig skyldig till nya brott. Han dömdes för stöld och misshandel och överlämnades som jämställd till sjukvården. Någon rättspsykiatrisk undersökning föregick ej domen utan överlämnandet skedde efter socialstyrelsens hörande. A. har därefter vårdats 6 år under diagnosen persona pathologica + alkoholismus + narkomania. Under sjukhusvistelsen har han fortsatt sitt missbruk av alkohol och narkotika. Missbruket har också accentuerats. Han har vid 3 tillfällen varit försöksutskrivnen, men återintagits på grund av recidiv i missbruk och kriminalitet. Under försöksutskrivningar har han försörjt sig genom narkotikaförsäljning. Han har vid 9 tillfällen avvikit och gjort sig skyldig till nya brott – huvudsakligen narkotikalangning. Under den tid han vistades på sjukhuset sålde han tabletter där. Någon systematiskt genomförd social rehabilitering har ej varit möjlig under den långa vårdtiden beroende på de ideliga recidiven i misskötsamhet.

A:s senare brottslighet synes i stor utsträckning sammanhänga med missbruket. En förutsättning för att på längre sikt förbättra A:s anpassning i samhället torde vara att ett effektivt avbrott i gifttillförseln sker. Det kan emellertid konstateras att man under den långa vårdtiden ej lyckats förhindra ett fortsatt missbruk utan detta har i själva verket tilltagit. A. har till och med gjort sig skyldig till narkotikalangning både inom och utom sjukhuset. Han har inte varit motiverad att medverka i något systematiskt genomfört behandlingsprogram. Av journaluppgifterna framgår ej om man över huvud taget diskuterat ett sådant med honom. Det är uppenbart att A. på grund av sin narkomani och sin benägenhet att under mer pressade förhållanden reagera med desperata handlingar av olika slag periodvis under kortare tid varit i behov av sluten psykiatrisk vård. Den långvariga sjukhusvistelsen synes emellertid inte ha varit meningsfull.

Av fallbeskrivningarna framgår bl. a. att sjukhusen inte har möjlighet att tillse att intagna narkotikamissbrukare hålls giftfria, vilket är en förutsättning för den sociala rehabiliteringen. I många av de av kommittén studerade

missbruksfallen har vården varit anmärkningsvärt lång utan att detta synes ha medfört någon nämnvärd förbättring av vederbörandes tillstånd.

Ibland tillämpas även beträffande domstolsöverlämnade narkotikamissbrukare korta vårdtider på sjukhus. Den snabba utskrivningen torde ofta kunna ses som ett uttryck för att sjukhusläkaren ansett, att det över huvud taget inte varit motiverat att till sjukhusvård överlämna den i regel sedan flera månader avgiftade missbrukaren.

Beträffande såväl långtids- som korttidsvårdade fall som kommittén studerat gäller att eftervården, i den mån sådan alls förekommit, i regel varit mycket bristfällig. Patienten har vid utskrivningen inte alls haft det stöd och den tillsyn som hans hälsotillstånd och sociala situation krävt. Sålunda har det ofta funnits allvarliga brister i såväl bostads- som arbetshänsende. Kontakten med nykterhetsvård och socialvård har inte heller fungerat. Kontrollen – utövad i form av t. ex. övervakning – har genomgående varit otillräcklig.

I de flesta av de studerade fallen har man, såsom nämnts, på sjukhusen inte lyckats förmå vederbörande att upphöra med missbruket. I åtskilliga fall har detta t. o. m. förvärrats under vårdtiden (se t. ex. fall 2, 3, 6 och 10). Rymningar har ofta förekommit, liksom återfall i kriminalitet, i regel i samband med missbruk. Misslyckandena torde främst ha sin grund i att missbrukarna inte kunnat förmås att aktivt medverka i en resocialiserande behandling. Den motivation som krävs härför saknas hos de flesta av de domstolsöverlämnade missbrukarna. Den kriminella identifikationen är stark och den sociala situationen över huvud dålig. De är vidare utsatta för påtryckningar från andra missbrukare. För att under sådana förhållanden komma till rätta med ett missbruk, som ofta torde vara uttryck för en livslång missanpassning, krävs en långsiktig, noga genomtänkt behandling. För genomförandet av en dylik behandling saknar sjukhusen i stor utsträckning erforderliga resurser.

Mot bakgrunden härav ter det sig – även om tillståndet vid tiden för brottet varit sådant att vård med stöd av LSPV kunnat komma ifråga – föga rationellt att överlämna narkotikamissbrukaren till sluten psykiatrisk vård, vare sig följden blir att han släpps ut tämligen omedelbart efter avgiftning eller att han, i strid mot vad som ur psykiatrisk synpunkt kan anses ändamålsenligt, under lång tid kvarhålls på sjukhus. De ständiga återfallen i missbruk och kriminalitet hos de domstolsöverlämnade har också hos allmänhet och domstolar skapat misstro mot sjukhusvård som påföljd. Förordnande om sluten psykiatrisk vård har visat sig föga ägnat att befria den dömda från hans narkotikaberoende eller att avhålla honom från att begå brott. Detta förhållande har stundom lett till att domstolar underlåtit att förordna om rättspsykiatrisk undersökning av narkotikamissbrukare, ehuru en undersökning i och för sig varit motiverad.

Om man sålunda konstaterar att överlämnade till sluten psykiatrisk vård för de flesta narkomaner som begår brott inte är någon lämplig påföljd återstår att avgöra om andra påföljder kan vara lämpligare.

I vissa enstaka fall, då brottsligheten inte är alltför omfattande och vederbörandes prognos ter sig godartad, kan öppen psykiatrisk vård vara en lämplig påföljd. En förutsättning bör då vara att avgiftning skett och det finns anledning tro att vederbörande kommer att medverka i ett öppenvårdspro-



gram, eventuellt med placering på behandlings- eller inackorderingshem. Särskilt om en behandling i öppen vård påbörjats kan det finnas anledning att låta den fortsätta i den form som en försöksutskrivning innebär. I andra fall kan skyddstillsyn med föreskrifter om läkarvård – även sjukhusvård – vara att föredraga.

I de fall brottsligheten är omfattande – ofta rör det sig om olaga narkotikaförsäljning eller grov egendoms kriminalitet – och den sociala prognosen är dålig krävs emellertid av såväl individualpreventiva som allmänpreventiva skäl mera ingripande åtgärder. Det är i dessa fall helt orealistiskt att tro att en vård i frihet utan andra sanktioner än mer eller mindre kortvariga sjukhusintagningar skulle vara tillräckligt för att åstadkomma en resocialisering. Särskilt i den mån brottsligheten består i olaga narkotikaförsäljning kräver starka hänsyn till allmänheten att vederbörande under längre tid avskärs från möjligheten till fortsatt brottslighet.

Den påföljd som förutom sluten psykiatrisk vård kan ifrågakomma för sådana fall är framför allt fängelse.

Då det gäller valet mellan dessa två påföljder gör kommittén följande överväganden.

En förutsättning för att narkomanen skall kunna frigöra sig från sitt beroende är att han, sedan själva avgiftningen skett, under lång tid hålls giftfri. Även om det tydligen inte är möjligt att förhindra införsel av narkotika på kriminalvårdsanstalterna borde det dock på dessa anstalter finnas bättre förutsättningar att avskärma narkomanen från tillgång till missbruksmedlet än man har på sjukhusen. Den långsiktiga resocialiserande behandling i övrigt som krävs kan i och för sig lika väl ske inom ramen för ett fängelsestraff som en sjukhusvistelse. Härtill kommer att det, såsom tidigare framhållits, inte är sjukhusens uppgift att genom inspärning tillse att patienterna inte begår brott annat än i de fall då en hög grad av slutenhet erfordras på grund av farlighet för annans personliga säkerhet (b-indikationen) eller för att ge patienten adekvat medicinsk vård. En långvarig period av sluten vård är emellertid i regel inte från medicinsk synpunkt motiverad beträffande narkomaner.

Vad därefter angår frågan huruvida humanitära skäl kan anses tala mot att lagöverträdare som är narkomaner dömes till fängelse är särskilt följande att framhålla beträffande olika missbruksgrupper. Hur påföljdsfrågan skall bedömas vid psykotiska komplikationer i samband med missbruk behandlas särskilt i ett följande avsnitt.

*Opiater* (morfingruppen). Såsom framhållits i kap. 1 (s. 99) ger opiater upphov till svårare och mera plågsamma abstinenssymtom än andra narkotika. Det har hävdats att en opiatmissbrukare, som i en abstinensfas eller av rädsla för att sådan skall uppstå gör sig skyldig till brott för att skaffa medel till inköp av giftet, är utsatt för ett sådant lidande eller risk för lidande att han inte kan göras ansvarig för brottet. Abstinensbesvären är emellertid av varierande styrka, beroende framför allt på intensiteten i missbruket. Med de metoder som tillämpas i modern sjukvård kan avvänjningen i regel ske utan alltför svåra plågor för patienten. Möjligheten att söka vård står öppen för alla och bör framstå som ett alternativ till fortsatt missbruk. Att missbrukaren i stället för att söka vård begår brott för att finansiera sitt missbruk synes i regel inte böra medföra straffrättslig undantagsställning. Ur skyddssynpunkt är det

ej sällan angeläget att omhändertaga en missbrukare för längre tid för att kunna avhålla honom från att sprida missbruket till andra. Dessa skydds-synpunkter borde kunna bäst tillgodoses genom fängelsestraff.

*Nervlugnande medel och sömnmedel.* Högradigt missbruk av dessa medel, särskilt i förening med alkohol, kan leda till affektlabilitet och plötsliga vredesutbrott med våldshandlingar. Hinder mot ådömande av frihetsstraff bör inte föreligga. Ibland kan missbruket i abstinensfasen medföra delirium, dvs. en psykos.

*Centralstimulantia.* Såsom framgår av beskrivningen i kap. 1, (s. 100) är abstinenssymtomen vid dessa medel mycket måttliga. De kan inte anses vara av sådan styrka att de motiverar straffrättslig undantagsställning. Huvudproblemet beträffande dessa preparat är det kraftiga psykiska beroende de ger upphov till. Man bör kunna kräva att en missbrukare underkastar sig vård häremot. Missbruk av centralstimulantia ger emellertid inte sällan upphov till psykotiska tillstånd.

*Kokain.* Kokainmissbruk är relativt ovanligt i Sverige. Samma synpunkter som anförts beträffande centralstimulantia gäller för detta medel.

*Hallucinogener.* Dessa preparat ger sällan upphov till allvarligt beroende. Det finns därför vanligen ingen anledning att för sådana fall utesluta användning av frihetsstraff.

*Cannabispreparaten.* Dessa preparat bör, som framgår av kap. 1 (se s. 102), betecknas som hallucinogener och de synpunkter som anförts beträffande sådana gäller även här.

*Snifningsmedel.* Dessa medel ger sällan upphov till beroende. I de undantagsfall missbruket blir kroniskt kan tillståndet liknas vid alkoholism. Något hinder mot att döma missbrukare till frihetsstraff bör i och för sig inte finnas. Däremot kan missbruket ge upphov till skador som kan motivera straffrättslig undantagsställning.

En absolut förutsättning för att missbrukare skall dömas till frihetsstraff är att de under avgiftning och i övrigt vid behov erhåller adekvat medicinsk vård. Narkotikamissbrukare bör på samma sätt som alkoholmissbrukare inom ramen för straffet erbjudas medicinsk och psykologisk behandling (se s. 341). I kap. 12 diskuteras också frågan om ett särskilt behandlingsprogram för narkomaner av s. k. civil commitmenttyp (se 333 ff).

Det bör emellertid, liksom när det gäller alkoholister, påpekas att det kan finnas fall, där beroendet är så starkt att slutna psykiatrisk vård ändå ter sig som den lämpligaste påföljden.

Sammanfattningsvis bör alltså enligt kommitténs mening kriminalvård vara den normala påföljden för missbrukare av beroendeframkallande medel i de fall, där inte andra allvarliga psykiska störningar än själva beroendet förelåg vid brottstillfället.

Härvid bör emellertid observeras att enligt stadgandet i 33 kap. 4 § BrB lindrigare straff än som för brottet är stadgat kan bestämmas för brott som begåtts under inflytande av själslig abnormitet, om särskilda skäl är därtill. Den omständigheten att den åtalade varit starkt beroende av narkotika bör i vissa fall kunna medföra strafflindring.



*Psykotiska tillstånd till följd av missbruk*

Det är tämligen vanligt att missbruk av vissa beroendeframkallande medel, särskilt centralstimulantia och hallucinogener, ger upphov till psykotiska tillstånd som kan vara av mer eller mindre övergående natur (se t. ex. fall 2, 3 och 10). Vanligen varar det psykotiska tillståndet några timmar till ett dygn, men det kan förekomma att det sträcker sig över månader. Andra typer av beroendeframkallande medel såsom alkohol och barbiturater kan ge upphov till psykotiska tillstånd under abstinensfas.

Efter intagning på sjukhus på frivillig väg eller med stöd av vårdintyg brukar utskrivning i regel ske tämligen snart efter det psykosen avklingat och avgiftning skett.

På grund av bestämmelserna i 33:2 BrB brukar frihetsstraff inte ådömas den, som vid brottets begående befann sig i ett psykotiskt tillstånd, även om detta föranletts av missbruk av beroendeframkallande medel och varit av snabbt övergående natur. Om brott som begåtts i psykotiskt tillstånd är av mera allvarligt slag och därför anses nödvändigöra ett omhändertagande i någon form, är det inte ovanligt att sluten psykiatrisk vård ådömes, även om tillståndet avklingat vid målets handläggning inför domstol och då alltså inte skulle ha lett till intagning för sluten vård med stöd av LSPV:s vanliga intagningsregler. Överlämnandet till psykiatrisk vård brukar i dylikt fall motiveras med att det, med hänsyn till risken för att fortsatt missbruk kan medföra nytt psykotiskt tillstånd, är nödvändigt att i kontrollsyfte behålla vederbörande i sluten vård under tillräcklig tid.

Det kan ibland vara mycket svårt att avgöra om ett brott begåtts under inflytande av ett psykotiskt tillstånd.

Vad gäller alkoholrus är det svårt att ange någon gräns, där man anser att vederbörande till följd av ruset är att anse som psykotisk. Det s. k. patologiska ruset, som bedöms som sinnessjukdom, karakteriseras av att vederbörande – ofta efter intagande av mycket små alkoholmängder – drabbas av ingripande personlighetsförändringar följda av djup sömn och amnesi (minnesförlust). I praxis har man intagit en mycket restriktiv hållning när det gällt att rubricera rustillstånd som patologiskt.

Enligt kommitténs uppfattning bör patologiskt rus – bedömt med den restriktivitet som hittills tillämpats – även i fortsättningen medföra straffrättslig undantagsställning. Även delirium tremens och andra allvarliga alkoholsjukdomar bör medföra sådan undantagsställning.

Psykotiska tillstånd till följd av narkotikaintag förekommer främst vid missbruk av centralstimulantia och hallucinogener. Även om man på grund av missbrukets omfång och karaktär kan sluta sig till att vederbörande ibland befunnit sig i psykotiskt tillstånd kan det vara svårt att avgöra, om sådant förelegat vid brottet och haft betydelse för detta. Om t. ex. en person som länge missbrukat centralstimulantia begått en hel serie likartade brott såsom olaga narkotikaförsäljning, är det antagligt att han vid något eller några – men långt ifrån alla – brottstillfällen varit psykotisk, ehuru detta i efterhand kan vara näst intill omöjligt att utröna. I vissa fall kan emellertid missbruket medföra att vederbörande drabbas av så ingripande personlighetsförändringar, att han utför en handling som är helt främmande för hans natur, t. ex. ett till synes oförklarligt våldsbrott.

Rylander har vid rättspsykiatriska kliniken i Stockholm gjort åtskilliga

studier beträffande narkomaner, särskilt missbrukare av centralstimulantia. En undersökning av 75 sådana fall visade att 49 genomgått en eller flera psykoser, oftast av kort varaktighet – timmar eller dagar, ibland veckor och undantagsvis månader. Rylander beskriver dessa tillstånd på följande sätt:<sup>1</sup>

Hänsyftnings- och förföljelseidéerna dominerar till en början. Fenomenet är så vanligt att missbrukarna själva talar om "noia", alltså en förkortning av paranoia, och skiljer mellan "snutnoia" och "kamratnoia". Den sjuke börjar frukta att polisen är efter honom, tror att människor som går förbi fönstret eller passerar honom på gatan är civilklädda poliser. Bilar som kör förbi är polisbilar. Så tillkommer illusioner, parkeringsautomater förvandlas till gubbar som spionerar på honom, trädgrenar sänker sig hotande ner om han kör bil, etc. I början kan narkomanen ha god insikt så att han förstår att besvären orsakas av preludinet. Men icke desto mindre plågas han av ångest och rädsla. Under senare stadier blir han övertygad om spionerandet och förföljelserna och han rusar runt, gömmer sig i portgångar, åker tunnelbana kors och tvärs eller kastar sig i en taxi för att fly.

"Kamratnoian" tar sig uttryck så att kamraterna talar illa om honom och försöker trakassera honom, i svårare fall tror han att de är utsända av ligor som vill skada eller döda honom. Ej sällan förekommer syn- och hörselhallucinationer liksom ibland schizofrena klyvningssymtom blandade med förföljelseidéerna, så att sjukdomsbilder uppstår som är mycket lika paranoida schizofrenier. Andra gånger framträder exalterade, hypomana inslag eller dominerar för att sedan under abstinensen avlösas av depressiva tillstånd. Överhuvudtaget är sjukdomsbilderna växlande och inbjuder lätt till misstolkningar om giftmissbruket icke framkommit.

Rylander har i anslutning till sina iakttagelser uttalat att det är hans bestämda uppfattning att paranoida psykoser förr eller senare uppträder hos intravenösa missbrukare av centralstimulantia.

Såsom exempel på farliga gärningar som begåtts av hans patienter under inflytande av akuta, paranoida psykoser nämner Rylander ett fall där en narkoman dödade en av sina kamrater i "knarkargänget", då han var övertygad om att denne var lejd av en liga för att döda honom. En annan narkoman försökte tränga sig in i polishuset i Stockholm med en kniv i handen i avsikt att anropa säkerhetspolisen om hjälp mot sina förföljare. Som ett tredje exempel anför Rylander en man som under intryck av "polisnoia" körde i rasande fart genom de centrala delarna av Stockholm utan att stoppa för rött ljus och i fel riktning genom enkelriktad gata med följd att han krockade och allvarligt skadade sig själv och flera passagerare i den mötande bilen.

Särskilt starka reaktioner brukar uppkomma vid bruk av LSD och andra hallucinogener. Såsom ett exempel härpå kan nämnas följande fall.

#### *Fall 36*

B. visade tidigt anpassningssvårigheter och började i 14-årsåldern missbruka thinner. Han övergick sedan till alkohol och började vid 19 års ålder använda även narkotika. Det har rört sig om ett massivt blandmissbruk med såväl centralstimulerande medel som opium och dess derivat, haschisch och LSD. Han har också varit intravenös missbrukare. Under en period av intensivt missbruk av LSD blev han psykotisk med syn- och hörselhallucinos, vaneföreställningar av förföljelsenatur och påverkningsidéer. Han skall vid denna tid också ha blivit personlighetsförändrad, labil, pessimistisk

<sup>1</sup> Centralstimulerande medel ur historisk, klinisk och medicinsk-kriminologisk synpunkt (SvJt 1969).



och samhällsfientlig. B. har haft upprepade vårdperioder för sitt narkotikamissbruk. Han har under dessa perioder förbättrats något. De psykotiska symtomen har dock aktualiserats i samband med missbruk. Vid ett tillfälle tog han sig ut i faderns sommarstuga och anlade eld. Han för senare hem till modern och berättade för henne vad han hade gjort. Han har haft varierande förklaringar rörande motivet till handlingen. Han uppgav först att han hyste agg till fadern och senare att handlingen var ett uttryck för allmän apati och tråkiga levnadsomständigheter. – Under undersökningstiden var han psykotisk och erhöll antipsykotisk medicin. Intellectuellt var han välbegåvad och utan tecken på demens. Han hade insikt i sitt allvarliga missbruk. Han hade endast diffusa minnesbilder av den åtalade gärningen och dessa var uppblandade med hallucinatoriska upplevelser. Han bedömdes som ett vårdbehövande jämställdhetsfall med diagnosen abnorm personlighetsutveckling med manifestation av anpassningssvårigheter och blandmissbruk. – B. intogs på mentalsjukhus drygt 2 månader efter undersökningens början. Vid intagningen var han lugn, klar, ordnad, fri från psykotiska symtom och beredd att arbeta med sina narkomaniproblem. Han var optimistisk inför framtiden. Han erhöll miljöterapeutisk behandling och synes ha haft god nytta av denna. Han hade under vistelsen endast ett kortvarigt återfall till centralstimulerande medel. Det noteras att han "med fasa" minns sina psykotiska tillstånd. Han levde då i en värld av skräck och "ville elda ut onda andar". Han anser själv att det rörde sig om ett "återtrippfenomen", "ekofenomen", av LSD i samband med haschrökning och spritförtäring. Hans sociala situation stabiliserades i positiv riktning och han fick en inre psykisk balans. Vid den definitiva utskrivningen efter 5 månaders vårdtid hade han såväl arbete som bostad. Eftervården får emellertid anses ha varit otillfredsställande organiserad och den tid under vilken man följde honom var kort.

B. måste betecknas som svår narkoman. Utredningen synes visa att brottet begicks under inflytande av en psykos som sannolikt hade samband med giftmissbruket (hallucinogener). När gifttillförseln ströps, normaliserades B:s tillstånd.

I de utredningar som legat till grund för förslag till ny lagstiftning i Danmark och Norge har frågan om brott som begåtts under psykos till följd av giftmissbruk behandlats tämligen utförligt.

I dansk praxis har straffriförklaring kommit till stånd i några fall vid allvarliga våldsbrott som begåtts i samband med tillfälliga, psykotiska tillstånd på grund av narkotikaintag. Följande exempel anförs av straffelovrådet.

### Fall 37

Den 19-årige T. hade på gatan i en landsortsstad dödat en honon obekant kvinna genom att bakifrån sticka henne i vänstra sidan av ryggen med en kniv. T., som var ostraffad och inte tidigare visat tecken till impulsivitet eller våldshandlingar, hade ett och ett halvt år tidigare börjat röka hasch och hade under det sista halvåret också börjat använda LSD. Före dråpet hade han enligt uttalande av rättsläkarrådet rökt mera hasch än vanligt och – omedelbart före gärningen – intagit en avsevärd dos LSD. Enligt rättsläkarrådet inträffade en förgiftning som visade sig i intensiva, barocka hallucinationer, ångest, psykomotorisk oro och glömska. Detta tillstånd, som av rättsläkarrådet betecknades som sinnessjukt, dvs. psykotiskt, varade från 14.00–14.30-tiden till ca kl. 19.00. Dråpet inträffade kl. 16.15. T. straffriförklarades och dömdes till intagning i sinnessjukhus. Rättsläkarrådet uttalade att likartade handlingar efter intag av narkotika icke var osannolika, och att både hänsynen till rättssäkerheten och den tilltalade själv talade för en längre tids avvänjning.

Det danska straffelovrådet inhämtade i lagstiftningsfrågan yttrande från rättsläkarrådet som anförde bl. a.

Liksom vid alkoholintag kommer det vid intag av narkotika i långt övervägande flertalet fall att vara tal om en lättare intoxication med en viss måttlig upplösning av hämningar och möjlighet till upplevelser som avviker från vardagens. Vid svår intoxication kommer det i flertalet fall att vara tal om en sådan påverkan att vederbörandes möjligheter att bedöma sina handlingar i väsentlig grad inskränks. Även de lättast förlöpande förgiftningarna kommer emellertid att vara förbundna med en ökad risk för våldsamma och farliga reaktioner, sviktande uppmärksamhet och förmåga till samordnat uppförande där sådant krävs, t. ex. i trafiksituationer.

Härutöver kommer vid intag av vissa typer av narkotika, särskilt LSD och andra hallucinogener, hos några människor att kunna utlösas snabbt förlöpande kortvariga psykotiska reaktioner där vederbörandes upplevelseförmåga och uppförande ändras totalt och där det – oftast betingat av övergående vanföreställningar och/eller hallucinatoriska upplevelser – kan komma att inträffa helt oförutsedda aggressiva handlingar, däribland dråp av okända personer. Sådana reaktioner kan i synnerhet iaktas hos särskilt disponerade personer, t. ex. sådana som har en viss beredskap för att reagera med sinnessjukdom.

Straffelovrådet uttalade att de frågeställningar som särskilt gav anledning till övervägande i samband med revision av strafflagens regler om straffrihet sammanhängde med det starkt ökade narkotikamissbruket i Danmark sedan 1960-talet. Denna utveckling hade gjort det aktuellt att överväga om de regler om straffrihet på grund av psykiska abnormtillstånd, som var motiverade med tanke på hittills kända former av sinnessjukdom och därmed jämställda tillstånd, utan vidare skulle användas på brott som hade begåtts i euforiska tillstånd, framkallade av gärningsmannen själv.

Straffelovrådet valde den lösningen – som också slutligen antogs till lag – att i den allmänna straffrihetsparagrafen – 16 § – infördes en bestämmelse av innehåll att, om gärningsmannen till följd av intag av alkohol eller andra berusningsmedel befann sig i ett övergående tillstånd av sinnessjukdom eller tillstånd som kan jämföras därmed, straff kan ådömas när särskilda omständigheter talar därför. Man diskuterade i betänkandet också hur den fakultativa regeln borde praktiseras och uttalade sig för att även fortsättningsvis ett läkaruttalande om psykos skulle leda till straffrihet och att valet av rättslig påföljd skulle göras utifrån behandlingsmässiga synpunkter eller farlighetssynpunkter på samma sätt som när det rörde sig om andra grupper av sinnessjuka. Man konstaterade emellertid, att man knappast kunde bortse från att utvecklingen i rättspraxis kunde komma att bero på vilket omfång och vilka former av kriminalitet brott med denna bakgrund antog i framtiden. Om en strängare bedömning skulle bli aktuell, sades det vidare, kunde avgörande komma att bli, om det mot bakgrund av gärningsmannens tidigare erfarenhet och med hänsyn till hans narkotikamissbruk och narkotikans verkan på hans uppförande fanns särskild anledning tillvita honom att han försatt sig i tillstånd som totalt ändrat hans reaktioner och skapat en risk för allvarliga aggressiva handlingar.

I det betänkandet som ligger till grund för det nya norska lagförslaget fastslogs att den ännu gällande § 45 i Straffeloven, som handlar om självförvållat rus, inte öppnar någon möjlighet för straffrihet, när en lagbrytare handlat under medvetandestörning (bevisshetsförstyrrelse) till



följd av sådant rus. Straffelovrådet förklarade att man inte kände till något fall där regeln hade verkat orimligt hårt. Trots detta, sade man, kunde det anföras grunder för att föreslå en viss uppmjukning av bestämmelsen. I betänkandet föreslås en regel, § 45, om fakultativ straffrihet i fall då gärningsmannen handlat "under starkt bevissthetsförstyrrelse eller i annan dyptgående abnormtillstånd". I paragrafens andra stycke sägs emellertid att om "bevissthetsförstyrrelsen" var en följd av självförvållat rus, straffrihet kunde inträda endast när särskilda skäl talade för det. Såsom exempel på vad man menade med stark bevissthetsförstyrrelse nämndes bl. a. patologiskt alkoholrus och vissa höggradiga former av narkotikarus, speciellt efter intag av hallucinogener. Regeln hade föreslagits, sades det, för att förhindra orimliga resultat. Straffrihet kunde t. ex. bli aktuellt i fall, där den tilltalade inte hade tidigare erfarenhet av reaktion med massiv medvetandestörning under alkoholpåverkan och där de handlingar han begått föreföll främmande för hans normala personlighet. Man konstaterade att de danska och norska förslagen var lika så tillvida, att de ställde strängare krav för att ett abnormtillstånd skulle ha straffriande verkan, när det var en följd av rus än då det inte var det och att bägge förslagen förutsatte att avgörandet om ansvar eller inte vid rustillfällen skulle träffas efter en skönsmässig bedömning av rätten. Men, konstaterade man, även om den formella utgångspunkten enligt det norska förslaget var straffansvar med straffrihet i särskilda fall, och enligt det danska förslaget straffrihet med möjlighet att döma till ansvar, behövde skillnaden i praxis inte betyda mycket.

Enligt kommitténs mening bör en person, om han vid brottet befann sig i ett otvetydigt djupgripande psykotiskt tillstånd till följd av narkotikaberoendning, och det finns ett uppenbart samband mellan det psykotiska tillståndet och brottet, i princip inte ådömas frihetsstraff. Som exempel på tillstånd som inte bör föranleda frihetsstraff kan anföras de av Rylander relaterade fallen och fall 37. Om tillståndet är av längre varaktighet är det även ur behandlingssynpunkt olämpligt att döma till frihetsstraff.

Vilken påföljd som i fall som de här nämnda skall ådömas får bero av behandlingsbehovet i det enskilda fallet. Om behov av sluten psykiatrisk vård föreligger vid domen, skall givetvis överlämnande till sådan vård ske. Även om det akuta vårdbehovet avklingat så att intagning med stöd av vårdintyg normalt inte skulle ha skett, kan det i vissa fall ändå vara lämpligt att överlämna vederbörande till sluten vård. Detta gäller särskilt då det rör sig om våldsbrott och man vill ha gärningsmannen under observation ytterligare någon tid. I andra fall kan det vara lämpligt att döma till öppen psykiatrisk vård med den utformning kommittén föreslår att denna påföljd skall få (se därom s. 181 ff).

Om gärningsmannen till följd av ett ihållande narkotikamissbruk av och till råkar i mer eller mindre snabbt övergående psykotiska tillstånd eller om samband mellan psykos och brott saknas, bör han däremot – om han vid brottet skulle ha befunnit sig i ett sådant tillstånd – dömas till frihetsstraff om brottsligheten ger anledning till det och inom ramen för detta erhålla den psykiatriska vård han kan vara i behov av. Exempel på fall som i fortsättningen bör behandlas på detta sätt är nr 2, 10 och 34. I dessa fall har själva beroendet varit den väsentliga anledningen till överlämnandet till psykiatrisk vård. På grund av intensiteten i missbruket har emellertid då och

då psykotiska tillstånd förelegat. Dessa tillstånd synes emellertid ha saknat väsentlig betydelse för de begångna brotten. Dessa har åtminstone i fall 2 och i det av HD avgjorda fall 34 ingått i en lång serie brott.

Även där missbruket gett upphov till allvarliga psykiska störningar bör emellertid undantagsvis straff kunna ifrågakomma. Vid upprepad brottslighet i samband med narkotikapsykoser, särskilt om lagöverträdaren vägrat samarbeta i ett behandlingsprogram, bör domstolen känna sig oförhindrad att döma till frihetsstraff. Eftersom behovet av sluten psykiatrisk vård, om det alls föreligger vid domen, i regel är tämligen kortvarigt skulle ju samhället annars sakna möjlighet att skydda sig mot denna brottslighet.

#### *Fall med psykoorganiska syndrom*

Ett långvarigt alkohol- eller narkotikamissbruk ger ofta upphov till hjärnsador som visar sig genom en nivå-sänkning av de psykiska funktionerna. Denna kan i extrema fall vara av sådan grad att ett demenstillstånd föreligger. I den mån man kan påvisa en betydande sådan nivå-sänkning eller personlighetsförändring hos en gärningsman, bör han överlämnas till sluten psykiatrisk vård, oavsett om skadan funnits tidigare eller uppkommit till följd av missbruket. Beträffande bedömning och behandling av lagöverträdare med psykoorganiska syndrom hänvisas i övrigt till framställningen i avsnitt 7.6.

#### *Missbruksfall med bakomliggande psykiska störningar*

I den mån man bakom ett missbruk kan spåra psykiska störningar, som är av sådan art att de i och för sig bör föranleda överlämnande till sluten psykiatrisk vård i enlighet med förut angivna riktlinjer, skall gärningsmannen naturligtvis överlämnas till sådan vård. Många gånger kan det vara svårt att ange om störningen uppkommit till följd av missbruket eller om den förelegat innan. Det är ingalunda ovanligt, att man bland missbruksfallen kan finna primärt psykotiska patienter. Det är viktigt att man är uppmärksam på denna möjlighet. Såsom ett exempel på tillstånd där orsaken till psykosen är svår att avgöra kan anföras nedanstående fall.

#### *Fall 38*

C. är en kvinna som sedan 18 års ålder utvecklat ett gravt intravenöst missbruk, som nu pågått under flera år. Hennes sociala situation försämrades snabbt och under senare år har hon försörjt sig genom prostitution och egendomsbrottslighet. Hon har haft ett otal vårdperioder på mentalsjukhus för svåra psykoser i samband med missbruk av centralstimulantia. Psykoserna har behandlats med högdos av antipsykotisk medicin och även elektrokonvulsiv behandling, men har trots detta varit relativt långdragna. Hennes psykiska tillstånd synes ha varit påtagligt bättre under de tider hon regelbundet skött sin antipsykotiska medicinering. Hon har tillhört gruppen svårskötta missbrukare. Det har förelegat misstanke att hon smugglat in narkotika på avdelningen. Hon har också dokumenterat viss farlighet och vid upprepade tillfällen i intoxikerat tillstånd misshandlat andra personer. Misstanke om att det skulle röra sig om en schizofreni eller manisk psykos har förelegat, men säkra symtom härpå har dock aldrig framkommit. Under försöksutskrivning från sjukhus gjorde hon sig skyldig till en serie taxibedrä-



gerier och överlämnades som "jämställd" av domstol för sluten psykiatrisk vård. Hon hade då utvecklat en svår paranoid psykos och var höggradigt orolig. Hon behandlades intensivt med elektrokrambehandling och neuroleptika och förbättrades samt försöksutskrevs efter 8 månader i gott psykiskt skick. Hennes sociala situation var då tillfredsställande. Efter ytterligare 4 månader utskrevs hon definitivt. Eftervården var emellertid otillfredsställande organiserad med hänsyn till den allvarliga sociala och psykiatriska anamnesen. 2 månader efter den slutliga utskrivningen sökte hon sig frivilligt till sjukhuset, men avvisades enär hon inte tillhörde upptagningsområdet.

C. har haft svårartade psykotiska episoder. Dessa kommer med relativt täta intervaller och manifesterar sig snabbt. De kräver aktiva psykiatriska åtgärder. Det finns anledning misstänka en allvarlig psykos som maskerats av det svåra missbruket. Vid den rättspsykiatriska undersökningen var det emellertid inte möjligt att avgöra om det aktuella psykotiska tillståndet var en följd av missbruket eller härrörde från underliggande psykos. Det torde därför ej kunna anses utrett att hennes brott – taxibedragerier – skett under inflytande av något psykiskt undantagstillstånd. Av tidigare journaler framgår emellertid att hennes psykotiska tillstånd varit långdragna och att hon då även utvecklat viss farlighet. Med hänsyn till den allvarliga graden av den psykiska störningen bör i ett liknande fall omhändertagande ske inom sjukvården.

## 7.10 Sammanfattning

Sammanfattningsvis anser kommittén att en lagöverträdare inte bör dömas till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården i följande fall, nämligen

1. då han var psykotisk vid brottets begående. Dementstillstånd innefattas i begreppet psykos. Undantag från denna regel skall kunna göras, om psykosen var självförvållad genom bruk av beroendeframkallande medel och direkt samband mellan psykosen och brottet ej föreligger;
2. då han är psykiskt utvecklingsstörd och i behov av vård på vårdhem eller specialsjukhus för utvecklingsstörda;
3. då han är uttalat intellektuellt och/eller personlighetsmässigt nivå-sänkt på grund av organisk hjärnskada eller hjärnsjukdom, även om demens ej föreligger;
4. då brottet begåtts i ett psykiskt undantagstillstånd såsom då det sammanhänger med ett impulsgenombrott av psykoskaraktär eller då det har karaktär av personlighetsfrämmande, tvångsmässig driftshandling (t. ex. vissa fall av vålds- eller sexualbrott, eldsanläggelse och kleptomani);
5. i enstaka fall av svår neuros eller personlighetsstörning, särskilt då tillståndet är sådant att stark misstanke om psykos föreligger; samt
6. då han är psykotisk eller eljest höggradigt psykiskt störd vid domstillfället, även om detta ej var fallet vid brottets begående, dock endast då det anses föreligga ett långvarigt, och alltså ej endast tillfälligt behov av vård enligt LSPV:s generalindikation och någon av specialindikationerna a-d.

De påföljder som kommer i fråga för nu nämnda sex grupper av lagöverträdare är huvudsakligen öppen eller sluten psykiatrisk vård, vård i vårdhem eller specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda, skyddstillsyn eller böter.

Påföljden överlämnande till sluten psykiatrisk vård bör tillämpas endast om förutsättningar för intagning till sådan vård oberoende av eget samtycke är för handen och i fullständig överensstämmelse med den praxis som nu råder vid tillämpning av LSPV:s vanliga intagningsregler. Innebörden härav är att överlämnande bör ske endast om intagningen är påkallad av medicinska eller socialmedicinska skäl och alltså oberoende av det begångna brottet.

I andra fall än de nu nämnda bör enligt kommitténs mening hinder inte möta mot att döma en psykiskt störd lagöverträdare till fängelse eller annan frihetsberövande påföljd inom kriminalvården. I enlighet härmed skulle flertalet neurotiker och personlighetsstörda kunna dömas till fängelse, där inte andra allvarliga psykiska störningar är för handen. Hinder skulle enligt kommitténs förslag i allmänhet inte heller möta mot att döma lagöverträdare, som missbrukar beroendeframkallande medel, till sådan påföljd. Kommittén utgår härvid från att den dömda, om han under avtjänande av straff blir i behov av sluten psykiatrisk vård, beredes sådan genom en ökad flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård.



## 8 Grunder för den lagtekniska utformningen av kommitténs förslag beträffande den straffrättsliga behandlingen av psykiskt störda lagöverträdare

### *Terminologiska frågor*

På sätt som framgår av redogörelsen för gällande bestämmelser beträffande psykiskt störda lagöverträdare överensstämmer den terminologi som används i LSPV inte med BrB:s terminologi i förevarande hänseende. I LSPV talas om "psykisk sjukdom" och om "psykisk abnormitet som icke är psykisk sjukdom eller utgöres av hämning i förståndsutvecklingen." BrB däremot använder termerna "sinnessjukdom", "sinnesslöhet" och "annan själslig abnormitet av så djupgående natur, att den måste anses jämställd med sinnessjukdom".

Med "sinnessjukdom" avses i BrB psykotiska sjukdomstillstånd, inklusive demenser. Begreppet "sinnesslöhet" sammanfaller endast till en del med vad som i omsorgslagen benämnes psykisk utvecklingsstörning. "Abnormitet" används i BrB såsom ett sammanfattande begrepp för ett flertal psykiska funktionsrubbningsrubbningar såsom neuroser, personlighetsstörningar, sexuella avvikelser och defekttillstånd på grund av hjärnskador m. m. Begreppet psykisk sjukdom i LSPV innefattar psykos, neuroser och olika insufficiensstillstånd, medan psykisk abnormitet enligt förarbetena till lagen avser psykopati samt defekter eller invaliditetstillstånd efter olika slag av hjärnsjukdomar eller hjärnskador.

BrB:s och LSPV:s sinsemellan skiljaktiga terminologi avviker även i flera hänseenden från medicinskt språkbruk och överensstämmer inte med vedertagna indelningar av psykiska störningstillstånd. "Psykisk abnormitet" är exempelvis ett begrepp som saknar bestämd innebörd och som i regel inte används i medicinska sammanhang.

Utformningen av nu aktuella bestämmelser i BrB präglas av en äldre tids språkbruk. Vid 1945 års strafflagsreform gav den då använda och sedermera i BrB bibehållna terminologin ett ganska klart uttryck för vad som åsyftades. Med den gränsdragning mellan kriminalvård och sjukvård, som förordats i 7 kap., finns det emellertid inte längre anledning att bibehålla en terminologi, som inte längre svarar mot språkbruket och som inte överensstämmer med vedertagna indelningar av de psykiska störningstillstånden.

Att lagstiftaren använder sig av en terminologi som inte överensstämmer med språkbruket kan vid rättstillämpningen leda till osäkerhet om vad som åsyftas i utlåtanden och eljest.

Enligt kommitténs mening är det därför angeläget att man vid revisionen av de aktuella bestämmelserna i BrB och LSPV använder en enhetlig

terminologi som ansluter till modernt språkbruk och överensstämmer med vedertagna indelningar av störningstillstånden.

I 1 kap. med dess redogörelse för psykiska störningstillstånd, deras indelning och behandling har såsom en övergripande samlingsbeteckning för alla slag av psykiska sjukdomar, abnormiteter och defekter, dvs. för alla slag av psykiska funktionsrubbnings, oberoende av orsaken, använts termen "psykisk störning". Denna beteckning synes kommittén ändamålsenlig och överensstämmer, såsom framhållits i kap. 1, med terminologin i den av socialstyrelsen utgivna publikationen "Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation" (1973). Beteckningen psykisk störning kan även innefatta psykisk utvecklingsstörning. Omhändertagande av utvecklingsstörda regleras emellertid inte i LSPV utan i omsorgslagen.

I enlighet härmed bör vad som i 1 § andra stycket LSPV sägs om "psykisk abnormitet" utgå ur lagen och första stycket i samma paragraf ges det innehåll, att den som lider av psykisk störning som inte utgöres av psykisk utvecklingsstörning får oberoende av eget samtycke beredas sluten psykiatrisk vård med stöd av lagen, om sådan vård är oundgängligen påkallad med hänsyn till störningens art och grad och till någon av de under a)–d) angivna specialindikationerna.

Samma terminologi bör tillämpas även vid utformningen av hithörande bestämmelser i BrB på sätt i det följande skall närmare anges.

Även i andra lagar än de för utredningen aktuella förekommer en varierande psykiatrisk terminologi.

I 10 kap. 1 § föräldrabalken stadgas, i den lydelse bestämmelsen erhållit från 1.1.1976, att omyndigförklaring kan ske av den som på grund av "psykisk sjukdom, hämmad förståndsutveckling eller psykisk abnormitet av annat slag" är ur stånd att vårda sig eller sin egendom. Denna terminologi är densamma som återfinns i LSPV.

I 13 kap. 2 § ärvdabalken stadgas, att testamente inte är gällande om det upprättats "under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsversamheten". Samma terminologi återfinns i bl. a. 1924 års lag om verkan av avtal som slutits under inflytande av rubbad själsversamhet och i skadeståndslagen från 1972.

Om kommitténs förslag till ändring av terminologin i LSPV och BrB genomföres, bör en allmän översyn ske av den psykiatriska terminologin i övriga lagar och författningar.

### *Vissa ändringar i LSPV*

Kommittén har i föregående avsnitt av främst terminologiska skäl förordat att bestämmelserna i 1 § LSPV utformas på annat sätt än för närvarande. Vidare har kommittén i avsnitt 6.3 förordat att e)-indikationen i LSPV upphävs. Sistnämnda ändring nödvändiggör upphävande även av andra punkten i 3 § och andra punkten av 16 § första stycket LSPV.

På sätt framgår av redogörelsen i avsnitt 7.9 (se s. 236) gjordes år 1969 ett tillägg till a)-indikationen i LSPV avseende narkotikamissbruk. Av redogörelsen framgår att sinnessjuklagstiftningskommittén hade den uppfattningen att kronisk alkoholism och narkomani med djupgående personlighetsförändringar som följd var att hänföra till psykisk sjukdom. Det fanns därför inte



någon anledning att i kommitténs lagförslag upptaga något särskilt stadgande om missbrukare. I enlighet härmed föreskrevs i den rent medicinska indikationen – a)-indikationen – såsom förutsättning för intagning "att vården kan beräknas medföra väsentlig förbättring i den sjukets tillstånd eller att underlåten vård kan befaras medföra allvarlig försämring däri".

Departementschefen godtog vad som åsyftades med nämnda indikation men tillfogade i förtydligande syfte såsom villkor för indikationens tillämpning att den sjuke saknade sjukdomsinsikt. Med detta tillägg fick a)-indikationen i 1 § LSPV ursprungligen följande lydelse: "uppenbarligen saknar sjukdomsinsikt till följd av sjukdomen och kan få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller avsevärt försämrat om vården uteblir".

Tillägget 1969 tillkom på begäran av socialstyrelsen som bl. a. anförde:

Som grund för ingripande i patientens fria vilja erkänner lagen endast den omständigheten att själva sjukdomen medför att sjukdomsinsikt saknas. Härvid underförstås enligt styrelsen att den bristande sjukdomsinsikten gör patienten oförmögen att själv bedöma sitt vårdbehov.

Såsom framgår av förarbetena till 1966 års lag medger dess bestämmelser beredande av sluten psykiatrisk vård utan patientens samtycke i fall av narkotikamissbruk som tar sig uttryck som psykisk sjukdom. Svårigheter vid tillämpningen synes enligt styrelsen uppstå främst i fråga om vårdtidens längd. Vård mot patientens vilja får enligt lagen beredas endast så länge förutsättning för intagning med stöd av lagen alltjämt föreligger. Är så inte fallet skall patienten skrivas ut, om han begär det. I många fall av narkotikamissbruk synes efter en tämligen kort tids psykiatrisk vård patienten komma i ett förhållandevis gott psykiskt tillstånd och sjukdomsinsikt inträda. Fortsatt avhållsamhet från narkotika är dock nödvändig, om narkotikamissbruket skall kunna övervinnas. Vid utskrivning på ett tidigt stadium föreligger stor risk för återfall. Om rätt att bli utskriven från psykiatrisk vård inträder på denna tidiga tidpunkt, är det inte ovanligt att dragningen till de narkotiska medlen är så stark att patienten utnyttjar sin rätt att avbryta vården just för att bli i tillfälle att återuppta missbruket.

I dessa fall innefattar patientens tillstånd enligt styrelsens mening inte en bristande sjukdomsinsikt i trängre mening, men en brist på förmåga hos patienten att bedöma sitt tillstånd. Den sjuke är medveten om sitt tillstånd men han väljer att förbli i detta. Den nuvarande medicinska specialindikationen bygger på att sjukdomen förhindrar en riktig bedömning av vårdbehovet från den sjukets sida.

Han har alltså i realiteten inte samma fria val som den somatiskt sjuke. Ett ingripande oavsett den sjukets samtycke är därför påkallat för att han inte skall gå miste om den vård, som han själv skulle ha kunnat ta initiativ till, om han varit i stånd att riktigt bedöma sitt vårdbehov. Läget är snarlikt i förevarande fall av narkotikamissbruk. Narkotikaberoendet medför samma resultat som den bristande sjukdomsinsikten, nämligen oförmåga att själv rätt bedöma behovet av psykiatrisk vård, vilket skulle kunna betecknas som en bristande sjukdomsinsikt i vidsträckt bemärkelse. Styrelsen anser att lagtextens innebörd på denna punkt bör klargöras. Ändringen bör enligt styrelsens mening utformas så att vid den medicinska specialindikationen med bristande sjukdomsinsikt till följd av sjukdomen jämställs den sjukets oförmåga till följd av missbruk av beroendeframkallande medel att bedöma sitt behov av vård.

Styrelsen tillfogade att uttrycket "beroendeframkallande medel" syntes omfatta även alkohol.

Departementschefen anförde bl. a. att den dåvarande lagen erbjöd tillräckliga möjligheter att på sjukhus med tvång ta in och hålla kvar sådana missbrukare för vilka vård på sjukhus oundgängligen var påkallad, men att

erfarenheterna visade att det allttjämt på många håll rådde oklarhet om i vilken utsträckning lagens bestämmelser var tillämpliga på narkotikamissbrukare. Vidare anförde departementschefen:

Vi har numera fått ökade kunskaper om det svåra beroende många narkotikamissbrukare drabbas av och vikten av att de blir omhändertagna i ett tillräckligt tidigt skede, liksom av att en tillräckligt lång vårdtid säkerställs. Vi har också fått ökade erfarenheter av svårigheterna att få narkotikamissbrukare att i tillräcklig omfattning frivilligt söka vård. De saknar ofta insikt om behovet av och värdet av vård.

På förslag av departementschefen kom tillägget till a)-indikationen att begränsas till narkotikamissbrukare med motivering att man inte i ifrågavarande sammanhang borde skapa ökade möjligheter att med tvång ta in alkoholmissbrukare för slutna psykiatrisk vård.

Anledningen till att tillägget inte kom att omfatta alkoholmissbrukare torde ha varit möjligheten att ingripa med tvång med stöd av NvL. Frågan om användande av tvång mot missbrukare med stöd av sociallagstiftning utanför LSPV utreds för närvarande av socialutredningen.

Det av socialstyrelsen föreslagna tillägget till 1 § LSPV, som ledde till 1969 års lagändring, hade karaktär av ett förtydligande av lagtexten i syfte att förekomma missförstånd vid tillämpningen. Tillägget enligt styrelsens förslag skulle inte ha medfört och var inte heller avsett att medföra någon ändring av vad som redan gällde på grund av den ursprungliga lydelsen.

När det föreslagna tillägget jämkades i enlighet med departementschefens, av riksdagen sedermera godtagna förslag, motiverades detta, som nämnts, med att man inte i det ifrågavarande sammanhanget borde skapa ökade möjligheter att med tvång ta in alkoholmissbrukare för slutna psykiatrisk vård. Denna motivering synes ha föranletts av missförstånd om vad som redan gällde enligt LSPV:s ursprungliga lydelse. Enligt denna kunde såväl kroniska alkoholister som narkomaner, som hade full insikt om sitt beroende men inte förstod att fortsatt omhändertagande för att motverka beroendet var nödvändigt, kvarhållas för slutna psykiatrisk vård även efter det avgiftning skett. 1969 års tillägg medförde sålunda ingen utvidgning av möjligheterna att intaga och kvarhålla narkomaner för slutna vård utan är att uppfatta som ett klagörande av vad som var den ursprungliga lagens innebörd. Tillägget kan inte tolkas som en begränsning av möjligheterna att intaga och kvarhålla kroniska alkoholister. Det kan emellertid med lätthet leda till missförstånd om vad som är lagens rätta innebörd.

Tillägget bör därför i samband med den revision av LSPV som nu av andra skäl måste göras ändras i enlighet med vad socialstyrelsen föreslog.

### *Förutsättningar för förordnande om överlämnande till slutna psykiatrisk vård såsom brottspåföljd*

Förutsättning för förordnande om överlämnande till slutna psykiatrisk vård såsom brottspåföljd är enligt gällande bestämmelser att sådan vård kan – oberoende av brottet – beredas lagöverträdare med stöd av LSPV och att vårdbehovet föreligger vid tiden för domen. Om gärningen inte begåtts under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan abnormitet, må dock påföljden tillämpas endast om särskilda skäl är därtill. Har störningen



uppkommit efter brottets begående, kan alltså förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård meddelas endast om särskilda skäl är därtill.

I 7 kap. har kommittén sökt närmare ange i vilka fall sådan störning bör medföra överlämnande till sluten psykiatrisk vård såsom brottspåföljd. Kommittén har därvid hävdats att påföljden skall tillämpas endast om förutsättningar för intagning till sådan vård oberoende av eget samtycke är för handen och i fullständig överensstämmelse med den praxis som nu råder med avseende på tillämpningen av LSPV:s vanliga intagningsregler. I sak innebär detta att förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård skall, liksom intagning till sådan vård med stöd av LSPV efter ansökan, vara betingat av medicinska eller socialmedicinska skäl. Påföljden skall kunna ådömas endast om någon av de i LSPV under a)–d) angivna intagningsindikationerna är för handen. I enlighet härmed bör, på sätt framhållits i 6 kap., specialindikationen under e) utgå.

Att domstols överlämnande till sluten psykiatrisk vård får ske endast om förutsättningar är för handen för intagning till sådan vård oberoende av eget samtycke med stöd av LSPV:s vanliga intagningsregler, såsom dessa tillämpas i praxis, innebär vidare att lagöverträdarens behov av sådan vård skall vara av den styrka som anges i LSPV, dvs. att behovet av sjukhusvård skall framstå såsom oundgängligt med hänsyn till störningens art och grad och till någon av de under a)–d) upptagna specialindikationerna.

På sätt framgår av ordalydelsen av bestämmelsen i 31:3 BrB uppställer lagen ett principiellt krav på kausalitet mellan den psykiska störningen och gärningen. Har gärningen inte begåtts under inflytande av störningen, får överlämnande till sluten psykiatrisk vård ske endast om särskilda skäl är därtill. Huvudregeln innebär dels att störningen skall ha förelegat vid tiden för brottet, dels ock att störningen skall ha varit av betydelse för gärningen.

Departementschefen har i direktiven för kommittén ifrågasatt om kausalitetskraven i 31:3 och 33:2 BrB bör bibehållas. Enligt hans mening borde en utgångspunkt för övervägandena i denna del vara att valet av påföljd skall i överensstämmelse med nu förhärskande kriminalpolitiska värderingar kunna träffas uteslutande eller i varje fall företrädesvis med hänsyn till den tilltalades psykiska tillstånd och sociala situation vid tiden för lagföringen. Självfallet måste också samhällets intressen beaktas.

Vad först angår det fall att störningen förelåg redan vid tiden för brottet brukar kravet på kausalitet mellan störningen och gärningen inte vålla några svårigheter i rättstillämpningen. Uttrycket "under inflytande av" tillkom på förslag av strafflagberedningen vid 1945 års strafflagsreform. Beredningen anförde därvid att endast där kausalsamband med visshet kunde uteslutas tillämpning av 5:5 SL inte borde ifrågakomma, och att de fall, där så var förhållandet, torde vara relativt få. Kravet på kausalsamband skulle ha sin huvudsakliga betydelse i sådana gränsfall beträffande vilka det är tveksamt om de skall jämföras med sinnessjukdom. Lagutskottet uttalade också att kausalsamband i regel fick presumeras vara för handen.

Med hänsyn till vad nu sagts om hur lagens krav på kausalsamband mellan störningen och brottet är avsett att tolkas, finns det inte något praktiskt behov av att upprätthålla detta krav för de fall, där störningen förelåg redan vid tiden

för brottet. Är lagöverträdaren i oundgängligt behov av sluten psykiatrisk vård – och detta är ju en grundförutsättning för att domstolsöverlämnande skall kunna ske – finns det inte någon anledning att begränsa domstolens val av påföljd endast därför att man inte kan belägga samband mellan förefintlig störning och brottet.

Vid sin granskning av förslaget till BrB hävdade lagrådet att såsom huvudregel borde gälla att lagöverträdare, som vid tidpunkten för domen är i behov av psykiatrisk sjukhusvård, "skall" överlämnas till vård enligt sinnessjuklagen, oavsett om gärningen begåtts under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan med sinnessjukdom jämställd abnormitet. Sådan vård borde dock inte ifrågakomma, om sjukdomstillståndet kunde antagas vara snabbt övergående. I enlighet härmed föreslog lagrådet att stadgandet i 31:3 beträffande fall, där kausalsamband mellan störning och gärning inte förelåg, skulle ges det innehåll, att annan påföljd än överlämnande till sluten psykiatrisk vård fick ådömas, om vårdbehovet kunde antagas vara kortvarigt eller om eljest särskilda skäl var därtill.

Departementschefen motsatte sig lagrådets ändringsförslag. Man borde inte bortse från risken att psykiska sjukdomstillstånd kunde framkallas hos de tilltalade "genom förhoppningen att de skall slippa intagning i fängvårdsanstalt." Departementschefen var därför tveksam angående lämpligheten av bestämmelser, som medgav överlämnande till vård enligt sinnessjuklagen av annan person än den som begått brott under inflytande av sinnessjukdom eller därmed jämställt psykiskt abnormtillstånd. Den av lagrådet föreslagna lydelsen av paragrafen var ägnad att väsentligt öka risken för reaktiva tillstånd hos dem som åtalas för brott.

Såsom kommittén förut framhållit inträffar det ej sällan att den som begått brott efteråt drabbas av depression eller liknande tillstånd (se s. 207). Hur fall av reaktiva psykoser hos den som begått brott skall bedömas i straffrättsligt hänseende ger utrymme för olika meningar. En viss restriktivitet är påkallad, när fråga uppkommer om överlämnande till sluten psykiatrisk vård av den som inte kan påvisas ha varit psykiskt störd vid brottets begående. Risken för simulation är otvivelaktigt ett skäl att iakttaga försiktighet. Denna risk kan emellertid inte anses vara så stor, att det finns anledning att begränsa domstolarnas befogenhet att fritt välja den påföljd som med hänsyn till alla föreliggande omständigheter framstår såsom den lämpligaste. Möjligheterna härtill begränsas emellertid om lagen uppställer krav på att särskilda skäl skall föreligga för att domstol i fall, där den psykiska störningen uppkommit efter brottet, skall få förordna om överlämnande till sluten psykiatrisk vård.

Kommittén anser därför för sin del att det i 31:3 BrB upptagna kravet på särskilda skäl för att ett förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård skall kunna meddelas i fall, där den psykiska störningen uppkommit efter brottet eller där gärningen eljest saknar kausalsamband med störningen, inte bör bibehållas i en ny lagstiftning.

Efter brott uppkomna psykiska insufficienstillstånd är emellertid erfarenhetsmässigt ofta av övergående natur. Med den ökade flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård som kommittén förordat skulle lagöverträdaren i ett sådant fall kunna påräkna den sjukhusvård som hans psykiska tillstånd påkallar, även om han dömes till frihetsberövande påföljd inom kriminal-



vården. Med hänsyn härtill bör förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård i anledning av ett efter brottet uppkommet störningstillstånd ej ske, om vårdbehovet kan antagas vara av övergående natur. Kan däremot vårdbehovet i sådant fall förutses bli långvarigt – såsom t. ex. vid ett debuterande schizofrent tillstånd – torde ett överlämnande till sluten psykiatrisk vård framstå såsom den mest ändamålsenliga brottspåföljden.

På grund av vad ovan sagts bör andra punkten i 31:3 BrB ändras och ges det innehåll att förordnande om sluten psykiatrisk vård inte må meddelas, om den psykiska störning som föranleder vårdbehovet inte förelåg vid tiden för brottet och vårdbehovet bedöms såsom kortvarigt.

### *Överlämnande till vård i specialsjukhus eller vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda*

Vad gäller överlämnande till omsorg om psykiskt utvecklingsstörd har kommittén, såsom närmare utvecklats i 6 kap., funnit att den nuvarande möjligheten att överlämna utvecklingsstörd till vård i specialsjukhus bör kompletteras med möjlighet att överlämna sådan person till vård i vårdhem. Liksom vid andra psykiska störningar är det av vikt att den störde kommer i åtnjutande av den vård han vid tiden för domen är i behov av. Förutsättning för överlämnande till vård i vårdhem är, liksom för överlämnande till vård i specialsjukhus, att sådan vård kan beredas honom med stöd av 35 § omsorgslagen. Någon bestämmelse motsvarande den i 31:3 första stycket andra punkten BrB föreslagna, påkallas inte beträffande utvecklingsstörd.

### *Fråga om befogenhet för domstol att förordna att vissa beslut av utskrivningsnämnd skall underställas psykiatriska nämnden*

Kommittén har vid sina fallstudier uppmärksammat åtskilliga exempel på att domstolsöverlämnade patienter efter mycket kort sjukhusvistelse utskrivits, oaktat de alltjämt varit att uppfatta såsom farliga för annans personliga säkerhet. Anledningen härtill torde i de flesta fall ha varit att patienterna ansetts inte kunna tillgodogöra sig den terapi som sjukhusen tillhandahåller. Såsom exempel må hänvisas till fallen 14 och 15 (se s. 163 ff). Kommittén har i anledning härav föreslagit att domstol till förekommande av att skyddsaspekterna åsidosätts får befogenhet att i samband med förordnande om sluten psykiatrisk vård av lagöverträdare, som bedöms vara farlig för annans säkerhet, föreskriva att beslut om utskrivning eller försöksutskrivning inte får verkställas utan att beslutet dessförinnan fastställts av psykiatriska nämnden. Härigenom vinnes förutsättning för en enhetlig praxis i hela landet.

### *Förbudsstadgandet i 33:2 BrB*

Stadgandet i 33:2 första stycket BrB upptar såsom förut nämnts förbud mot att för brott, som begåtts under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan med sinnessjukdom jämställd abnormitet, tillämpa annan påföljd än överlämnande till särskild vård, böter eller skyddstillsyn. För sådant brott må således inte dömas till fängelse eller annan frihetsberövande påföljd inom

kriminalvården.

Skälen till förbudsstadgandet har inte närmare berörts i förarbetena till BrB. I ett departementschefsyttrande uttalas endast helt kort att ett frihetsberövande inom kriminalvården inte bör ifrågakomma beträffande den som begått brott under inflytande av sinnessjukdom. Förklaringen till att frågan inte mera utförligt behandlades under förarbetena är uppenbarligen, att man genom det nya påföljdssystemet i förening med förbudet mot frihetsstraff nådde praktiskt taget samma effekt som med stöd av SL:s straffrihetsstadgande och att man inte avsåg att göra någon egentlig ändring i sak. De i 33:2 BrB angivna förutsättningarna för tillämpningen av förbudet mot frihetsstraff sammanfaller ju helt med förutsättningarna för strafffrihet enligt 5:5 SL.

Straffriheten vid otillräknelighet uppfattades förr som en naturlig konsekvens av vedergällningstanken, vilken förutsätter skuld för ådömande av straff. Utvecklingen på straffrättens område ledde emellertid till att vedergällningstanken trädde i bakgrunden och att påföljderna, med beaktande även av allmänpreventiva synpunkter, i allt större utsträckning fick en individualpreventiv utformning i syfte att främja den dömdes anpassning i samhället.

Vad som påkallade en särbehandling av lagöverträdare, som var psykiskt abnorma i den mening som strafflagberedningen använde denna term, sammanfattades av beredningen i dess betänkande 1942 på ungefär följande sätt: Psykisk abnormitet medförde svårighet att finna sig tillrätta i samhället och därmed benägenhet för kriminella handlingar. Erfarenheten visade sålunda att frekvensen av psykiskt abnorma var mycket stor bland återfallsbrottslingar. Då brotten i regel hade sin grund i abnormiteten och miljöförhållandena hade mindre betydelse än vid "normalbrottsligheten", måste de individualpreventiva åtgärderna från samhällets sida framför allt ta sikte på brottslingens psykiska egenart och söka undanröja risken för nya brott genom en behandling, som gick ut på att upphäva abnormtillståndet eller i varje fall mildra och motverka symtomen. De för normala brottslingar avsedda straffnormerna var här ofta föga effektiva. Där brott exempelvis uppstått ur förföljelsekänslor och vanföreställningar eller hade sin grund i en av hjärnförändringar betingad psykisk avtrubbnig kunde ett frihetsstraff verka preventivt endast genom att för en tid avstänga från möjligheten att begå brott men icke ha den uppfostrande och avhållande verkan som avsågs. Vid vissa former av psykisk abnormitet, framför allt vid sinnessjukdom, kunde frihetsstraff i stället ha en motsatt verkan, genom att fängelseregimen och cellvistelsen ogynnsamt påverkade de sjukliga symtomen, varigenom en rationell, medicinsk behandling fördröjdes och möjligheterna till tillfrisknande minskades.

Under förarbetena till 1945 års reform framhöll departementschefen i remissen till lagrådet att straffriheten hade sin förankring främst i rent humanitära skäl. De skäl, som härvid anfördes, var att det framstod såsom stötande att straffa den som var sinnessjuk eller eljest abnorm och utsätta honom för risken att hans lidande förvärrades. Om brott framsprungit ur psykisk abnormitet, kunde det – anförde departementschefen vidare – inte förväntas att lagöverträdaren skulle avhålla sig från att ånyo begå brott med mindre han genom lämplig behandling återställdes till sin psykiska hälsa.

De skäl som sålunda tidigare motiverade strafffrihet och som utgör grunden



för förbudet i 33:2 BrB mot frihetsstraff väger alltså tungt. För de flesta skulle det helt visst verka direkt stötande, om fängelse ådömdes såsom påföljd för brott som framstår såsom orsakade av grav psykisk störning, exempelvis våldsbrott begångna under inflytande av "imperativa hallucinationer". Det torde också stå klart att frihetsstraff ej kan påverka en svårt psykiskt störd person på sådant sätt, att risken för ytterligare brottslighet från hans sida minskar.

Av vad kommittén i 7 kap. anför om vad som är lämplig påföljd för brott, som begåtts under inflytande av olika psykiska störningar, torde framgå att fängelse eller annan frihetsberövande åtgärd inom kriminalvården i många fall är en direkt olämplig brottspåföljd för en psykiskt avvikande lagöverträdare. Denna bedömning rubbas inte av att en till frihetsstraff dömd lagöverträdare kan genom den ökade flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård som kommittén föreslår påräkna att under alla förhållanden få erforderlig sjukhusvård.

Kommitténs ledamöter och experter är sålunda ense om att den som begått brott i ett *psykotiskt tillstånd* i princip inte bör ådömas frihetsstraff, ehuru det vid brott som begåtts i psykotiskt tillstånd till följd av missbruk av beroendeframkallande medel kan finnas skäl att göra en annan bedömning.

Förbudet i 33:2 BrB mot frihetsstraff omfattar även brott som begåtts under inflytande av *sinnesslöhet*. Allmän enighet torde råda om att den, som är så psykiskt utvecklingsstörd att han enligt nu tillämpad praxis betraktas såsom "sinnesslös", inte bör ådömas fängelsestraff eller annan frihetsberövande påföljd inom kriminalvården. Såsom i avsnitt 7.3 framhållits bör å andra sidan frihetsberövande påföljd inom kriminalvården kunna ifrågakomma i vissa fall av lindrig utvecklingsstörning.

Det nuvarande förbudet mot frihetsstraff avser även brott som begåtts under inflytande av *annan själslig abnormitet än sinnessjukdom och sinnesslöhet*, om abnormiteten är av så djupgående natur att den måste anses jämställd med sinnessjukdom. I vissa av de abnormfall som enligt praxis omfattas av förbudet mot frihetsstraff i 33:2 BrB är frihetsstraff även enligt kommitténs mening en olämplig brottspåföljd.

Beträffande *neurosfall* har kommittén i 7 kap. (se s. 223) framhållit att neurotiska besvär såsom ångest, spänning och fobier kan förekomma hos kriminellt aktiva personer utan att besvären och kriminaliteten har samband med varandra. I sådana fall motiverar störningen såsom regel inte någon straffrättslig särbehandling. I vissa fall av långvariga och invalidiserande neurotiska tillstånd, t. ex. svåra tvångsneuroser, kan dock i undantagsfall humanitära skäl motivera att frihetsstraff ej ådöms, oavsett om kausalsamband mellan neurosen och brottet föreligger.

Vad därefter angår övriga psykiska störningar, som enligt BrB är att hänföra till jämställdhetsgruppen, anser kommittén att en lagöverträdare, som är uttalat intellektuellt och/eller personlighetsmässigt *nivåsenkt på grund av hjärnskada eller hjärnsjukdom*, ej bör dömas till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården, och detta även om demens ej föreligger. Sådan påföljd bör ej heller ådömas, om brottet begåtts i ett *psykiskt undantagstillstånd* såsom då det sammanhänger med ett impulsgenombrott av psykoskaraktär eller då det har karaktär av personlighetsfrämmande, tvångsmässig driftshandling, t. ex.

vissa fall av vålds- eller sexualbrott, eldsanläggelse och kleptomani. Frihetsstraff bör ej heller ifrågakomma i sådana enstaka fall av *svår personlighetsstörning*, då tillståndet är sådant att stark misstanke om psykos föreligger. I andra fall än de nu nämnda bör i regel hinder inte möta att döma personlighetsstörda till frihetsstraff.

En lagöverträdare, som vid domstillfället är psykotisk eller eljest höggradigt psykiskt störd, bör – även om störningen ej förelåg vid brottet – ej dömas till frihetsstraff, om hans behov av sluten psykiatrisk vård bedömes såsom långvarigt.

Vad sålunda under hänvisning till framställningen i 7 kap. sammanfattningsvis anförts ger klart vid handen att många psykiska störningar är av den natur att frihetsstraff är en olämplig påföljd för en lagöverträdare som vid tiden för brottet led av dylik störning. Ett konstaterande härav aktualiserar frågan om lagen med hänsyn härtill bör uppställa något formellt förbud mot frihetsstraff i dylika fall i likhet med det nuvarande förbudsstadgandet i 33:2 BrB eller eljest ge domstolarna anvisningar till förekommande av olämpligt val av brottspåföljd.

Vid övervägande av dessa spörsmål vill kommittén till en början erinra om att det nuvarande förbudsstadgandet i 33:2 BrB är, på sätt framgår inte minst av dess ordalydelse, en kvarleva från äldre påföljdssystem. Utformningen av stadgandet är helt präglad av lagstiftarnas strävan vid 1945 års reform av tillräknelighetsbestämmelserna att dra en så klar gräns som möjligt mellan kriminalvård och sjukvård. Att precisera var gränsen gick framstod som nödvändigt med hänsyn till den då allttjämt gällande regeln om straffrihet vid otillräknelighet.

Enligt den grundsyn som präglar BrB är emellertid samtliga påföljder – och alltså även överlämnande till sluten psykiatrisk vård – att betrakta såsom åtgärder för att motverka brott. Med denna grundsyn är en noga angiven gräns mellan kriminalvård och sjukvård inte lika nödvändig som förr. Härtill kommer att utformningen av frihetsstraffen utvecklats och differentierats genom förbättring av anstaltssystemet, ökade möjligheter till sysselsättning och sjukvård och generösare permissionsbestämmelser. Samtidigt har utvecklingen inom sjukvården alltmera gått mot öppna, frivilliga vårdformer. Enligt kommitténs mening kan ett absolut förbud mot frihetsstraff knappast förenas med den utveckling som sålunda skett.

Det framstår tvärtom som önskvärt att domstol vid bestämmande av påföljd för en psykiskt avvikande lagöverträdare inte är bunden av en snävt dragen gräns mellan kriminalvård och sjukvård utan har möjlighet att grunda sitt avgörande under beaktande av alla föreliggande omständigheter.

Det i 33:2 BrB upptagna förbudet mot frihetsstraff innebär otvivelaktigt en begränsning av denna möjlighet. Det finns därför anledning göra klart för sig huruvida ett upphävande av förbudet i 33:2 BrB medför risk för att rättstillämpningen leder till resultat, som är oförenliga med de hänsynstaganden av etisk och humanitär art som bör ligga till grund för modern strafflagstiftning.

De skäl som kan anföras för att ej döma till frihetsstraff för brott som begåtts under inflytande av psykisk störning, gör sig inte gällande med samma styrka vid alla störningstillstånd. Från humanitär synpunkt kan enligt kommitténs mening en särbehandling av vissa lagöverträdare på grund av



deras psykiska tillstånd anses motiverad endast om den psykiska störningen är av den art och grad, att störningen har en avgörande inverkan på individens sätt att fungera.

Det har också ansetts stridande mot humanitära synpunkter att döma någon, som på grund av psykisk störning är i behov av psykiatrisk sjukhusvård till fängelse och därmed riskera en försämring av hälsotillståndet. Denna aspekt på frågan om förbudet i 33:2 BrB mot frihetsstraff förlorar något av sin tyngd, om en lagöverträdare genom en ökad flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård kan påräkna att få den sjukhusvård han behöver alldeles oavsett om han dömes till fängelse eller ej.

När det gäller att avgöra om ett upphävande av förbudet i 33:2 BrB kan befaras leda till stötande resultat må erinras att syftet med strafflagstiftningen såsom redan nämnts är att förebygga brott. En domstol är följaktligen – även utan särskilt stadgande – skyldig att vid val av påföljd tillse att den brottspåföljd som väljes är ägnad att motverka fortsatt brottslighet. Rätten har också på grund av stadgandet i 1:7 BrB att beakta vad som är mest ägnat att främja lagöverträdarens anpassning i samhället.

Om nu ett brott begåtts under inflytande av sådant psykiskt störningstillstånd, som avses i bestämmelserna i 33:2 BrB, kan ett frihetsstraff, om störningen alltjämt består vid domstillfället, i allmänhet inte förväntas vara ägnat att främja lagöverträdarens anpassning i samhället och att motverka fortsatt brottslighet. Däremot kan erforderlig psykiatrisk vård förväntas ha större utsikter att främja hans anpassning. Det finns med hänsyn härtill inte anledning att befara att ett upphävande av bestämmelserna i 33:2 BrB skulle i annat än i undantagsfall leda till att rätten dömer till frihetsstraff i fall, där brottet begåtts under inflytande av psykisk störning och sluten psykiatrisk vård framstår som den mest rationella påföljden.

Situationen kan emellertid stundom vara den att brottet begåtts i ett allvarligt störningstillstånd, men vårdbehovet vid tiden för domen ej har sådan styrka att intagning till sluten vård kan ske med stöd av LSPV. I en sådan situation kan domstolen med nu gällande bestämmelser inte döma vare sig till frihetsstraff eller till överlämnande till sluten psykiatrisk vård. Om förbudet i 33:2 BrB helt upphävs, skulle det i ett sådant fall inte föreligga något formellt hinder för domstolen att döma lagöverträdaren till frihetsstraff. Domstolen är emellertid vid sin bedömning skyldig att beakta den vid tiden för brottet förefintliga psykiska störningen och dess samband med brottet. I sådant fall har domstolen möjlighet att döma till icke frihetsberövande påföljder eller med stöd av bestämmelserna i 33:4 BrB döma till lindrigare straff än för brottet är stadgat.

Det är av det sagda uppenbart att BrB – även utan bestämmelserna i 33:2 – ger domstolarna vägledning och möjlighet att bestämma påföljd för brott på sådant sätt att tillräcklig hänsyn kan tagas till en vid tiden för brottet förefintlig psykisk störning hos lagöverträdaren. Bestämmelserna i 33:2 BrB borde därför kunna upphävas utan att man för den skull behöver befara, att frihetsstraff kommer att ådömas psykiskt avvikande lagöverträdare i fall, där en sådan påföljd skulle stå i strid med de principer som präglar BrB:s påföljdssystem.

Det kan å andra sidan inte bestridas att förbudet i 33:2 BrB mot frihetsstraff inneburit viss garanti för att frihetsstraff inte ådömes i fall, där sådan påföljd

på grund av psykisk störning hos lagöverträdaren inte är lämplig. En dylik garanti mot oriktigt val av påföljd kan vara av värde även framdeles. Förbudet är emellertid, på sätt framgår av vad kommittén anfört i 7 kap., otillfredsställande i såväl formellt som sakligt hänseende. I förstnämnda hänseende är att anmärka att utformningen av förbudet, på sätt förut nämnts, inte anknyter till psykiatriskt språkbruk eller vedertagna indelningar av psykiska störningar. I sak kan mot förbudet riktas den anmärkningen att det utformats på ett sådant sätt, att det i praxis fått en mycket vidare tillämpning än som avsetts och som kan anses lämplig. Förbudsstadgandet tar inte tillräcklig hänsyn till störningens svårhetsgrad och verkningar eller till vårdbehovet samt ger inte undersökningsläkare och domstolar erforderlig vägledning.

Det är därför, på sätt närmare framgår av vad som anförts i 7 kap., enligt kommitténs mening uppenbart att förbudsstadgandet i 33:2 BrB i sin nuvarande utformning inte bör bibehållas.

Av vad kommittén anfört beträffande olika psykiska störningar torde framgå att ett förbudsstadgande – om ett sådant anses önskvärt – måste kompletteras med en befogenhet för domstolarna att göra undantag från vad som betecknas som huvudregeln, dvs. förbudet. En reglering i enlighet härmed torde måhända vara tekniskt möjlig i fråga om lagöverträdare, som vid tiden för brottet befann sig i ett psykotiskt tillstånd och som enligt kommitténs mening i princip inte bör ådömas frihetsstraff utan bör, om vårdbehovet alltjämt består vid tiden för domen, överlämnas till sluten psykiatrisk vård. Det torde inte heller föreligga några större svårigheter att utforma ett förbud mot frihetsstraff för brott som har samband med psykisk utvecklingsstörning. Beträffande andra psykiska störningstillstånd än psykoser och utvecklingsstörningar är det, med hänsyn till dessa störningars skiftande art och grad och verkningar, knappast möjligt att på ett klagörande sätt precisera i vilka fall en psykiskt störd lagöverträdare inte bör ådömas frihetsstraff. Det är vidare med hänsyn till framför allt personlighetsstörningarnas skiftande natur önskvärt att domstolen och därmed även undersökningsläkaren inte är bunden av snävt avfattade regler utan kan grunda sitt ställningstagande i fråga om påföljden på alla förekommande omständigheter.

Av det sagda torde framgå att det – i varje fall beträffande andra psykiska störningar än psykoser och utvecklingsstörning – är svårt att utforma ett generellt förbudsstadgande som på en gång ger domstolarna önskvärd frihet att välja den påföljd, som framstår som den lämpligaste med hänsyn till omständigheterna i det särskilda fallet, och innefattar säkerhet mot olämpligt ådömande av frihetsstraff för brott som har samband med psykisk störning.

Vad nu sagts om svårigheterna att utforma ett generellt förbudsstadgande ger anledning överväga, huruvida vad man vill vinna genom ett förbudsstadgande kan åvägbringas på annat sätt.

De syften som man vill uppnå med ett förbudsstadgande torde i huvudsak kunna vinnas även genom en bestämmelse, som dels stadgar att en psykiskt störd lagöverträdare inte bör dömas till fängelse, ungdomsfängelse eller internering, om inte sådan påföljd framstår såsom lämpligare än annan brottspåföljd, dels ock ger anvisningar om vilka faktorer som skall särskilt beaktas vid bedömningen.



Ett stadgande av detta slag skulle ge undersökningsläkare och domstol vägledning i påföljdsvalet och vara ägnat att förekomma ett olämpligt ådömande av frihetsstraff genom att tvinga domstolen att redovisa skälen för att frihetsstraff bedöms vara lämpligare än annan påföljd.

Svårigheten vid utformandet av ett stadgande med nu angivet syfte består i att endast en del av de psykiska störningarna är sådana, att de bör medföra hinder mot ådömande av frihetsstraff för brott som begås under sådan störning samt att det är svårt, för att inte säga omöjligt, att dra en klar gräns mellan olika fall. Att i likhet med vad som skett i förbudsstadgandet i 33:2 BrB söka närmare ange vilka störningar som bör medföra sådant hinder kan inte anses lämpligt med hänsyn till vad här förut sagts om störningarnas skiftande art och grad.

En grundförutsättning för att annan psykisk störning än utvecklingsstörning skall kunna utgöra hinder mot att döma en lagöverträdare till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården bör vara att störningen med hänsyn till art och grad och därav föranlett vårdbehov är av så allvarligt slag att intagning till sluten psykiatrisk vård kan eller vid tiden för brottet kunnat ske oberoende av eget samtycke.

Vid bedömningen av frågan om frihetsstraff är en lämplig påföljd för en psykiskt störd lagöverträdare är sålunda behovet av sluten psykiatrisk vård en faktor som måste tillmätas betydelse i sammanhanget. Så är t. ex. fallet om behovet av vård vid domstillfället bedöms såsom långvarigt. Det bör emellertid framhållas att vårdbehovet endast är en av de faktorer som kan påverka valet av påföljd och att det kan vara olämpligt att döma till frihetsstraff, även om behovet av sluten vård på grund av störningen upphört vid tiden för domen.

Vid valet av påföljd bör hänsyn till arten och graden av förefintlig störning tas även i annat hänseende än som sker vid bedömning av vårdbehovet. Den omständigheten att intagning till sluten psykiatrisk vård kan eller kunnat ske med stöd av LSPV bör inte alltid medföra hinder mot ådömande av frihetsstraff. På sätt närmare utvecklats i 7 kap. bör t. ex. sådan påföljd kunna ådömas en lagöverträdare, även om han vid tiden för brottet kunnat på grund av narkotikamissbruk intagas till sluten psykiatrisk vård.

En annan faktor av betydelse vid bedömningen av vad som är den lämpligaste påföljden för en psykiskt störd lagöverträdare är störningens samband med brottet.

Det nuvarande förbudsstadgandet i 33:2 BrB är begränsat till fall där det föreligger kausalsamband mellan störningen och brottet. Förbudet omfattar alltså inte fall, där störningen uppkommit efter gärningens begående. Enligt kommitténs mening finns det inte skäl att ge några särskilda anvisningar för fall av sistnämnda slag. Det här ifrågasatta stadgandet bör alltså begränsas till fall, där den psykiska störningen förelåg vid tiden för brottet. Detta innebär givetvis inte någon begränsning av domstols möjlighet att överlämna en lagöverträdare till sluten psykiatrisk vård på grund av en efter brottet uppkommen psykisk störning (se s. 260).

Beträffande frågan om i övrigt det nu gällande kravet på kausalsamband mellan störningen och brottet bör bibehållas vill kommittén anföra följande.

Kravet på att brottet skall ha begåtts "under inflytande av" störningen gå

såsom förut nämnts tillbaka till lagberedningens förslag till revision av SL:s tillräknelighetsbestämmelser. Detta krav har i korthet berörts i samband med framställningen om förutsättningarna för ett förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård (se s. 259).

Frågan om kausalsamband mellan störning och brott såsom förutsättning för tillämpning av förbudet i 33:2 BrB mot frihetsstraff synes vara av tämligen ringa praktisk betydelse. I de svenska rättsfallsöversikterna finns inte refererat något fall, där domstol konstaterat att sinnessjukdom, sinnesslöhet eller med sinnessjukdom jämställt tillstånd förelegat i gärningsögonblicket, utan att brottet ansetts ha skett under inflytande av sjukdomen. Professorn i rättspsykiatri Rylander har uttalat att han under sin långa praktik endast träffat på två fall, där det ansetts att den brottsliga handlingen inte tillkommit under inflytande av påvisad abnormitet. Det ena fallet gällde en advokat, som i ekonomiskt trångmål gjort sig skyldig till förskingring. Han visade sig vid rättspsykiatrisk utredning ha tvångsmässiga personlighetsdrag och även drag med tvångsneurotiska symtom, en abnormitet, som snarast kunde antas ha motverkat frestelsen att begå brott av aktuellt slag. Det andra fallet – där domstolen till skillnad från medicinalstyrelsen inte ansåg orsakssamband föreligga – avsåg en paranoisk person som gjort sig skyldig till bedrägeri för att få medel till att fortsätta en rättskampanj, som han var inbegripen i.

Av redogörelsen för utländsk rätt (se s. 393) framgår att man i olika länder valt sinsemellan olika lösningar för att definiera området för straffrihet på grund av psykiska störningar. Någon direkt motsvarighet till BrB:s bestämmelser finns ju inte. I vissa länder – bland dem Norge och Frankrike – har som förutsättning för straffrihet uppställts ett s. k. rent medicinskt kriterium. Det straffriande tillståndet har i båda länderna beskrivits som sinnessjukdom, men såväl i Norge som Frankrike innefattas i detta begrepp även höggradig psykisk utvecklingsstörning. I andra länder har man ett s. k. medicinskt-psykologiskt kriterium. För straffrihet krävs då inte bara att ett medicinskt definierat tillstånd förelegat utan även att detta skall ha medfört att vederbörande var otillräknelig, dvs. att han inte kan göras ansvarig för gärningen.

I Norge, där man i den alltjämt gällande lagstiftningen har ett rent medicinskt kriterium, har man också i det nya lagförslaget bibehållit ett sådant kriterium. Såvitt gäller sinnessjukdom och höggradig utvecklingsstörning är enligt förslaget straffrihetsregeln undantagslös, medan den för övriga tillstånd – medvetandestörning eller annat djupgående abnormtillstånd – gjorts fakultativ. I anslutning till förslaget uttalade straffelovrådet att, även om man teoretiskt kunde tänka sig att en sinnessjuk person kunde begå handlingar som var utan samband med sjukdomen, det skulle vara oerhört vanskligt att avgöra när detta samband saknas i det enskilda fallet samt att den nuvarande principen fungerat tillfredsställande sedan den infördes år 1902. Vid tillämpning av den fakultativa straffrihetsregeln fick emellertid frågan om orsakssammanhanget mellan abnormiteten och gärningen betydelse. Straffelovrådet konstaterade att föreställningen om skuld som grund för straff, ehuru den enligt somligas uppfattning byggde på irrationella premisser och sviktande filosofiskt underlag, var en realitet som lagstiftningen och domstolarna måste ta hänsyn till. Den viktigaste uppgiften blev då för rätten att avgöra om straffansvar syntes vara rimligt och rättvist. Vid



gränspsykos, uttalade straffelovrådet vidare, borde man, liksom då det gäller psykos, antaga att sjukdomen berör själslivet som helhet. Ett abnormtillstånd kunde emellertid vara av den arten att det angrep endast en del av personligheten. I sådana fall syntes rimligt att vid bedömningen av fråga om straffrihet avgörande vikt lades vid om brottet kunde antagas ha samband med abnormtillståndet. Även frågan om en ändamålsenlig reaktion borde spela en viss roll vid avgörandet.

Det danska straffelovrådet hade i sitt betänkande efter mönster av den norska lagen utgått från ett rent medicinskt kriterium med obligatorisk straffrihet vid sinnessjukdom och höggradig utvecklingsstörning. Detta skedde på rekommendation av rättsläkarrådet, som bl. a. anförde, att själslivet måste uppfattas som en funktionsmässig helhet och att varje handling av en psykotisk patient borde uppfattas som potentiellt färgad av, modifierad av – om inte rent av betingad av – det psykotiska tillståndet. Möjligheten av en av sjukdomen oberoende brottslig handling skulle därför i princip avvisas. Då det gällde tillstånd som kunde "jämföras med sinnessjukdom" föreslog man emellertid en regel om fakultativ straffrihet. Enligt straffelovrådet kunde det i dessa fall inte uteslutas att man i rättspsykiatrisk praxis skulle visa tendenser till utvidgning av detta diagnostiska hjälpbegrepp.

Kravet på kausalsamband mellan psykisk störning och brott var, då straffrihet gällde för brott som begåtts av någon som bedömdes vara otillräknelig, ägnat att klagöra grunden för straffriheten. I BrB innebär kravet på kausalitet en begränsning av omfattningen av förbudet mot ådömande av frihetsberövande påföljd inom kriminalvården. Skälen till att en lagöverträdare, som vid brottet var psykiskt störd inte bör dömas till sådan påföljd i fall, där frihetsstraff eljest är motiverat av brottets svårhetsgrad, är i allmänhet att han är i behov av sluten psykiatrisk vård och/eller att sådant straff på grund av den psykiska störningen inte är meningsfullt eller direkt skadligt. Att i dylika situationer låta sambandet mellan störningen och brottet vara en faktor av avgörande betydelse för valet av påföljd ter sig föga rationellt.

Därmed är givetvis inte sagt att sambandet mellan störning och brott saknar betydelse vid valet av påföljd. Ibland kan det finnas skäl att – oberoende av vederbörandes behov av psykiatrisk vård eller förmåga att utvärda en fängelsevistelse – inte döma till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården av den anledningen att vederbörande på grund av psykiskt störningstillstånd inte kan göras ansvarig för den brottsliga handlingen. Vid allvarig psykisk störning kan, som tidigare nämnts, sådant samband oftast presumeras. Även när det gäller ingripande psykiska störningstillstånd såsom psykos kan det dock ibland finnas anledning att ifrågasätta kausaliteten. I kap. 7 nämns det exemplet att en person, som regelbundet ägnar sig åt olaga narkotikaförsäljning, vid något brottstillfälle var tillfälligt psykotisk på grund av narkotikaintag. Den omständigheten att det psykotiska tillståndet kan misstänkas sakna betydelse för brottet måste enligt kommitténs mening beaktas i ett sådant fall.

De faktorer som bör särskilt beaktas, då fråga uppkommer att döma lagöverträdare som är psykiskt störd till fängelse eller annan frihetsberövande påföljd inom kriminalvården, är alltså, på sätt framgår av det här anförda,

störningens art och grad, dess samband med brottet och vederbörandes behov av vård.

Dessa anvisningar till ledning för valet av påföljd innebär inte något frångående av den under förarbetena till BrB (se departementschefsuttalande i prop. 10/1962 C. s. 52) fastslagna grundsatsen att på brott skall följa en samhällsreaktion som är tillräckligt ingripande för att hos allmänheten vidmakthålla uppfattningen att samhället allvarligt reagerar mot brott.

Vad nu sagts har närmast avseende på lagöverträdare som vid brottet led av annan psykisk störning än psykisk utvecklingsstörning men bör i tillämpliga delar läggas till grund för reglering av val av påföljd för psykiskt utvecklingsstörd lagöverträdare. Regleringen bör alltså ske så att domstolarna inte är alltför bundna av visst tillstånd, utan möjlighet öppnas för dem att ta hänsyn till alla föreliggande omständigheter. Såsom huvudregel bör gälla att lagöverträdare som är psykiskt utvecklingsstörd inte får dömas till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården utan att sådan påföljd framstår såsom lämpligare än annan påföljd. En förutsättning för denna begränsning vid valet av påföljd är att den psykiska utvecklingsstörningen är av viss svårhetsgrad. Att knyta hinder mot ådömande av frihetsstraff till viss intelligenskvot – t. ex. 70 – är uppenbarligen inte lämpligt. I viss överensstämmelse med vad som föreslagits beträffande andra psykiska störningar än utvecklingsstörningar bör regleringen av påföljdsvalet i stället begränsas till fall, där den utvecklingsstörde kan oberoende av samtycke beredas vård i specialistsjukhus eller vårdhem för utvecklingsstörda. Vid bedömning av vad som är den lämpligaste påföljden för sådan lagöverträdare skall särskilt beaktas graden av utvecklingsstörning, dess samband med brottet och vårdbehovet. Begränsningen av regleringen till sådana fall, där vård kan beredas med stöd av 35 § omsorgslagen, innebär givetvis inte att frihetsstraff skall anses vara en lämplig påföljd för utvecklingsstörda lagöverträdare i övriga fall. Med hänsyn till att en utvecklingsstörd har svårt att klara sig i fängelsemiljö och lätt blir utnyttjad av andra bör – även vid lindrig utvecklingsstörning – försiktighet iakttagas vid ådömande av fängelsestraff.

För brott som begåtts under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan med sinnessjukdom jämförbar abnormitet får på grund av stadgandet i 33:2 BrB ej heller dömas till disciplinstraff för krigsmän eller villkorlig dom. Något behov av att uppställa hinder mot tillämpning av förstnämnda påföljd torde inte föreligga, sedan arreststraffet efter lagändring 1975 ersatts av "fritidsstraff". Förbudet mot villkorlig dom motiverades under förarbetena till BrB med att denna påföljd i fall som här avses inte hade någon funktion att fylla vid sidan av skyddstillsyn och psykiatrisk vård i öppen form. Även om denna bedömning alltjämt torde ha skäl för sig, finns det knappast något behov av att låta de anvisningar, som enligt kommitténs förslag skall ersätta förbudsstadgandet i 33:2 BrB, omfatta även påföljden villkorlig dom.

Enligt kommitténs mening finns det inte skäl att i sakligt hänseende ändra det i 33:2 sista stycket BrB nu upptagna stadgandet om att rätten i fall av psykisk störning skall kunna underlåta att döma till påföljd som avses i stadgandet. Den jämkning av stadgandets avfattning som föreslås är uteslutande redaktionellt betingad.



Stadgandet i 33:2 sista stycket skulle i enlighet härmed lyda:

Finnes i fall som avses i första och andra styckena tillräckliga skäl för ådömande av påföljd inte föreligga, skall rätten förordna att den tilltalade skall vara fri från påföljd.





## 9 Behandling av psykiskt störda lagöverträdare under tid före dom

### *Gällande ordning beträffande häktning och åtalsunderlåtelse*

Om ett gripande i anledning av brott leder till anhållande, skall, om den anhållne ej dessförinnan friges, häktningsframställning inges till rätten dagen efter beslutet om anhållande eller, om ytterligare utredning erfordras, senast femte dagen efter anhållandet. Då häktningsframställning inkommit till rätten, skall rätten sist på fjärde dagen därefter hålla förhandling i häktningsfrågan. Ett anhållande kan alltså vara under högst nio dagar. Under denna tid förvaras vederbörande i arrestlokal. Om rätten beslutar häktning skall, om åtal inte redan väckts, tid utsättas inom vilken så skall ske. Denna tid bör inte överstiga två veckor. Om brottsutredningen är komplicerad eller om den tilltalade skall genomgå rättspsykiatrisk undersökning, kan emellertid häktningstiden bli avsevärt längre. Efter häktningsbeslut skall enligt huvudregeln den misstänkte omedelbart överföras till allmänt häkte.

Enligt 24:3 RB må misstänkt ej häktas, om häktning på grund av sjukdom kan antagas medföra allvarligt men för honom och sådan övervakning kan ordnas, att skäl till hans häktning ej längre föreligger.

Riksdagen antog i maj 1976 en ny lag om behandling av häktade och anhållna m. fl., häkteslagen, som gäller från den 1.1.1977 (1976:371). Ytterligare bestämmelser har utfärdats i förordning om behandling av häktade och anhållna m. fl. (1976:376), häktesförordningen, som gäller från samma tidpunkt. Bestämmelserna i häkteslag och häktesförordning är tillämpliga förutom på häktade bl. a. även på personer som anhållits eller gripits på grund av misstanke om brott.

I häkteslagens 4 § stadgas att man vid behandlingen av häktad skall ta hänsyn till hans hälsotillstånd. Häktad som företer tecken till sjukdom eller begär att läkare skall tillkallas skall så snart ske kan undersökas av läkare, om ej sådan undersökning uppenbarligen är obehövlig. Vidare stadgas att läkares anvisning rörande vården av häktad som är sjuk skall iakttas. Om häktad behöver sjukhusvård, skall sådan beredas honom så snart det kan ske. Om anledning föreligger därtill, skall den som vistas på sjukhus stå under bevakning.

Av 16 § häktesförordningen framgår att det i princip är föreståndaren för förvaringslokalen som avgör hur behandlingen av häktad skall utformas. Då det gäller häktad som är sjuk har emellertid läkare tillagts beslutanderätten. Enligt 6 § häktesförordningen skall i de fall överförande till sjukhus sker föreståndaren för förvaringslokalen underrätta den för vården ansvarige

överläkaren om ändamålet med frihetsberövandet och övriga förhållanden av betydelse för den intagnes vistelse på sjukhuset. Om den intagne berövats friheten på grund av misstanke om brott, skall dessutom undersökningsledaren eller åklagaren underrättas om överförandet.

För närvarande finns i landet 21 häkten inklusive de särskilda häktesavdelningar som inrättats vid vissa kriminalvårdsanstalter. Kriminalvårdsstyrelsen har tillsynen över allmänna häkten och de polisarrester som är anordnade i anslutning till sådana. Allmänna häkten och anslutna arrester är liksom skyddskonsulentdistrikt och lokalanstalter inordnade i f. n. 9 kriminalvårdsregioner. Polisdistrikten disponerar arrester inom centralvaktområdet samt inom tillhörande lokalvaktområden. Tillsynen över dessa utövas av rikspolisstyrelsen.

På häktena i Stockholm och Göteborg finns heltidsanställda sjuksköterskor. I Stockholm, Göteborg och Malmö finns särskilt narkomanvårdsteam bestående av överläkare, psykolog, sjuksköterska, kurator och sjukvårdsbiträde. På övriga häkten och därmed förbundna arrestlokaler skall den psykiatriska vården i första hand ombesörjas av ett team bestående av konsulterande psykiater, sjuksköterska och psykolog, som skall finnas i de flesta frivårdsdistrikt. Enligt planerna skall varje häkte ha tillgång till en anstaltsläkare för kroppssjukvård och en konsulterande psykiater från frivårdsdistriktet. I den mån sådana läkare på grund av personalbrist eller eljest saknas, får den lokala sjukvården anlitas. Det har emellertid många gånger visat sig vara svårt att tillgodose sjukvårdsbehovet i häkten och arrester.

I en på uppdrag av justitiedepartementet gjord utredning rörande häktesorganisation för Stockholm med angränsande län (Ju 1974:4) påpekades att häktenas resurser för omhändertagande av personer med psykiska besvär är utomordentligt bristfälliga. Som en lösning på detta problem föreslog utredningsmannen – efter att ha diskuterat olika möjligheter såsom placering på psykiatriskt sjukhus eller rättspsykiatrisk klinik – att man inom kriminalvården skulle tillskapa särskilda resurser för dessa personer. Utredningsmannen föreslog inrättande av en särskild avdelning med medicinsk service på ett planerat häkte i Sollentuna. Förslaget har ännu inte lett till några åtgärder.

Såsom framgår av redogörelsen för gällande rätt (kap. 2) kan åklagare underlåta att väcka åtal för brott som uppenbarligen begåtts under inflytande av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller med sinnessjukdom jämställd abnormitet. En förutsättning är att sluten psykiatrisk vård eller vård i vårdhem eller specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda kommer till stånd samt att åtal ej är påkallat av särskilda skäl.

Åtalsrättskommittén anförde i sitt betänkande härom (s. 172):

Räckvidden av åklagarens befogenhet att underlåta åtal i hithörande fall är tämligen begränsade, eftersom brottet; uppenbarligen skall ha begåtts under inflytande av abnormiteten. Ofta krävs en rättspsykiatrisk undersökning för att detta skall kunna fastställas; tillräckligt material kan dock stå till förfogande genom att den misstänkte redan är under vård eller behandling.

Åtalsunderlåtelser i de fall som nu avses förutsätter som nämnts, att åtal inte är påkallat av särskilda skäl. Därmed avses att, om den psykiskt avvikande är eller blir intagen för sluten psykiatrisk vård, det i allmänhet inte finns anledning att åtala



honom, men att åtal kan vara motiverat i särskilda fall, t. ex. om brottet är mycket grovt och det inte ligger i öppen dag att det är ett s. k. vansinnesdåd. Även den omständigheten att ett brott har tilldragit sig allmän uppmärksamhet har anförts som ett skäl att åtala. Vidare anses betydelsen av att saken är helt utredd och målsägandens inställning böra beaktas.

Åtal kan även vara påkallat för att en misstänkt, som redan är intagen för sluten psykiatrisk vård eller som blir det utan att saken för den skull behöver gå till domstol, skall få kvarhållas i sjukhuset. Den som har intagits för sluten psykiatrisk vård på egen begäran får nämligen inte kvarhållas mot sin vilja. Har den misstänkte intagits efter egen ansökan kan åtal även vara påkallat för att frågan om hans utskrivning skall prövas av utskrivningsnämnden i stället för överläkaren vid sjukhuset.

Av de statistiska uppgifterna i kap. 3 kan utläsas att antalet åtalsunderlåtelser på grund av psykisk störning de senaste åren uppgått till 800–900 fall om året. Vidare framgår att åtalsunderlåtelser i regel inte förekommer vid allvarligare brott. De flesta fall av åtalsunderlåtelser av ifrågavarande slag torde avse personer som begått brott som inskrivna i eller försöksutskrivna från psykiatriskt sjukhus.

### *Riktlinjer för åtgärder i samband med gripande, anhållande och häktning*

En grundläggande princip bör vara att de lagöverträdare som lider av psykiska störningar skall liksom övriga medborgare med sådana störningar så snabbt och effektivt som möjligt få den psykiatriska vård som erfordras med hänsyn till arten och graden av deras tillstånd. Denna princip bör såvitt möjligt gälla redan på utredningsstadiet, även om utrednings- och säkerhetsintressen därigenom måste i någon mån eftersättas.

Det är ingalunda ovanligt att psykiska insufficienser av olika slag uppstår hos personer som omhändertagits i häkte. Så t. ex. uppkommer hos narkotikamissbrukare i samband med anhållande och häktning ofta abstinensbesvär av varierande svårhetsgrad. Vidare är det tämligen vanligt att häktade drabbas av reaktiva psykiska störningar, ofta ångest och oro, stundom psykoser. I de flesta fall har överförande till sjukhus av bl. a. utredningsskäl hittills inte ansetts böra ifrågakomma. Enligt uppgift från kriminalvårdsstyrelsen inträffar detta endast i omkring ett trettiotal fall om året. Många sjukhus saknar resurser att tillgodose det behov av bevakning som kan uppstå för att avskärma den sjuke från kontakt med andra eller hindra honom från att rymma. Avgiftning har i regel fått ske i häktena eller, i svårare fall, på någon av kriminalvårdsanstaltens avdelningar för psykiatrisk vård eller kroppssjukvård.

Den nuvarande psykiatriska hälsovården av häktade och anhållna har påtagliga brister. Dessa bör i möjligaste mån avhjälpas genom anlitande av samhällets allmänna sjukvårdsresurser.

Häkteslagens regler är tillämpliga på häktad, oavsett på vilken plats han är förvarad. Vid överföring till allmänt sjukhus kan emellertid lagens krav vara svåra att uppfylla. Vid grövre brottslighet eller komplicerad sådan är det ibland nödvändigt att den misstänkte sätts under effektiv bevakning så att han hindras från att rymma eller få kontakt med medbrottslingar. Sådana bevakningsuppgifter varken kan eller bör de vanliga sjukhusen åta sig. I

regel är det inte heller med hänsyn vare sig till den misstänkte eller till övriga patienters trivsel lämpligt att bevakning på sjukhus sker genom kriminalvårdspersonalens försorg. Problem uppstår särskilt ofta vid narkotikabrottslighet. De som grips som misstänkta för narkotikabrott är inte sällan storkonsumenter av narkotika och i mycket dåligt skick vid gripandet. Ofta uppträder efter någon tid abstinensbesvär eller ångestneurotiska eller psykotiska symtom av mer eller mindre snabbt övergående natur. Brottsligheten kan vara komplicerad med många inblandade. Visserligen skall enligt nya häkteslagen läkares anvisning – även då det gäller överförande till sjukhus – följas, men det finns skäl antaga att de psykiatriska sjukhusen med sina allt öppnare vårdmetoder i många fall även i framtiden kommer att sakna resurser att ta emot det ifrågasvarande klientelet.

Det är å andra sidan helt otillfredsställande att personer med svåra fysiska och psykiska besvär såsom nu skall behöva vistas i arrestlokaler eller på häkten med dåliga eller i vissa fall helt obefintliga vårdresurser.

Av kommitténs i annat sammanhang framförda förslag till rättspsykiatrisk organisation (se s. 339 ff) framgår att denna avses skola utformas så att den kan ombesörja även vissa vårduppgifter. Möjlighet skulle härigenom öppnas att låta nämnda organisation tillgodose anhållnas och häktades behov av slutna psykiatrisk vård.

Enligt nu gällande lagstiftning kan intagning på rättspsykiatrisk klinik ske endast om rätten förordnat om rättspsykiatrisk undersökning. Med hänsyn bl. a. till att skuldfrågan måste vara utredd, innan sådant förordnande kan ske, vilket kan ta lång tid, kommer den misstänkte inte sällan dit först vid en tidpunkt, då det mest akuta vårdbehovet redan avklingat. Då klinikerna inte har sjukhusstatus, har man inte heller möjlighet att bereda patienterna vård enligt LSPV:s bestämmelser.

Vid ett genomförande av det förslag till ny ordning för rättspsykiatriska undersökningar, som framläggs av kommittén i kap. 10, torde visserligen intagning på rättspsykiatrisk klinik på grund av förordnande av domstol i många fall kunna ske i ett väsentligt tidigare skede än för närvarande. Det är emellertid av vikt, att anhållna och häktade kan utan dröjsmål snabbt beredas den slutna psykiatriska vård, som de är i behov av. Intagning på rättspsykiatrisk klinik för vård bör därför kunna ske utan att avvakta förordnande om rättspsykiatrisk utredning. Kommittén föreslår därför att klinikerna får sjukhusstatus med befogenhet för dem att efter ansökan med stöd av vårdintyg intaga patienter för vård i enlighet med LSPV:s intagningsregler. Klinikerna bör vara så utrustade i såväl personellt som materiellt hänseende att häkteslagens regler och åklagarens föreskrifter kan iakttagas.

Om en person som är gripen, anhållen eller häktad visar tecken på psykisk störning, bör polisen eller föreståndaren för förvaringslokalen tillse att han omedelbart blir läkarundersökt. Detta är helt i enlighet med innehållet i 4 § häkteslagen. Om läkaren därvid finner sannolika skäl för att den undersökte lider av sådan störning, att han kan beredas vård med stöd av LSPV, bör han genom meddelande till person som är behörig att göra ansökan om intagning på sjukhus ta initiativ till att sådan ansökan kommer till stånd samt utfärda vårdintyg. Åklagaren bör sedan verka för att den misstänkte placeras på ett sådant sätt att eventuella säkerhetsintressen beaktas.

Behörig att göra ansökan om sjukhusintagning med stöd av LSPV är enligt



4 § denna lag bl. a. polismyndighet. Beträffande den som är intagen i kriminalvårdsanstalt eller häkte får ansökan göras endast av den tjänsteman som har att sörja för den intagne. Enligt 6 § äger person som får göra ansökan om intagning även föranstalta om läkarundersökning.

Kommittén föreslår att även åklagare som handhar utredning rörande den misstänkte får behörighet att ansöka om intagning enligt LSPV och föranstalta om läkarundersökning. I egenskap av förundersökningsledare är det ofta denne som bäst känner till den misstänkte. I många fall har han tidigare haft att göra med vederbörande. Huruvida i fall, då intagning med stöd av LSPV kommer till stånd, häktningsframställning skall ske eller, om sådan åtgärd vidtagits före överförandet till sjukhus, framställningen skall återtas, får avgöras av åklagare med hänsynstagande till samtliga föreliggande omständigheter. I vissa fall blir det rätten som har att ta ställning till de avvägningar som här måste göras. Ibland kan sjukhusintagning komma att ersätta en häktning. I andra fall – särskilt om vårdbehovet kan beräknas vara mycket kortvarigt och det rör sig om allvarliga brott – kan det vara praktiskt att häktning sker oavsett sjukhusintagningen. I sådana fall får vederbörande, sedan vårdbehovet upphört, återföras till häktet.

Hur behandlingen – psykiatrisk vård och andra resocialiserande åtgärder – läggs upp kan ha stor betydelse för åklagarens och domstolens vidare ställningstaganden. Det är därför mycket viktigt att vården inklusive eftervården noga planeras. I åtskilliga fall torde åklagaren kunna underlåta att åtala. Liksom enligt gällande lag bör en åklagare kunna i viss utsträckning besluta att icke tala å brott som begåtts av den som är psykiskt störd. Såsom förut nämnts kan åtal enligt nu gällande bestämmelser i 20:7 p. 4 RB underlåtas, om brottet uppenbarligen begåtts under inflytande av sådan själslig abnormitet som avses i 33:2 BrB samt sluten psykiatrisk vård eller vård i vårdhem eller specialistsjukhus för utvecklingsstörda kommer till stånd utan lagföring och åtal ej är påkallat av särskilda skäl.

Åtalsrättskommitténs har föreslagit att åtal mot psykiskt störd lagöverträdare skall kunna underlåtas i fall, då sluten psykiatrisk vård eller vård i vårdhem eller specialistsjukhus för utvecklingsstörda kommer till stånd. Åtal skall också kunna underlåtas, om lagöverträdaren blir föremål för vård i öppna former som bedöms såsom ändamålsenliga för att avhålla lagöverträdaren från fortsatt brottslighet. Denna utvidgning av möjligheten att underlåta åtal synes ändamålsenlig. Men hänsyn till att utvecklingen alltmera går mot öppna vårdformer kan det nämligen, särskilt då fråga är om mindre allvarliga brott, finnas skäl att underlåta åtal även i fall då adekvat åtgärd av mindre ingripande slag kommer till stånd. Möjligheten att underlåta åtal även i fall, där den psykiska störningen inte är så djupgripande att sluten psykiatrisk vård kan beredas gärningsmannen, bör tillämpas med återhållsamhet och endast i fall, där öppen vård eller annan vårdåtgärd framstår såsom mer ägnad att främja lagöverträdarens anpassning i samhället än annan påföljd. Erforderlig begränsning torde vinnas genom att behålla den i nu gällande lag upptagna regeln att åtal ej får underlåtas, om åtal är påkallat av särskilda skäl.

Av skäl som anförts i 8 kap. har kommittén ansett krav på kausalsamband mellan psykisk störning och brott inte böra uppställas såsom förutsättning för överlämnande till sluten psykiatrisk vård. Något sådant krav har i kommit-

téns förslag inte heller uppställts såsom förutsättning för överlämnande till vård i specialsjukhus eller vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda eller till öppen psykiatrisk vård. Det torde då inte heller finnas skäl att uppställa sådant krav såsom förutsättning för att åtalsunderlåtelse skall få meddelas. Erforderlig begränsning uppnås även här genom att en förutsättning för åtalsunderlåtelse är att åtal ej är påkallat av särskilda skäl.

Det stadgande som enligt åtalsrättskommitténs förslag skall ersätta den nuvarande bestämmelsen i 20:7 p. 4 RB avser även andra lagöverträdare i behov av resocialisering än de som är psykiskt störda. Nämda resocialiseringsfall faller utanför denna kommittés uppdrag. Det förslag som här framlägges är därför begränsat till åtalsunderlåtelse för brott som begåtts av psykiskt avvikande lagöverträdare.

Under återopande av det anförda föreslår kommittén att 20 kap. 7 § 4. RB ges det innehåll att åtal får underlätas, om den som begått brottet är psykiskt störd och vård som avses i 31 kap. 3 eller 4 § BrB eller annan vårdåtgärd kommer till stånd utan lagföring samt åtgärden kan anses ägnad att främja hans anpassning i samhället och åtal ej är påkallat av särskilda skäl. I enlighet härmed skall åklagare kunna besluta att ej tala å brott, om det finns skäl att antaga att, i händelse av lagföring, mera ingripande påföljd icke skulle ådömas och att pågående eller planerade resocialiseringsåtgärder är väsentligen lika ägnade att främja lagöverträdarens anpassning i samhället som förutsedd straffrättslig påföljd. Om det är av vikt att visshet nås att förutsedda åtgärder inte uteblir genom bristande samarbete från den misstänktes sida eller eljest, bör åklagaren kunna vilandeförklara åtalsfrågan så att utvecklingen kan avvaktas. Vidare bör liksom enligt gällande bestämmelser beslut om att ej tala å brott kunna återkallas, om tillräckliga skäl för beslutet ej längre finnes föreligga.

Om sjukhusvård och eftervård kommer till stånd, kan det ofta vara motiverat att uppskjuta åtalsfrågan och låta denna bli beroende av effekten av behandlingen. Även om åklagaren inte finner skäl att underlåta åtal, kan en väl genomtänkt behandlingsplanering föranleda att domstolen väljer påföljder som skyddstillsyn med behandlingsföreskrifter eller öppen psykiatrisk vård. När det på grund av brottets svårhetsgrad eller andra faktorer står klart, att varken åtalsunderlåtelse eller vård i frihet kan ifrågakomma, bör sjukhuset lämna anvisningar till åklagare och häktesföreståndare om de åtgärder man från sjukhusets sida anser lämpliga.

Följande exempel kan tjäna som illustration till vikten av att psykiatrisk vård omedelbart kommer till stånd.

*Fall 39.* A. intogs för suicidförsök en kort tid på sjukhus. Därefter noterades påtaglig personlighetsförändring med periodvis grovpsykotiska symtom som två år senare föranledde ny vård, denna gång med stöd av LSPV efter ansökan av anhörig. Under en avvikning från sjukhuset uppsökte A. familjen och uppträdde då så egendomligt att polis tillkallades för att återföra honom till sjukhuset. I samband med att polisen skulle föra honom dit gjorde han sig skyldig till hot mot tjänsteman och försök till sådant brott genom att sikta mot poliserna med pilbåge och hugga omkring sig med kniv. Han häktades då och genomgick rättspsykiatrisk undersökning. Enligt utlåtande över den led han av schizofreniform psykos och var vårdbehövande. Före domen intogs han på sjukhus med stöd av vårdintyg. Dagen därpå avvek han och återfördes då till häktet. Efter dom till sluten psykiatrisk vård togs han ånyo in på sjukhus.

*Fall 40.* B. genomgick rättspsykiatrisk undersökning första gången 1966–67 och



visade då klara symtom på sinnessjukdom. Han överlämnades till sluten psykiatrisk vård och vårdades under diagnosen schizofreni. Han utskrevs 1968. I samband med nya egendomsbrott intogs han i början av 1969 på rättspsykiatrisk klinik för ny rättspsykiatrisk undersökning. Han visade även nu klara psykotiska symtom och överlämnades återigen till sluten psykiatrisk vård.

I bägge de refererade fallen har vid gripandet förelegat klara psykotiska symtom som fordrade vård. Intagning på sjukhus kunde ha skett omedelbart och åtalsunderlåtelse övervägts. Den omständliga proceduren med häktning och rättspsykiatrisk undersökning ter sig för fall som dessa ganska onödig.

Av Lindelius' undersökning beträffande korttidsvårdade domstolsöverlämnade patienter vid Stockholmssjukhusen (se s. 144 och 147) framgår att de flesta av de i undersökningen ingående 49 patienterna var i trängande behov av sjukhusvård vid brottets begående. I åtskilliga av fallen har det rört sig om brott av mindre allvarlig karaktär. I dessa borde vederbörande ha direkt omhändertagits för sjukvård, och åtalsunderlåtelse aktualiserats.

Om intagning sker med stöd av LSPV bör sjukhusvården fortsätta till dess behovet av sådan sluten vård upphört.

Utskrivning från sjukhuset är principiellt en sjukvårdsangelägenhet och från sjukhusets sida finns ingen formell skyldighet att underrätta de rättsliga instanserna före utskrivning. För det fall utskrivning sker innan den rättsliga frågan slutligen avgjorts genom beslut om åtalsunderlåtelse eller dom, bör det emellertid enligt kommitténs mening författningsenligt åligga den utskrivande läkaren respektive utskrivningsnämnden att före utskrivningen underrätta åklagaren, polisen eller häktesföreståndaren om utskrivningen, då intagning skett på initiativ av någon av dessa.

Vad här sagts om beredande av sluten vård med stöd av LSPV bör i tillämpliga delar gälla även frivillig intagning för sluten psykiatrisk vård.

Med de resurser som inom överskådlig tid kommer att stå till buds måste man emellertid räkna med att viss psykiatrisk vård alltjämt bedrivs i arrestlokaler och i häkten.

Ett särskilt aktuellt problem är avgiftningen av narkomaner. I vissa fall är abstinensbesvären av sådan styrka att vederbörande med stöd av vårdintyg bör överföras till sjukhus eller rättspsykiatrisk klinik. Vårdbehovet är emellertid ibland av sådan art att det på ett acceptabelt sätt kan tillgodoses genom i häktet anställda sjuksköterskor med tillgång till psykiatrisk konsult. I de tre största städerna, där narkotikaproblemen är störst, har man också tillgång till särskilda narkomanvårdsteam. För att systemet skall fungera tillfredsställande förutsätts emellertid att häktena upprustas personalmässigt. Kommittén har i yttrande över häktningsutredningens för Stockholm län förslag till häktesorganisation för Stockholms och angränsande län anfört att man med tillfredsställande hälsade förslaget att inrätta särskild avdelning för häktade med psykiatriskt vårdbehov. Sådana avdelningar kan emellertid knappast komma att inrättas annat än i de större städerna och först på lång sikt. Det kan inte bli aktuellt att utöva LSPV-vård på sådan avdelning.

På lång sikt bör de rättspsykiatriska klinikerna kunna fungera som en akutmottagning för häktade och anhållna.

Även i fall då det föreligger behov av mindre ingripande åtgärder än sluten vård är det av vikt att åtgärderna kommer till stånd så snart som möjligt. Om

polisen misstänker att en person vid gripandet lider av psykiska störningar som inte är av sådan styrka att sjukhusintagning är aktuell, bör man i möjligaste mån uppmana och eventuellt hjälpa vederbörande till kontakt med t. ex. nykterhetsvård, narkomanvård eller psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Särskilt då det gäller narkomaner leder gripandet även vid mindre allvarlig brottslighet inte sällan till anhängande och häktning av den anledningen att den misstänkte kan befaras göra sig skyldig till fortsatt brottslig verksamhet för att få medel till sitt narkotikamissbruk. En väsentligt bättre ordning vore att vederbörande genast fick hjälp för sitt missbruk. Den omständigheten, att ett rättsligt förfarande inletts mot honom, kan förmodas göra honom motiverad för behandling. Många gånger kan det vara lämpligt att låta åtalsfrågan vila under en tid för att kontrollera att vård verkligen kommer till stånd.



## 10 Rättspsykiatrisk undersökning

### 10.1 Gällande bestämmelser och praxis

De första bestämmelserna om obligatorisk sinnesundersökning i vissa fall infördes genom sinnessjuklagen, vilken började tillämpas 1931. I samband med tillkomsten av de nya tillräknelighetsbestämmelserna i strafflagen ändrades även bestämmelserna om sinnesundersökning.

Enligt sinnessjuklagens bestämmelser i den utformning de fick 1945 skulle domstolen, om det förelåg anledning till antagande att den som var misstänkt för brott begått detta under inflytande av sådan själslig abnormitet eller tillfälligt rubbad själsvetsksamhet som avsågs i 5:5 SL, förordna om sinnesundersökning, där ej av särskilda skäl sådan undersökning fanns vara obehövlig. Som exempel på fall, då undersökning var överflödig, nämnde strafflagberedningen att brottet begåtts av en "notoriskt sinnessjuk" person, t. ex. en förrymd sinnessjukhuspatient. I sådant fall kunde erforderlig utredning införskaffas utan sinnesundersökning. Ett annat exempel var att den tilltalade tidigare varit föremål för sinnesundersökning och därvid befunnits lida av en konstitutionell psykisk abnormitet, som inte kunde antas ha undergått någon förändring efter undersökningen. Sinnesundersökning skulle däremot ske, om domstolen fann särskild utredning om den misstänktes sinnesbeskaffenhet vara av betydelse för bestämmande av påföljd för brottet eller eljest för målets avgörande. En förutsättning för förordnande om sinnesundersökning var att den misstänkte erkänt gärningen eller övertygande bevisning förebragts att han begått den. Tiden för undersökningen fick uppgå till högst 6 veckor. Kopior av alla undersökningar skulle tillställas medicinalstyrelsen, som skulle meddela domstolen om man ansåg ytterligare psykiatrisk undersökning erforderlig. Domstolen kunde även begära styrelsens utlåtande över undersökning.

1939 infördes genom lag om särskild förundersökning i brottmål bestämmelser om en mindre omfattande läkarundersökning (s. k. § 4-undersökning). Enligt dessa bestämmelser fick domstolen, när skäl förelåg därtill, besluta att läkarintyg angående misstänkt skulle anskaffas. Avsikten med denna läkarundersökning var enligt förarbetena att ge upplysning om den tilltalades psykiska och fysiska konstitution och hans hälsotillstånd samt att ådagalägga, huruvida det fanns anledning misstänka att han led av sjuklig

rubbnig av själsverksamheten eller psykisk abnormitet. Däremot var det inte meningen att den mindre undersökningen skulle ersätta undersökning enligt sinnessjuklagen.

Redan från början hade det uppstått väntetider för sinnesundersökning. 1952 tillsattes särskilda sakkunniga för att utreda frågan om åtgärder för att nedbringa väntetiderna. De sakkunniga avgav 1953 en promemoria med förslag till vissa åtgärder. De föreslog att man dels i ökad utsträckning skulle använda den s. k. korta läkarundersökningen enligt 1939 års lag och låta denna i vissa fall ersätta den fullständiga undersökningen, dels genomföra en differentiering av de egentliga sinnesundersökningarna på så sätt att man i en del fall inskränkte undersökningen jämlikt sinnessjuklagen till att ungefärligen motsvara den korta undersökningen. Förslaget innebar bl. a. att sinnesundersökning inte erfordrades, om det på grund av intyg eller kort läkarundersökning utförd av psykiater framstod som uppenbart att brottet begåtts under inflytande av sådant själstillstånd som angavs i 5:5 SL. Främst på grund av de invändningar som framfördes av första lagutskottet kom emellertid de föreslagna förändringarna inte att genomföras. Utskottet fann att den summariska undersökning som det korta läkarintyget baserades på inte skulle kunna läggas till grund för straffrörelse eller intagning på sinnessjukhus annat än i de fall, som redan täcktes av lagen, nämligen att sinnesundersökning av särskilda skäl befanns vara obehövlig. Differentiering av sinnesundersökning ansågs bäst kunna ske genom en bestämmelse om att undersökningen till sin omfattning skulle anpassas efter undersökningsfallets beskaffenhet. En bestämmelse härom infördes också 1954 i sinnessjuklagen. Samtidigt avskaffades den obligatoriska granskningen av sinnesundersökningar hos medicinalstyrelsen. I stället fick domstol möjlighet att vid behov inhämta styrelsens yttrande.

Vid tillkomsten av 1966 års lag om sluten psykiatrisk vård överfördes bestämmelserna om rättspsykiatrisk undersökning från sinnessjuklagen till en särskild lag, lagen om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål (LRPU). Bestämmelser om kort undersökning återfinns numera i 7 § lagen den 29.6.1964 om personundersökning i brottmål. Sådan undersökning kallas allmänt § 7-undersökning.

Beslut om rättspsykiatrisk undersökning får enligt LRPU meddelas av rätten, om den misstänkte erkänt gärningen eller övertygande bevisning förebragts att han begått den och undersökningen kan antas få betydelse för bestämmande av brottspåföljd eller eljest för målets avgörande. Om rätten finner att svårare straff än böter inte bör följa på brottet, får undersökning beslutas endast om särskilda skäl föreligger. Rättspsykiatrisk undersökning är en förutsättning för överlämnande till sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus för utvecklingsstörd. Om den misstänkte är intagen för sluten vård med stöd av LSPV eller försöksutskriften eller inskriven i specialsjukhus med stöd av omsorgslagen, är det dock tillräckligt med ett uttalande från socialstyrelsen, att det är uppenbart att den misstänkte kan beredas fortsatt vård med stöd av nämnda lagar.

Rättspsykiatrisk undersökning skall utföras av läkare vid rättspsykiatrisk klinik eller station eller annan läkare som socialstyrelsen utser. Skriftligt utlåtande skall avges till rätten inom sex veckor från det beslut om undersökningen inkom till kliniken eller stationen. Socialstyrelsen kan



emellertid medge anstånd i särskilda fall. Enligt KK den 25.11.1966 om föreskrifter ang. tillämpningen av LRPÜ sägs att sådant anstånd får medges i den mån det är nödvändigt på grund av undersökningens särskilda beskaffenhet eller på grund av arbetsbelastningen på den klinik eller station till vilken undersökningen hör, i sistnämnda fall dock endast om undersökningen inte lämpligen kan flyttas till annan klinik eller utföras med hjälp av utomstående läkare.

Om inte annat följer av rättsens beslut skall utlåtandet innehålla uttalande dels om förutsättningarna för att bereda den misstänkte vård med stöd av LSPV eller i specialsjukhus med stöd av omsorgslagen, dels om den misstänktes sinnesbeskaffenhet vid gärningens begående. Om undersökningsläkaren anser att den misstänkte på grund av sin sinnesbeskaffenhet bör bli föremål för annan åtgärd än slutet psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus, skall detta anmärkas. Undersökningsläkaren skall också i utlåtandet ange de omständigheter på vilka han grundar sina uttalanden. I tillämpningsföreskrifterna stadgas att undersökningen skall anpassas efter undersökningens syfte och fallets beskaffenhet samt att utlåtande över undersökningen bör skrivas så kort som fallet medger.

Rätten kan såsom nämnts infordra socialstyrelsens yttrande över utlåtandet. På anmodan av rätten kan undersökningen också kompletteras av styrelsen. Socialstyrelsens yttrande skall innehålla ställningstagande till undersökningsläkarens uttalande och, om styrelsens mening avviker från dennes, skälen därför.

Lagen innehåller också bestämmelser om var undersökningen skall ske. Den som är häktad och skall undergå rättspsykiatrisk undersökning skall så snart som möjligt överföras till den klinik vid vilken undersökningen skall ske. Om undersökningen inte skall utföras vid klinik, skall han i stället vistas på kriminalvårdsanstalt eller i häkte. Efter undersökningens avslutande skall den häktade, om han förvarats på annan plats, återföras till häktet. Om han emellertid enligt utlåtandet är i behov av slutet psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus, skall han i stället i avvaktan på dom förvaras på rättspsykiatrisk klinik. Efter dom till slutet psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus skall han vårdas på klinik eller psykiatrisk avdelning inom kriminalvården, till dess domen vinner laga kraft och han tas in på sjukhus. Han får under tiden underkastas det tvång som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med vården eller för att skydda honom själv eller omgivningen. Om det kan förutses att det kommer att ta lång tid innan beslutad rättspsykiatrisk undersökning kan inledas, må häktad efter förordnande förvaras på sådan kriminalvårdsanstalt eller avdelning av anstalt som är slutet. Förordnande härom får meddelas endast om klinikchefen eller, om undersökningen ej skall utföras vid rättspsykiatrisk klinik, undersökningsläkaren begär det och den misstänkte och åklagaren samtycker därtill.

Beträffande den som är på fri fot stadgas att han är skyldig att infinna sig på tid och plats som undersökningsläkaren bestämmer. Om den misstänkte inte inställer sig till undersökningen, skall polismyndigheten på begäran lämna handräckning. Om han underlåter att inställa sig till undersökning eller det finns annat skäl att anta att han inte kommer att frivilligt medverka till denna, äger rätten besluta om hans intagning på rättspsykiatrisk klinik under viss tid, högst tre veckor. Han får då hindras att lämna kliniken och underkastas det

tvång som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med intagningen eller för att skydda honom själv eller omgivningen.

Mot själva beslutet om rättspsykiatrisk undersökning kan talan inte föras annat än på den grund att målet onödigt uppehålles (49:6 RB). Däremot kan jämlikt 11 a § LRPU talan föras hos kammarrätten rörande socialstyrelsens medgivande till uppskov med avgivande av utlåtande.

Jämlikt 7 § personundersökningslagen må rätten, när skäl är därtill, förordna läkare att avge läkarintyg. Inhämtande av läkarintyg av psykiater är – om undersökning ej gjorts enligt LRPU – obligatoriskt innan någon döms till internering eller överlämnas till öppen psykiatrisk vård eller någon som ej fyllt 18 år döms till ungdomsfängelse. För andra fall uppställs i lagen inga särskilda krav på läkarens kompetens. Enligt tillämpningsföreskrifter till personundersökningslagen är den som utför personundersökning skyldig att – om han finner skäl anta att den misstänkte är i behov av särskild vård eller behandling för sjukdom eller själslig brist eller svaghet, och förordnande om läkarundersökning ej gjorts – meddela sina iakttagelser till rätten och skyddskonsulenten.

Rättspsykiatriska undersökningar beträffande häktade utförs i regel på rättspsykiatriska kliniker samt på rättspsykiatriska stationen i Umeå. Kliniker finns f. n. i Stockholm, Lund, Uppsala, Göteborg och Härnösand. Icke häktade personer undersöks i allmänhet på kliniker eller på rättspsykiatriska stationer. Stationer finns i Stockholm, Linköping, Växjö, Örebro, Sundsvall och Umeå. Mer än hälften av alla undersökningar utförs emellertid av läkare utanför den rättspsykiatriska organisationen. För § 7-undersökningar anlitas i första hand rättspsykiatrer, men även i dessa fall utförs omkring hälften av undersökningarna av läkare utanför den rättspsykiatriska organisationen.

Till skillnad från vad som ursprungligen stadgades i sinnessjuklagen finns numera ingenting stadgat om att läkarundersökning skall göras vid vissa slag av brott. Vid svåra våldsbrott, framför allt mord, dråp och försök till sådana brott förordnas emellertid i regel om fullständig rättspsykiatrisk undersökning. Även andra allvarliga våldsbrott liksom svåra sexualbrott och eldsanläggelser föranleder i allmänhet rättspsykiatrisk undersökning. Det är uppenbart att brottstypen är av betydelse för domstolens förordnande om rättspsykiatrisk undersökning. Detta kan bero antingen på att långa straff-tider ifrågakommer eller på att gärningen som sådan kan uppfattas som sjukligt betingad. I andra fall kan skäl till beslut om undersökning vara, att det är känt att den misstänkte varit föremål för psykiatrisk vård eller svårt missbrukar alkohol eller andra gifter. Det kan t. ex. också vara fråga om svår återfallsbenägenhet i kriminalitet hos unga personer. Inte sällan tas initiativet till undersökning av någon av parterna. Rätten är inte skyldig att redovisa skälen till sitt beslut om undersökning.

Ofta – i omkring 60 % av fallen – föregås rättspsykiatrisk undersökning av § 7-undersökning. Denna fungerar således i viss mån som ett medel att sortera ut vilka som skall genomgå fullständig rättspsykiatrisk undersökning. § 7-intyg redovisas på 4-sidigt tryckt formulär. Intygens omfång varierar avsevärt. Detta kan till en del förklaras av undersökningsfallets art, men uppfattningen om hur pass omsorgsfull undersökningen bör vara tycks variera mellan olika undersökare och man finner allt ifrån omfattande och



exakt dokumenterade framställningar till kortfattade, svepande bedömningar utan just någon faktaredovisning alls. Som regel torde emellertid intyget basera sig på redovisad genomgång av rättegångshandlingar inkluderande personundersökningar och eventuella sjukjournaler och ett ungefär timslångt samtal med den person det gäller. Det rör sig i allmänhet om ett rent läkarintyg. Kurator och psykolog anlitas endast undantagsvis.

Domstolen utfärdar personligt förordnande för den läkare som skall utföra undersökningen. Förordnandet har i regel föregåtts av telefonkontakt mellan rätten och läkaren, varvid man också brukar komma överens om tid för undersökningens färdigställande. Häktade personer rörande vilka § 7-intyg skall utfärdas överförs inte till rättspsykiatrisk klinik utan undersöks antingen i häktet eller hos läkaren. Däremot kan det, om det visar sig vara fråga om en uppenbart sjuk person, bli aktuellt att i samband med undersökningen utfärda vårdintyg för intagning på psykiatriskt sjukhus.

Misstänkta som inte är häktade brukar kallas per brev och uppmanas att inställa sig hos läkaren.

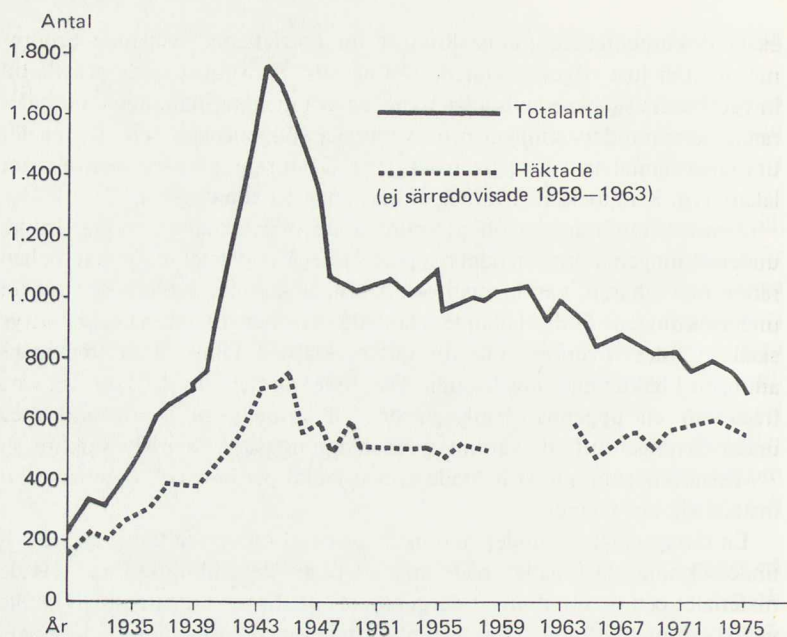
En rättspsykiatrisk undersökning är avsevärt mer omfattande än en § 7-undersökning. Det gäller både mängden av det till rätten redovisade materialet och de utredningar detta baseras på. Enligt tidigare praxis skulle varje i sammanfattningen framlagt påstående vara dokumenterat och belagt i en undersökningsjournal, som medsändes till rätten. Efter förslag av socialstyrelsens arbetsgrupp för rationalisering av de rättspsykiatriska undersökningarna har kravet på undersökningsjournalens medsändande till rätten slopats. Det är dock vanligt att den skickas med eller infordras av rätten vid behov. Psykolog och kurator avger sina utlåtanden självständigt, men läkaren bär ansvaret för epikrisen och det slutliga påföljdsförslaget.

Utredningarnas omfattning har inte berörts av nyssnämnda förenklingar. I regel innehåller en utredning en fullständig socialpsykologisk kartläggning av den undersöktes historia och status, omfattande en socialutredning, en psykologisk, en klinisk-psykiatrisk och en somatisk-neurologisk undersökning. I fråga om tidigare undersökta personer brukar man begränsa sig till vad som rör tiden efter föregående undersökning. I samtliga delar av utredningen genomgås tidigare aktmaterial, som kan vara mycket stort.

För den som under undersökningen och väntetiden dessförinnan är intagen på rättspsykiatrisk klinik tillkommer som en del av utredningen också de observationer som görs av personalen på avdelningen. Dessa observationer kan tillföra undersökningen mycket värdefullt material beträffande t. ex. vederbörandes förmåga att fungera i grupp.

För att lära känna den misstänktes miljö är det ofta nödvändigt för undersökningsläkaren att kontakta anhöriga och andra uppgiftslämnare genom hembesök.

Antalet rättspsykiatriska undersökningar under åren 1931–1975 framgår av följande diagram.



Figur 1 Antalet rättspsykiatriska undersökningar under åren 1931-1975.

Under den senaste tioårsperioden har antalet undersökningar sålunda hållit sig mellan 700 och 900 årligen, varav i genomsnitt 65-75 % avsett häktade personer. Detta innebär, trots att den registrerade brottsligheten ökat avsevärt, en minskning i förhållande till tidigare tioårsperiod, då antalet undersökningar uppgick till ca 900-1 000 per år.

Antalet § 7-undersökningar har under de senaste åren uppgått till omkring 2 500-3 000 per år. För närvarande torde antalet § 7-undersökningar hålla sig omkring 3 000 per år.

Väntetiderna för § 7-undersökningar av häktade personer uppgår i allmänhet till mellan några dagar och ett par veckor. Tiden kan utsträckas något, om anhopning av intyg är mycket stor.

Den för fullständiga rättspsykiatriska undersökningar lagstadgade väntetiden om sex veckor har i praktiken sällan kunnat hållas. Under de senaste tre åren har genomsnittstiden för undersökningar - dvs. undersökning inklusive väntetid - uppgått till 9-11 veckor beträffande häktade och 15-20 veckor beträffande dem som är på fri fot.

Den granskning av de rättspsykiatriska utlåtandena som på begäran av domstol sker hos socialstyrelsen utförs av rättsläkarrådet. Detta har en särskild rättspsykiatrisk sektion bestående av tre läkare. Ordföranden är ej psykiater. Övriga två är ledamöter i socialstyrelsens vetenskapliga råd, den ene i allmänpsykiatri och den andre i rättspsykiatri. Granskningen i rättsläkarrådet är i allmänhet en ren pappersgranskning. Om sektionen är tveksam, kan den förordna om kompletterande utredning eller helt ny undersökning. Vanligare är att ärendet remitteras till något av de vetenskapliga råden, som vid behov gör en personlig undersökning av patienten och rapporterar härom till sektionen, som sedan avger yttrande till rätten. Överprövning hos rättsläkarrådet har under senare år förekommit beträffande ca 10-15 % av samtliga undersökningar. Ändring skedde i omkring



10 % av de granskade fallen. Yttrande av vetenskapligt råd har avgivits i mellan 10 och 50 % av de fall, vari utlåtande över undersökning begärts.

För många av dem som intas på de rättspsykiatriska klinikerna för undersökning blir vistelsetiderna långa, beroende främst på väntetiderna för undersökning, men också på att det ofta dröjer innan vederbörande efter lagakraftäggande dom kan beredas plats på sjukhus. Ibland kan vistelsetiden på klinik förlängas på grund av att brottsutredningen är komplicerad och tidsödande. Många av dem som sålunda får vistas lång tid på klinikerna är i stort behov av vård. I enstaka fall förekommer det att vederbörande överförs till sjukhus med stöd av vårdintyg, men i regel får man lita till klinikernas egna resurser. Detta medför att klinikernas personal i varierande utsträckning måste ägna sig även åt vårduppgifter.

## 10.2 Brister i undersökningssystemet och framförda reformförslag

Som nämnts i kap. 5 har en stundom mycket häftig kritik riktats mot det rättspsykiatriska undersökningssystemet, framför allt mot de långa väntetiderna för undersökning. Problemet är inte nytt. Redan i strafflagberedningens betänkande 1942 konstaterades att den då lagstadgade undersökningstiden om två månader ofta överskreds. Som en huvudorsak därtill angavs bristen på kompetenta läkare. De olika utredningar som därefter sysslat med hithörande frågor har haft olika förslag att råda bot på rådande missförhållanden, förslag som också delvis har genomförts. Ehuru en förbättring skett, är förhållandena dock alltjämt långt ifrån godtagbara. För den som är häktad innebär i regel varje dröjsmål med undersökningen en förlängning av frihetsberövandet före domen. Denna förlängning framstår som särskilt otillbörlig, om vederbörande sedermera frikänns eller om undersökningstiden blir så lång, att den överskrider tiden för det straff som sedermera utdöms. Väntetiderna innebär också en psykisk press för den häktade, vars psykiska tillstånd ofta är labilt. Förutom själva frihetsberövandet medverkar därtill ovissheten om längden av undersökningstiden, utgången av undersökningen och, kanske framför allt, domstolens ställningstagande.

Från det allmännas synpunkt sett är det även eljest olämpligt att mål förblir oavgjorda under lång tid. Det förefaller som om många domare med hänsyn härtill drar sig för att förordna om rättspsykiatrisk undersökning i sådana fall, då det visserligen inte är sannolikt att utlåtandet skulle utmyнна i förslag till överlämnande till sluten psykiatrisk vård, men där undersökning ändå ter sig motiverad för bedömning av påföljdsfrågan. I en enquete som gjordes av socialstyrelsens arbetsgrupp för rationalisering av de rättspsykiatriska undersökningarna svarade 46 domstolar att man varit återhållsam med förordnande om undersökning. Att antalet undersökningar per år hållit sig ganska oförändrat, eller t. o. m. minskat, trots ökad registrerad brottslighet, kan också tyda på att så är fallet.

Som ett medel att råda bot på förhållandena har flera gånger föreslagits att den nuvarande rättspsykiatriska undersökningen skulle helt ersättas med en undersökning motsvarande § 7-intyg. Detta har emellertid – senast av socialstyrelsens arbetsgrupp – avvisats såsom ogenomförbart med hänsyn till

nuvarande regler i brottsbalken. Arbetsgruppen föreslog därför att lagstiftningen om psykiskt abnorma brottslingar skulle ses över, varvid man bl. a. borde beakta angelägenheten av att radikalt förändra jämställdhetsbegreppet.

Även åtgärder för att begränsa antalet rättspsykiatriska undersökningar har diskuterats. Socialstyrelsens arbetsgrupp föreslog sålunda vissa ändringar i 2 och 3 §§ LRP. Enligt förslaget skulle särskilda skäl fordras, när undersökningen endast hade till syfte att vara till ledning vid val mellan fängelse, skyddstillsyn och villkorlig dom. Vidare skulle det nuvarande undantaget från regeln om rättspsykiatrisk undersökning före överlämnande till sluten psykiatrisk vård och vård i specialsjukhus utvidgas, exempelvis så att domstolen inom en tid av sex månader från det vederbörande lämnat sjukhuset eller från det han slutligt utskrivits kunde nöja sig med socialstyrelsens utlåtande om förutsättningar för fortsatt vård. Även från rättspsykiatrens sida har framhållits det irrationella i att fullständig rättspsykiatrisk undersökning måste göras före domstolsöverlämnande även av dem som helt nyligen utskrivits från sluten psykiatrisk vård. Frågan diskuterades under förarbetena till LRP, men avvisades bl. a. med motiveringen att intagning och kvarhållande på sjukhus var ett allvarligt ingrepp i den personliga integriteten som krävde noggrann utredning och prövning.

Från rättspsykiatrens sida har också framförts önskemål om att den som genom domstols beslut överlämnats till sluten psykiatrisk vård omedelbart skall kunna överföras till sjukhus och inte som nu nödgas att på de rättspsykiatriska klinikerna avvakta att domen vinner laga kraft. En sådan ändring skulle innebära en viss avlastning av klinikerna och framför allt möjliggöra att behandling kan påbörjas utan dröjsmål.

Som tidigare framhållits medför de ofta långa vistelsetiderna på klinikerna att man där i stor utsträckning måste ägna sig åt vårdarbete. Detta kan i sin tur medföra att väntetiderna för undersökning ytterligare förlängs. En annan nackdel är att man påbörjar vård och eventuellt bygger upp en terapeutisk relation patient-terapeut som sedan avbryts genom vederbörandes överförande till sjukhus eller kriminalvårdsanstalt.

Lämpligheten av att undersökningsläkaren, vars huvudsakliga uppgift är diagnostisk, samtidigt tilldelas vårduppgifter har diskuterats från olika synpunkter.

Det har å ena sidan ansetts att en läkare, som kommer i en terapeutisk relation med en person, skulle ha svårt att behålla den i rättspsykiatriskt arbete nödvändiga objektiviteten i bedömningen. Denna skall ju bilda underlag för domstols beslut. Vidare har framhållits att den tvångssituation som den undersökte befinner sig i försvårar eller rentav omöjliggör terapeutiska relationer. Å andra sidan har framhållits att mycken möda läggs ned på en diagnostisering som saknar betydelse i det kommande behandlingsarbetet och att det är skada att de relationer som kan uppstå mellan den undersökte och läkaren inte utnyttjas terapeutiskt.

Under diskussionerna inom psykiaterkåren har anförts, att en av de väsentligaste anledningarna till rekryteringssvårigheterna inom rättspsykiatrin torde vara avsaknaden av terapeutiska uppgifter. Arbetet på de rättspsykiatriska klinikerna har ibland upplevts som meningslöst, därför att det inte kan följas upp. Det har också från allmänpsykiatrens sida påståtts att



rättspsykiatrerna, genom att de saknar terapeutiska uppgifter, riskerar att förlora kontakten med den terapeutiska utvecklingen inom psykiatrin, och att deras förslag därför ibland tenderar att bli orealistiska.

### 10.3 Riktlinjer för en reform

Att den för avgivande av rättspsykiatriskt utlåtande i LRPV bestämda tiden så ofta och i en så betydande mån överskridits har flera orsaker, vilka samverkat till att förhållandena blivit helt oacceptabla ur rättssäkerhetssynpunkt.

En av orsakerna är att samhällets resurser för ändamålet inte varit och inte är dimensionerade för att klara så många undersökningar som motsvarar behovet. I sådant hänseende gör sig bristen på psykiatrer främst gällande. I kap. 13 framlägger kommittén förslag till en ny rättspsykiatrisk organisation, innefattande en ökning inte bara av antalet läkartjänster utan även av antalet tjänster för psykologer, socionomer m. fl. Enligt förslaget skall organisationens uppgifter inte begränsas till diagnostik utan omfatta även vård- och forskningsuppgifter. Driftsansvaret för verksamheten skall enligt förslaget vila på landstingen. Det är kommitténs förhoppning att förslaget i dessa delar skall främja rekryteringen av läkare till organisationen och bidra till bättre förhållanden.

Det torde emellertid inte vara möjligt att på en gång öka antalet psykiatrer inom organisationen så att dröjsmål och väntetider kan förekommas. En sådan ökning av antalet läkare kan endast genomföras successivt under längre tid. Ett avhjälpande av nuvarande missförhållanden med avseende på de rättspsykiatriska undersökningarna torde därför inte kunna ske utan att läkarinsatserna vid undersökningarna minskas i förhållande till vad nu är fallet.

Man kan otvivelaktigt ifrågasätta om det praktiska resultatet av de nuvarande rättspsykiatriska undersökningarna motsvarar den stora möda som läggs ned på dem. Det är sålunda uppenbart att alla rättspsykiatriska undersökningar inte behöver vara så omfattande för att tjäna sitt syfte.

Ofta kan en utredning, som är väsentligt mindre omfattande än vad som är brukligt enligt nuvarande praxis, vara tillfyllest. Så är t. ex. fallet om undersökningsläkaren på ett tidigt stadium finner att lagöverträdarens tillstånd inte är sådant att en straffrättslig särbehandling är motiverad. Detsamma gäller om det vid undersökningen otvetydigt framgår att den misstänkte lider av psykotisk sjukdom eller utvecklingsstörning.

I andra fall är däremot en mera djupgående undersökning påkallad, såsom vid misstanke om psykiskt undantagstillstånd eller psykotisk episod, där vederbörande visar mycket litet av sjukdomssymtom vid själva undersökningen, men där det är av stor vikt att eventuellt orsakssamband brott – sjukdom blir klarlagt. En sådan sjukdom som schizofreni kan ibland vara mycket svårdiagnostiserad och fordra långvarig observation.

Undersökningar av sådana tillstånd som med nuvarande praxis karakteriseras som jämförbara med sinnessjukdom torde framdeles i stor utsträckning kunna göras mindre omfattande. Av framställningen i kap. 7 framgår att väsentligt större restriktivitet enligt kommitténs mening bör iakttagas, då fråga uppkommer om överlämnande till slutna psykiatrisk vård av lagöverträdare

som tillhör denna kategori. Åtskilliga missbrukare som med nuvarande praxis hänförs till jämställdhetsfallen kommer sålunda enligt kommitténs förslag att i fortsättningen dömas till kriminalvård. Någon djupgående psykiatrisk utredning blir då knappast behövlig. I andra fall åter, t. ex. vid misstanke om impulsgenombrott eller kortslutningsreaktion, kan en noggrann och tidskrävande utredning vara erforderlig.

En viss minskning av läkarinsatserna torde också kunna vinnas genom att en del av det utredningsarbete som nu föregår avgivandet av rättspsykiatriska utlåtanden förläggs till tiden efter domen. Exempelvis torde utredningar, som inte är av direkt betydelse för valet av påföljd men som avses skola ligga till grund för behandlingsplaneringen, kunna utan olägenhet förflyttas till verkställighetsstadiet.

En minskning av omfattningen av de rättspsykiatriska undersökningarna i de fall, där så enligt det sagda skulle kunna ske, innebär givetvis att det material, på vilket domstolarnas bedömningar skall grundas, blir mera begränsat i förhållande till nu gällande ordning och därmed att risken för felbedömningar ökas. Ett konstaterande härav aktualiserar frågan, om denna risk är så stor, att en förenkling av de rättspsykiatriska undersökningarna inte är försvarlig ur rättssäkerhetssynpunkt.

Härvid är att beakta att de rättspsykiatriska undersökningarna även framdeles avses skola utföras av erfarna psykiatrer. Man bör därför kunna räkna med att felbedömningar blir sällsynta, även om undersökningarna i vissa fall görs mindre omfattande än för närvarande.

Om emellertid någon lagöverträdare, som objektivt sett är i behov av sluten psykiatrisk vård, på grund av misstag till följd av att utredningen inte gjorts tillräckligt fullständig, dömes till fängelse eller annan frihetsberövande påföljd inom kriminalvården, torde felet snart uppmärksammas. Med den ökade flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård som kommittén här förut föreslagit skulle en sådan lagöverträdare snabbt kunna överföras till sjukhusvård med stöd av LSPV:s vanliga intagningsregler och det utdömda straffet, om så anses påkallat, bringas att upphöra. En felbedömning av detta slag behöver därför inte leda till några mera allvarliga konsekvenser.

För att kunna bedöma vilken betydelse en minskning av undersökningarnas omfattning skulle ha ur rättssäkerhetssynpunkt torde det vara av intresse att jämföra risken för en felbedömning vid förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård med risken för felbedömning vid intagning efter ansökan enligt LSPV:s vanliga intagningsregler.

I sistnämnda fall avfattas ansökan och vårdintyg på formulär som fastställts av socialstyrelsen. Vårdintyget skall innehålla anamnes och redogörelse för tillståndet vid undersökningen. Vidare skall anges därvid gjorda iakttagelser beträffande rubbningar i beteende och upplevelser av betydelse för vårdbehov och diagnos. Intyget skall utfärdas i omedelbar anslutning till personlig undersökning av den sjuke och ange att sannolika skäl föreligger för att den undersökte lider av psykisk sjukdom och att sluten psykiatrisk vård är oundgängligen påkallad med hänsyn till sjukdomens art och grad och till någon av de i 1 § LSPV angivna specialindikationerna a–d (5 § LSPV). Om även överläkaren på det aktuella sjukhuset anser sannolika skäl föreligga att vård kan beredas med stöd av LSPV får intagning ske (8 § LSPV). Efter undersökning av patienten skall överläkaren senast tionde



dagen efter intagningen pröva om patienten kan beredas vård med stöd av LSPV. I undantagsfall kan observationstiden utsträckas till 15 dagar (9 § LSPV). Detta system har i regel fungerat tillfredsställande.

Beslut om intagning efter ansökan grundas på bedömning av två läkare. Intagning på grund av domstolsbeslut grundas i regel på bedömning av endast en läkare. Denne är emellertid, i motsats till vad som vanligen är fallet beträffande den läkare som utfärdar vårdintyg, en erfaren psykiater och hans undersökning avses även efter en förenkling av undersökningsförfarandet vara väsentligt mera ingående än den som föregår utfärdande av vårdintyg. Garantin mot misstag vid vanliga intagningar ligger emellertid i skyldigheten för vederbörande överläkare att inom viss tid efter intagningen pröva om vård enligt LSPV kan beredas patienten.

Någon sådan skyldighet föreligger emellertid inte beträffande den som av domstol överlämnats till sluten psykiatrisk vård. Skillnaden är dock mera av formell än reell natur. Enligt 16 § LSPV skall även patient, som beretts vård på grund av domstols förordnande, ofördröjligen utskrivas, om förutsättningar för intagning enligt LSPV inte är för handen. Risken för att felbedömningar på grund av en förenkling av undersökningarna kan leda till ett felaktigt, långvarigt omhändertagande i sluten vård är därför knappast något som man behöver ta hänsyn till i förevarande sammanhang. Att en lagöverträdare på grund av felbedömning i enstaka fall kan komma att överlämnas till sluten psykiatrisk vård och efter kort tid utskrivas och sålunda undgå frihetsstraff är inte heller en omständighet som bör utgöra hinder mot en förenkling av undersökningsförfarandet.

Mot bakgrunden av det sagda finner kommittén risken för felbedömningar vid en förenkling av de rättspsykiatriska undersökningarna väga lätt mot de fördelar ur rättssäkerhetssynpunkt, som en minskning av väntetiderna skulle medföra.

Enligt kommitténs mening skulle en utredning motsvarande ett något utvidgat § 7-intyg vara tillfyllest i övervägande antalet fall. Kommittén förordar därför att undersökningarna i alla de fall, där så är möjligt, begränsas i enlighet härmed. Behovet av särskilda § 7-intyg skulle därmed bortfalla.

Förfarandet vid rättspsykiatriska undersökningar skulle med nu angiven utgångspunkt gestalta sig på ungefär följande sätt.

Liksom hittills skall rättspsykiatrisk undersökning beslutas av rätten och föregå förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård eller vård enligt omsorgslagen. Sådan undersökning bör även föregå beslut om överlämnande till öppen psykiatrisk vård eller dom på internering eller dom, varigenom någon som ej fyllt 18 år dömes till ungdomsfängelse. Om den misstänkte är intagen på sjukhus eller vårdhem, bör sådan utredning emellertid ej vara obligatorisk, om fortsatt vård kan beredas honom enligt utlåtande av den vårdansvarige överläkaren eller socialstyrelsen.

I LRPU föreskrives att utlåtande över rättspsykiatrisk undersökning skall innehålla uttalande om förutsättningarna för att bereda den misstänkte vård med stöd av LSPV eller vård i specialsjukhus med stöd av omsorgslagen och om hans psykiska tillstånd vid gärningens begående. Vidare skall läkaren, om han anser att den misstänkte på grund av sitt psykiska tillstånd bör bli föremål för annan åtgärd än sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus, anmärka detta i utlåtandet. Dessa föreskrifter bör bibehållas. Det bör, med

hänsyn till utredningens förslag i detta avseende, därjämte föreskrivas att utlåtandet även skall innehålla uttalande om förutsättningarna att bereda den misstänkte öppen psykiatrisk vård enligt 31:4 BrB eller vård i vårdhem enligt omsorgslagen.

I påföljdsfrågan bör läkarens uttalanden principiellt begränsas till medicinska synpunkter. Läkaren har sålunda inte att ingå på kriminalpolitiska avvägningar i den mån de icke grundas på faktorer av medicinsk art. Enligt det av kommittén föreslagna stadgandet i 33:2 BrB har domstol – vid valet av påföljd för lagöverträdare, som vid brottet led av allvarlig psykisk störning – att beakta störningens art och grad, vårdbehovet och brottets samband med störningen. I ett sådant fall bör givetvis dessa faktorer belysas i utlåtandet.

I de fall, där läkarundersökningen anses inte behöva göras mera omfattande än som motsvarar en något utvidgad § 7-undersökning, bör läkarutlåtandet – under förutsättning att det finns tillgång till personundersökning av god kvalitet – kunna baseras på genomgång av rättegångshandlingar och eventuella sjukjournaler samt på tillräckligt ingående personlig undersökning av den misstänkte. Om läkaren anser erforderligt eller lämpligt bör utlåtandet kompletteras med psykolog- och /eller kuratorsutlåtande. Läkaren skall emellertid vara huvudansvarig för utlåtandet. Då det gäller undersökning av utvecklingsstörd – antingen en sådan störning redan är känd eller misstanke därom framkommer i samband med undersökningen – bör kontakt alltid tas med vederbörande omsorgsstyrelse, eventuellt för medverkan vid själva undersökningens genomförande men framför allt för att ge underlag för behandlingsprogram.

Den läkartid som kan beräknas åtgå för en rättspsykiatrisk undersökning i de fall, där denna inte behöver göras mera ingående, torde motsvara ungefär den tid som en § 7-undersökning tar i anspråk, dvs. ungefär en arbetsdag. I många fall skall läkarundersökningen föregås av kurators- och psykologsamtal. Vidare bör i vissa fall kontakt tas med myndigheter av olika slag, vilket kan vara tämligen tidsödande. Ett annat arbetsmoment som kan vara tidsödande är infordrandet och genomgång av journalhandlingar och liknande som kan finnas. Man bör emellertid kunna räkna med att undersökningen, om den rättspsykiatriska organisationen fungerar tillfredsställande, skall vara genomförd inom högst två veckor efter det domstolens handlingar inkom till undersökningsenheten, i vart fall beträffande häktade. Den skisserade undersökningen skall, såsom redan nämnts, helt ersätta den nuvarande § 7-undersökningen.

I vissa fall måste man, som tidigare anförts, ha möjlighet att göra en väsentligt mera omfattande utredning än den här beskrivna undersökningen, varvid den för normalfallet beräknade undersökningstiden om 14 dagar inte räcker till. Den fördjupade undersökningen kan beräknas få samma omfattning som den nuvarande rättspsykiatriska undersökningen. Läkartiden uppgår då till ungefärligen en arbetsvecka. Med övriga arbetsmoment – framför allt psykolog- och kuratorsutredningar samt infordrande och genomgång av handlingar – bör i regel en fördjupad undersökning kunna genomföras på fyra veckor efter det domstolens handlingar inkommit till undersökningspersonalen.

Som tidigare nämnts kan en del av undersökningsarbetet förläggas till tiden efter domen. Betydelsen av en noggrann behandlingsplanering för dem som



döms till kriminalvård har framhävts av såväl kommittén för anstaltsbehandling inom kriminalvården (SOU 1971:74) som kriminalvårdsberedningen (SOU 1972:64). Läkarundersökningen kommer liksom personundersökningen att vara till nytta vid denna planering.

En gränsdragning mellan kriminalvård och sjukvård i enlighet med kommitténs förslag torde innebära, att uppskattningsvis omkring hälften av dem, som nu efter rättspsykiatrisk undersökning bedöms som "jämsställda", kommer att hänföras till kriminalvården, de flesta till anstalter. Kriminalvården, vars klientel redan nu i stor omfattning är labilt och ömtåligt, kommer härigenom att få ta hand om ytterligare många personer med psykiska särdrag och bristande social anpassning. Det är uppenbart att en del av dem kan ha behov av psykiatrisk behandling, även om de ansetts höra hemma inom kriminalvården. Denna kommer att tillföras många missbrukare av olika slag, en del neurotiker, åtskilliga av dem som gjort sig skyldiga till sexualbrott och en del med reaktiva depressioner. I sådana fall bör i det rättspsykiatriska utlåtandet erinras att vederbörande efter domen bör underkastas kompletterande psykiatrisk utredning. Den ytterligare utredning som sålunda skulle ske på verkställighetsstadiet kommer då att ingå som ett led i kriminalvårdens behandlingsplanering för avgörande om och på vilket sätt den dömda bör erbjudas psykiatrisk vård eller annan behandling under anstaltstiden.

En viktig fråga är huruvida man för rättspsykiatrisk utredning skall kräva att skuldfrågan är utredd. För närvarande krävs för § 7-undersökning endast att skäl skall finnas att förordna om sådan undersökning, medan för rättspsykiatrisk undersökning fordras att vederbörande erkänt gärningen eller övertygande bevisning förebragts att han begått den. Har brottet inte erkänts, måste rättspsykiatrisk undersökning alltså föregås av huvudförhandling i målet. Om § 7-undersökning förordnar rätten i regel antingen då åtal och någon form av personutredning inkommit eller i samband med häktningsförhandling.

Att tvångsvis underkasta någon ett så pass djupt ingrepp som en rättspsykiatrisk undersökning av nuvarande omfattning med den förlängning av häktningstid som i vissa fall kan bli följden har ansetts inte böra komma i fråga utan att domstolen övertygat sig om att den misstänkte begått gärningen. En läkarundersökning av den omfattning kommittén föreslår för normalfallet skulle emellertid innebära avsevärt mindre olägenheter för den misstänkte än den nuvarande rättspsykiatriska undersökningen. Med hänsyn härtill behöver man inte kräva lika starka bevis att den tilltalade begått gärningen som f. n. Det synes vara tillräckligt att uppställa samma förutsättningar som i detta hänseende gäller för förordnande om personundersökning, nämligen att vederbörande erkänt gärningen eller eljest sannolika skäl föreligger att han begått den. Detta innebär att domstolen ofta kan förordna om läkarundersökning redan i samband med häktningsförhandling och att således läkarundersökningen i många fall kan vara klar före eller samtidigt med åtalet.

Om den misstänkte är häktad och undersökningen kräver längre tid än vad som förutsatts för normalfall, bör emellertid även i fortsättningen gälla att vederbörande skall ha erkänt gärningen eller övertygande bevisning förebragts att han begått den.

I vissa fall kan skuldfrågan vara av betydelse för undersökningsläkarens bedömning av vederbörandes psykiska tillstånd. Brottet kan ju vara ett symtom på en allvarlig psykisk störning. Även om man i regel inte bör dra slutsatser om vederbörandes psykiska tillstånd enbart på grund av det brott han förmodas ha begått, kan vissa brott – eller omständigheterna kring dem – likväl förete sådana patologiska drag, att de ofrånkomligen måste dras in i bedömningen. En persons reaktion på anhållande eller häktning kan vidare variera i hög grad. Om den misstänkte t. ex. vet sig vara oskyldig och nekar till anklagelsen, men inte blir trodd, kan den undersökande frestas dra alltför vittgående slutsatser om den misstänktes abnormitet eller omvänt inte våga dra några slutsatser alls av det han iakttar. I båda fallen blir resultatet att föga hjälp och ledning ges åt domstolen.

Om läkaren finner att skuldfrågan är av sådan betydelse att den bör utredas, innan utlåtande över undersökning avges, bör domstolen på hans begäran ta upp målet till huvudförhandling för preliminärt avgörande av skuldfrågan.

Under den tid undersökningen pågår bör den misstänkte, om han är häktad, i de flesta fall kunna vistas på häktet. Själva läkarundersökningen kan också i stor utsträckning liksom de nuvarande § 7-undersökningarna utföras där. I vissa fall kan det vara lämpligt att den misstänkte förs till rättspsykiatrisk klinik för undersökning. Han kan där mottagas polikliniskt eller, om kontinuerlig observation anses behövlig under någon tid eller om han är i behov av psykiatrisk vård, vistas där som dagpatient eller dygnet om.

Frågor om platsen för undersökningen bör avgöras av undersökningsläkaren, i förekommande fall efter samråd med kriminalvårdsmyndigheterna. I de flesta fall kan undersökningen bestå huvudsakligen av ett läkarsamtal. I andra fall bör, som tidigare framhållits, undersökningen kompletteras med psykolog- och eller kuratorsutlåtande. Om frågeställningen är mera komplicerad utförs undersökningen i regel av ett team, där förutom läkare även psykolog, kurator, arbetsterapeut, sjuksköterska och annan vårdpersonal ingår. Alla umgås med den undersökte, samtalar med honom och observerar hans beteende. Läkare och kurator har dessutom intervjuer med honom, varvid läkaren framför allt strävar efter att få fram uppgifter om hans vanliga reaktionssätt och eventuell sjukhistoria och kuratorn efter uppgifter om hans sociala förhållanden. Psykologen utför speciella undersökningar i syfte att t. ex. få en bild av hans personlighet eller påvisa eventuella hjärnskadebetingade psykiska förändringar. Psykologen arbetar med varierande metoder, beroende på frågeställningen. Rutinmässigt undersöks det kroppsliga hälsotillståndet. Ibland är mera komplicerade och apparatkrävande undersökningar nödvändiga, t. ex. EEG (elektroencefalografi). Slutligen diskuterar de olika befattningshavarna med varandra uppgifter som de erhållit, undersökningsresultat och beteendeobservationer, varpå undersökningsläkaren gör en sammanvägning och avger sitt utlåtande. – I de mera komplicerade eller svårbedömda fall, där undersökningsläkaren finner fördjupad undersökning nödvändig, måste den häktade i regel överföras till rättspsykiatrisk klinik och vistas där medan undersökningen pågår.

Om undersökningsläkaren i samband med utredningen finner att den undersökte omedelbart bör komma under sjukhusvård, frivilligt eller med stöd av LSPV, bör läkaren ta initiativet till att sådan vård kommer till stånd.



Den misstänkte bör då överföras till psykiatriskt sjukhus eller, om han är häktad och säkerhets- eller utredningskäl lägger hinder i vägen, tas in på rättspsykiatrisk klinik, om han inte redan är intagen på sådan. För den som är häktad bör ansökan om intagning göras av häktesföreståndaren eller åklagaren. Beträffande den som inte är häktad har undersökningsläkaren att vända sig till åklagaren och påpeka vårdbehovet.

Skall intagning ske på allmänt sjukhus, är undersökningsläkaren i regel behörig att utvärda vårdintyg. Vid intagning för vård på rättspsykiatrisk klinik måste han emellertid om han själv tjänstgör på kliniken och om nu gällande regler skulle tillämpas vända sig till annan läkare för utfärdande av vårdintyg (jfr 6 § LSPV). Denna ordning är föga praktisk när intagning skall ske på rättspsykiatrisk klinik. Det rör sig ju oftast om personer, som redan är omhändertagna av samhället på grund av misstanke om brott och som befinner sig i en akut situation, där häktes- eller anstaltsvistelsen kan ha en direkt skadlig inverkan, och som därför snabbt måste föras över till annan vårdform. Med nu rådande psykiaterbrist kan det ställa sig svårt att tillräckligt snabbt få den misstänkte undersökt av läkare utanför den rättspsykiatriska organisationen. För intagning på rättspsykiatrisk klinik bör därför gälla undantag från regeln att den vårdintygsskrivande läkaren och den läkare som beslutar om intagning ej får tjänstgöra på samma klinik. Däremot bör principen om att bedömning skall ske av två olika läkare upprätthållas. Om förutsättningarna därför finns bör åklagaren på detta stadium ta åtalsfrågan under förnyat övervägande och eventuellt uppskjuta åtalsbeslutet i avvaktan på den vidare sjukdomsutvecklingen.

Om undersökningsläkaren i sitt utlåtande föreslår överlämnande till sluten psykiatrisk vård eller vård enligt omsorgslagen, men överförande till sjukhus eller vårdhem inte lämpligen kan ske i direkt anslutning till undersökningen, bör den misstänkte liksom hittills vistas på rättspsykiatrisk klinik i avvaktan på dom och eventuellt överförande till sjukhus eller vårdhem.

Den som är häktad och som dömts att överlämnas till sluten psykiatrisk vård eller vård enligt omsorgslagen måste enligt nu gällande ordning avvakta att domen vinner laga kraft, innan han kan överföras till sjukhus. Detta är i många fall en föga rationell ordning. Även om vederbörande är intagen på rättspsykiatrisk klinik innebär det att dyrbar tid för behandling går förlorad. Dessutom riskerar man att platser på de rättspsykiatriska klinikerna i onödan upptas till förfång för andra som behöver tas in. Så snart det avgjorts var den dömda skall placeras bör han, om han så önskar eller hans tillstånd ger anledning till det, överföras till sjukhus och där avvakta att domen vinner laga kraft. Mot den dömdes önskan bör emellertid sjukhusplacering inte få ske på sådant sätt eller sådan plats att hans möjlighet att överklaga domen försvåras. I sådana fall bör han i stället få vistas på rättspsykiatrisk klinik. Detta kan framför allt bli aktuellt, om placering skall ske på annat sjukhus än hemortssjukhuset.

När det gäller icke häktade undersökningsfall bör utredningen liksom i dag kunna ske polikliniskt. Den person som på grund av långa avstånd eller andra skäl inte kan bo hemma under undersökningen bör kunna anvisas rum på patienthotell eller liknande. Ersättning för resor samt för kost och logi under undersökningstiden bör, såsom f. n. är fallet vid rättspsykiatriska undersökningar, utgå av allmänna medel.



Nu beskrivna ordning bör tillämpas även vid undersökning av icke häktade personer för vilka fördjupad utredning före dom anses erforderlig. Man bör alltså försöka genomföra undersökningen polikliniskt. Den kommer då att ta längre tid. Nu gällande bestämmelser om intagning på rättspsykiatrisk klinik för den som ej frivilligt medverkar i undersökningen (9 § LRP) bör gälla även i fortsättningen.

På sätt framgår av det sagda kommer alltså flertalet av de rättspsykiatriska undersökningar som nu görs att ersättas av undersökningar som är mindre omfattande. Härigenom och genom att endast en undersökning – och inte såsom nu ofta sker två, dvs. § 7-undersökning och rättspsykiatrisk undersökning – görs i samma fall, torde ett genomförande av den föreslagna ordningen, på sätt närmare utvecklas i kap. 13, medföra att det samlade behovet av läkarinsatser för undersökningar minskar. Detta bör bidra till att förkorta väntetiderna. Om undersökningarna, såsom förutsatts, i de flesta fall sker utan att den undersökte tas in på klinik borde dröjsmål på grund av platsbrist på klinikerna endast undantagsvis behöva uppkomma.

Det har tidigare sagts att en undersökning av normal omfattning skall kunna genomföras på två veckor. Denna tid torde, då det gäller häktade, i regel ej behöva överskridas. Då erfarenheten visar att antalet förordnanden om läkarundersökning kan vara mycket ojämnt, bör uppskov kunna meddelas i undantagsfall. Rätten bör kunna medge uppskov med ytterligare en vecka utöver 14-dagarstiden. Längre tid bör, då det gäller häktade, i regel endast ifrågakomma vid fördjupad undersökning. Rätten bör kunna medge ytterligare förlängning av undersökningstiden under förutsättning att den misstänkte erkänt gärningen eller övertygande bevisning förebragts att han begått den. Beträffande dem som inte är häktade är det inte realistiskt att räkna med att undersökning skall kunna genomföras inom två veckor. För dessa bör gälla en lagstadgad tid om sex veckor, med möjlighet till förlängning för såväl undersökning av normal omfattning som mera fördjupad sådan.

Med den föreslagna ordningen torde huvudförhandling endast i undantagsfall behöva uppskjutas på grund av läkarundersökning. Ett uppskov blir emellertid nödvändigt, om undersökningen kräver längre tid än normalt. Det uppskov som föranledes härav torde dock bli betydligt kortare än vad nu är vanligt. Då det gäller icke häktade, är domstolen inte bunden av några tidsfrister. Man bör därför kunna vara generös med uppskov, men även här bör man tillse att huvudförhandlingen inte uppskjuts i onödan.

För utförande av rättspsykiatrisk undersökning skall i första hand förordnas läkare inom den rättspsykiatriska organisationen. Om sådan läkare ej kan utföra undersökningen inom lagstadgad tid, bör annan läkare förordnas efter rekommendation av nämnda organisation. I sista hand får klinikchefen vända sig till socialstyrelsen för att få hjälp att finna läkare som kan åta sig uppdraget.

Möjligheterna till överprövning hos socialstyrelsen av utlåtande över läkarundersökning före dom bör bibehållas. De fall som nu skickas dit är ofta komplicerade och svårbedömda. Även om man kan förvänta att behovet av överprövning minskas vid en ny lagstiftning, kommer det alltså att finnas fall där undersökningsläkaren eller domstolen är tveksam. Om ärendet kan avgöras direkt på handlingarna torde en överprövning ta ca 3 veckor i anspråk. Vid remiss till vetenskapligt råd får man räkna med betydligt längre



tid. Ledamöterna av vetenskapliga rådet är få till antalet och hårt belastade av sina ordinarie arbetsuppgifter. Det är emellertid önskvärt att tiderna för överprövning nedbringas. Enligt kommitténs mening bör socialstyrelsen söka utreda möjligheterna härtill.

Det förekommer att personer som är intagna på eller försöksutskrivna från psykiatriskt sjukhus eller specialsjukhus för utvecklingsstörda begår brott under vårdtiden. I sådana fall är det vanligt att åklagaren, på basis av ett utlåtande av vederbörande överläkare, beslutar att ej väcka åtal. För den händelse åtalsunderlåtelse inte kommer till stånd, kan domstolen, om vederbörande är intagen på sjukhus med stöd av LSPV eller 35 § omsorgslagen, nöja sig med yttrande från socialstyrelsen (3 § LRPV). Socialstyrelsen har för sitt yttrande primärt i regel endast tillgång till föga utförliga journalanteckningar, vilket ofta medför att man föreslår inhämtande av § 7-intyg eller, någon gång, rättspsykiatrisk undersökning.

Anledningen till att yttrande till domstolen i ifrågavarande situation lagts på socialstyrelsen torde vara föreställningen att styrelsen skulle kunna utöva en reell kontroll över att undersökningar inte i onödan uppskjuts, att de läkare som förordnas utanför organisationen är tillräckligt kvalificerade och att en viss enhetlighet i bedömningarna åstadkommes. Det rör sig sålunda väsentligen om rättssäkerhetsskäl. Emellertid är styrelsens möjlighet att utöva den avsedda kontrollen i realiteten ringa eller ingen. Härtill kommer att beslutsunderlaget vid § 3-bedömningarna ofta är otillfredsställande.

Det är angeläget att vård av den som intagits på sjukhus får fortsätta och att vederbörande inte i onödan, även om han begått brott, förflyttas därifrån. Skäl för förflyttning till rättspsykiatrisk klinik eller häkte kan emellertid vara, att vederbörande bedöms vara så farlig, att han inte kan vara kvar på det sjukhus där han vistas eller att utredningstekniska skäl kräver att han hålls avskild på ett sätt, som inte sjukhuset kan tillgodose, eller att han finns tillgänglig för förhör på den plats där brottsutredningen äger rum.

Kommittén vill föreslå att uppgiften att yttra sig till domstolen i vårdbehovsfrågan överföres till den vårdansvarige överläkaren. Vid behov skall domstolen kunna höra socialstyrelsen. En sådan decentralisering av funktionerna borde innebära större säkerhet för en riktig bedömning av vårdbehovet, samtidigt som inom socialstyrelsen resurser skulle frigöras till bedömningsarbete i de verkligt komplicerade fallen.





# 11 Överlämnande till sluten psykiatrisk vård, öppen psykiatrisk vård eller vård enligt omsorgslagen

## 11.1 Nuvarande ordning inom den psykiatriska vården

### *Sjukvårdsorganisationen*

Den slutna psykiatriska sjukvården utövas dels på ett antal psykiatriska kliniker vid lasarett för i huvudsak somatisk vård och dels på fristående lasarett för psykiatrisk vård. Det sammanlagda platsantalet uppgår till ca 28 000. Härutöver finns ca 9 000 platser på sjukhem och liknande institutioner. De psykiatriska klinikerna handhar huvudsakligen akutsjukvården. Långtidsvården är i regel förlagd till de psykiatriska lasaretten och sådana psykiatriska kliniker som är placerade i fristående byggnader, ehuru de i administrativt hänseende tillhör ett regionsjukhus eller centrallasarett (t. ex. de psykiatriska klinikerna vid Sundsvalls sjukhus). De psykiatriska lasaretten och klinikerna är i varierande utsträckning försedda med säkerhetsanordningar för att förhindra orosutbrott, övergrepp och rymningar av patienter som är farliga eller oroliga. Somliga avdelningar är helt öppna. De mest långtgående säkerhetsanordningarna finns på de s. k. fasta paviljongerna med vardera ca 30 platser, inrymda i Säters och Västerviks sjukhus. Paviljongerna torde i säkerhetshänseende kunna jämföras med en slutna kriminalvårdsanstalt.

För patienter, som på grund av sociala anpassningssvårigheter är särskilt vårdkrävande, finns specialkliniker (specialavdelningar) vid S:t Sigfrids och Sundsvalls sjukhus med vardera ca 100 platser. År 1964 tillkom Karsuddens sjukhus med numera 183 platser, avsett företrädesvis för "yngre rehabiliteringsbara psykopater". Specialvårdsenheterna, dvs. de fasta paviljongerna, specialavdelningarna och Karsuddens sjukhus, tar emot patienter från hela landet.

På åtskilliga andra sjukhus har man inrättat speciella avdelningar för särskilt vårdkrävande patienter med ett sammanlagt platsantal av 250–300.

I en år 1971 utkommen "Promemoria med förslag till riktlinjer för försöksverksamhet rörande vården av särskilt vårdkrävande patienter" föreslog den s. k. AÖV-gruppen (en arbetsgrupp tillsatt av regionsvårdskommittén, som är ett samarbetsorgan för landstingen) en försöksverksamhet för vården av de särskilt vårdkrävande. Dessa skulle enligt förslaget vårdas i särskilda behandlingsenheter anslutna till psykiatriskt sjukhus och belägna i närheten av patientens hemmiljö. Någon försöksverksamhet har emellertid ännu inte kommit till stånd.

Öppen psykiatrisk vård utövas både på de psykiatriska lasarett och på de psykiatriska klinikerna vid vanliga lasarett. Den öppna vården omfattar eftervård av tidigare inlagda patienter samt poliklinisk vård av dem som uteslutande vårdats i öppen vård. I vissa sjukvårdsområden finns psykiatriska öppenvårdsmottagningar i anslutning till vårdcentral med mottagning för somatisk vård.

Av intresse är också de riktlinjer för den psykiatriska vården som dragits upp i den s. k. Västmanlandsplanen (Riktlinjer för den psykiatriska vården med tillämpning i första hand på Västmanlands län). Denna plan, som publicerades 1970, har utarbetats av en expertgrupp inom socialstyrelsen med uppdrag att göra en vårdplan för Västmanlands län som skulle bygga på generellt tillämpbara riktlinjer för den psykiatriska vårdens organisation. Enligt planen skulle man inrätta en socialpsykiatrisk vårdenhet gemensam för hela sjukvårdsområdet och knuten till centrallasarettets psykiatriska vårdorganisation. Nämda enhet skulle ha till uppgift att handlägga speciella social- och rättspsykiatriska frågor. Till arbetsuppgifterna skulle hör utförande av § 7-undersökningar samt omhändertagande, behandling och initierande av olika sociala åtgärder beträffande dem, som överlämnats till öppen psykiatrisk vård eller som efter domstolsförordnande om slutna vård försöksutskrivits för eftervård i hemorten. En betydelsefull arbetsuppgift skulle också vara medverkan i kriminalvårdens frivårdsverksamhet i samarbete med skyddskonsulentorganisation och socialvård. Det är att märka att Västmanland inte har något psykiatriskt lasarett.

Planerna på en socialpsykiatrisk vårdenhet i Västmanlands län har endast delvis realiserats. Någon särskild organisation för en sådan enhet finns inte, utan den rätts- och socialpsykiatriska verksamheten sköts huvudsakligen från öppenvårdsmottagningen vid centrallasarettet i Västerås. Man planerar emellertid att inrätta en särskild överläkarterjänst för handhavandet av denna verksamhet.

I det av socialstyrelsen 1973 publicerade förslaget till principprogram "Hälso- och sjukvård inför 80-talet" föreslås att länssjukvården skall omfatta en rätts- och kriminalpsykiatrisk verksamhet med samordnade diagnostiska och terapeutiska uppgifter.

### *Placering av domstolsöverlämnade patienter inom den slutna psykiatriska vården*

Sedan dom till slutna psykiatrisk vård vunnit laga kraft, skall socialstyrelsen jämlikt 12 § LSPV föranstalta om att den dömde utan dröjsmål tas in på sjukhus. Några i författning givna bestämmelser – utöver de allmänna principerna i sjukvårdslagen – som anger var placering av domstolsöverlämnade patienter skall ske finns inte.

De psykiatriska kliniker som är inrymda i vanliga lasarett är i regel inte rustade att ta emot LSPV-fall. Dessa placeras därför huvudsakligen på de äldre, ofta mycket stora psykiatriska lasarett som före 1967 drevs av staten eller någon av de tre största städerna. I vissa fall har de numera inkorporerats med regionsjukhus eller centrallasarett på orten. Samtliga sådana lasarett – så när som på två – mottar domstolsöverlämnade patienter. I de flesta län finns psykiatriskt lasarett eller motsvarande.



Socialstyrelsen gör för varje domstolsöverlämnad patient en individuell bedömning av på vilket sjukhus vederbörande skall placeras. I regel placeras patienten, såsom den allmänna sjukvårdslagen förutsätter, på sjukhus i hemorten, men särskilda omständigheter kan föranleda annan placering. Avgörande är framför allt vederbörandes sjukdomstillstånd och farlighetsgrad, men även faktorer som missbruk och i särskilda fall utbildning, begåvning, familjeförhållanden och förhållanden på sjukhusen som väntetider, läkarbestånd etc. kan spela in. Den som bedöms som farlig eller starkt

Tabell 11.1 Inneliggande och försöksutskrivna N-fall 15.4 1973

Ort	Sjukhus	(totalt antal platser 1972)	N-fall totalt	Därav fu	Jämst.-hetsfall	Därav fu
Stockholm	Beckomberga	(1 409)	45	8	26	8
	Rålambshov	( 229)	11	5	6	4
	Långbro	(1 384)	44	14	26	11
Uppsala	Ulleråker	(1 328)	79	31	41	17
Nyköping	Lasarettet	( 312)	8	3	1	1
Strängnäs	Sundby	( 808)	68	18	30	9
Katrineholm	Karsudden	( 245)	123	42	111	39
Vadstena	Birgitta	(1 110)	33	5	17	5
Jönköping	Centrallasarettet	(1 123)	24	5	9	3
Växjö	Södra klinikerna					
	S:t Sigfrid	( 919)				
	specialavd.		78	15	78	15
	övr.		11	3	7	12
Västervik	fasta pav.	( 831)	26	0	1	0
	övr.		59	16	37	7
Visby	S:t Olof	( 256)	3	0	3	0
Karlskrona	Gullberna	( 792)	20	5	17	5
Lund	S:t Lars	(1 253)	31	13	23	11
Hälsingborg	S:ta Maria	(1 330)	54	14	25	6
Hisings Backa	S:t Jörgen	( 664)	80	34	40	21
Vänersborg	Restad	(1 152)	51	6	25	5
	Källshagen	( 450)	5	2	0	0
Falköping	Fälbygden	( 782)	39	9	7	2
Kristinehamn	Marieberg	( 972)	48	8	23	5
Örebro	Regionsjh					
	(Mellringe)	( 802)	33	16	14	7
Säter	Säter	(1 345)				
	fasta pav.		20	0	5	0
	övr.		67	11	22	6
Bollnäs		( 705)	55	22	28	11
Sundsvall	Sundsvall					
	(Sidsjön)	( 781)				
	specialavd.		75	29	57	25
	övr.		45	24	23	10
Härnösand	Härnösand	( 238)	9	2	5	1
Östersund	Frösöklin.	( 755)	11	2	5	1
Umeå	Umedalen	( 810)	32	8	14	5
Piteå	Furunäset	( 704)	31	14	22	13
Summa			1 318	384	748	255

rymningsbenägen placeras i regel på specialavdelning. På fast paviljong placeras endast patienter som bedöms som ytterst svårskötta och farliga, vanligen först sedan placering på specialavdelning visat sig vara misslyckad. Personer som saknar utbildning men ej är underbegåvade kommer ofta till Karsudden. Under år 1971 placerades på specialvårdsenheter 92 av 437 domstolsöverlämnade patienter eller 21 % av samtliga. Motsvarande siffror för åren 1972-74 var resp. 95 av 447, 94 av 428 och 79 av 445 eller 21, 21 resp. 17 % av samtliga. Nedgången 1974 kan förklaras med att man på grund av platsbrist på speciavdelningarna måste placera patienter, som egentligen borde ha kommit till sådana avdelningar, på andra sjukhus. Fördelningen av domstolsöverlämnade patienter på de olika sjukhusen den 15.4.1973 framgår av tabell 11.1. Uppgifterna har inhämtats genom kommitténs enqueteundersökning.

I rubrikerna till sistnämnda och följande tabeller används den för domstolsöverlämnade patienter allmänt använda beteckningen N-fall. Med totalt antal fall avses ineliggande och försöksutskrivna - förkortat fu - patienter. Jämställdhetsfallen ingår givetvis bland N-fallen, men är också särredovisade.

Tabell 11.2 visar hur N-fallen uppdelats på specialavdelningar, fasta paviljonger och övriga sjukhus.

Av tabell 11.2 framgår att jämställdhetsfallen utgjorde 57 % av på samtliga sjukhus i vård varande N-fall (53 % av ineliggande och 66 % av försöksutskrivna). Vid specialavdelningarna och Karsudden uppgick emellertid jämställdhetsfallen till 89 % av samtliga som vårdades där.

Eklom - se *Acts of Violence by Patients in Mental Hospital (1970)* - lät år 1965 göra en undersökning av patienterna på de statliga mentalsjukhusen och städernas mentalsjukhus, varav bl. a. framgick antalet N-fall. Det kan vara av visst intresse att jämföra dessa siffror med dem som framkommit i kommitténs enqueteundersökning. Enligt Eklom fanns den 6.4.1965 totalt 1 811 N-fall, varav 543 försöksutskrivna. Enligt enqueteundersökningen uppgick antalet N-fall den 15.4.1973 till 1 318, varav 384 försöksutskrivna. Tabell 11.3 visar fördelningen av patienter på olika sjukhustyper 1965 (Ekloms material) och 1973 (kommitténs enqueteundersökning).

Andelen försöksutskrivna var såväl 1965 som 1973 omkring 40 % av det totala patientantalet. Andelen intagna på eller försöksutskrivna från special-

**Tabell 11.2 Fördelning av N-fall på olika sjukhustyper den 15.4.1973**

	N-fall totalt	Därav fu	Jämst.- hets- fall	Därav fu
Specialavdelningarna i				
Sundsvall och Växjö	153	44	135	40
Karsudden	123	42	111	39
Fasta paviljongerna	46	-	6	-
Övr. sjukhus	996	298	496	176
Summa	1 318	384	748	255



Tabell 11.3 Fördelning av N-fall på olika sjukhustyper den 6.4.1965 och 15.4.1973

	1965	1973
N- fall spec.avd. och fasta paviljonger	339	322
Därav försöksutskrivna	82	86
N-fall övriga sjukhus	1 472	996
Därav försöksutskrivna	461	298
<b>Totalt antal N-fall</b>	<b>1 811</b>	<b>1 318</b>
<b>Därav försöksutskrivna</b>	<b>543</b>	<b>384</b>

enheter i förhållande till totalantalet var något större 1973 än 1965 (19 % 1965 och 25 % 1973). Det totala antalet intagna på sådana enheter var emellertid tämligen överensstämmande, vilket sannolikt beror på att antalet tillgängliga platser var relativt lika. Totala antalet domstolsöverlämnade (straffrifyklarade) patienter var 1973 avsevärt mindre än 1965 vilket – eftersom det årliga antalet domar till psykiatrisk vård inte uppvisat några större variationer – tyder på att vårdtiderna för domstolsöverlämnade patienter förkortats.

Sjukhusplacering av domstolsöverlämnad patient har föranlett åtskilliga klagomål till socialstyrelsen och JO. I JO:s ämbetsberättelse 1970 (s. 258) riktades viss kritik mot att man på hemortssjukhuset placerat en patient, som upprepade gånger grovt misshandlat sin hustru, men som icke ansågs vara i behov av vård på specialavdelning. JO uttalade bl. a. att det – mot bakgrund av vad som förekommit mellan makarna och då mannen enligt utlåtande i rättspsykiatrisk undersökning var att anse som farlig för annans säkerhet – måste ha stått klart för socialstyrelsen att placeringen inneburit avsevärt riskmoment samt att vägande skäl talade för att mannen till en början bort placeras på annat sjukhus än hemortssjukhuset. JO konstaterade också att gällande bestämmelser inte utgjort hinder för sådan placering.

Platsbrist på de psykiatriska sjukhusen har icke sällan medfört att domstolsöverlämnad patient fått vänta avsevärd tid på intagning till psykiatriskt sjukhus. Det finns ibland också ett visst motstånd hos sjukhusen mot att ta emot domstolsöverlämnade patienter beroende på att man inte anser sig ha resurser att behandla eller bevaka dem. I JO:s ämbetsberättelse 1969 (s. 299) behandlas denna fråga. Ärendet hade förts till JO:s prövning av en patient som på rättspsykiatrisk klinik fått vänta 1 månad och 12 dagar på intagning vid ett Stockholmssjukhus. JO uttalade att 12 § LSPV inte kunde tolkas så att intagning enligt denna paragraf skulle ha företräde framför intagningsfall, där vårdbehovet var mera trängande, men att bestämmelsen gav uttryck för att intagningar enligt 12 § var att betrakta som förtursbetonade, även om de inte alltid hade högsta prioritet.

Ett liknande ärende avgjordes 1975. Detta gällde klagomål från två män som fått vänta på intagning vid ett Stockholmssjukhus 8 resp. 6 veckor. Från sjukhusets sida anfördes bl. a. att man inte hade lokala eller personella resurser att bemästra mer än ett visst antal domstolsöverlämnade patienter samtidigt på kliniken samt att man tvingats maximera antalet sådana fall för att inte äventyra den terapeutiska situationen för patienterna. JO förklarade att han inte hade något att erinra mot att man eftersträfvade en så lämplig sammansättning av en patientavdelning som möjligt, men vände sig mot att

de domstolsöverlämnade fallen inte bedömdes individuellt och uttalade att det var beklagligt, att så långa väntetider som de påtalade uppkommit, att dröjsmålen inte var godtagbara samt att intagningspolitiken borde läggas om så att dessa fall blev bättre tillgodosedda. JO uttalade också att socialstyrelsen enligt § 12 inte bara hade skyldighet utan också befogenhet att sörja för att en till slutna psykiatrisk vård dömd patient utan dröjsmål tas in på sjukhus för sådan vård samt att de landstingskommunala sjukhusen därigenom indirekt ålades skyldighet att utan dröjsmål ta emot sådana patienter, vilket i sin tur förutsatte att sjukhusen dimensionerade sina lokala och personella resurser så att denna skyldighet kunde uppfyllas.

Svårigheterna att bereda domstolsöverlämnade patienter plats har framför allt gällt patienter som betecknats som särskilt vårdkrävande. Dessa svårigheter belyses i JO:s ämbetsberättelse 1970 (s. 271) i anledning av en sjukhusinspektion. Efter hörande av bl. a. socialstyrelsen konstaterade JO att det över hela landet mötte betydande svårigheter att, såsom 12 § LSPV förutsatte, utan dröjsmål på sjukhus ta in dem som genom dom överlämnats till slutna psykiatrisk vård. Den huvudsakliga orsaken var enligt JO att hänföra till de brister som vidlåde organisationen för vård av s. k. sociopater. Åtgärder för frågans lösning borde därför skyndsamt vidtagas.

Förflyttningar mellan olika sjukhus är mycket vanliga. På grund av platsbrist möter ofta svårigheter att förflytta patienter från fast paviljong eller specialavdelning, trots att placering på sådan avdelning inte längre är motiverad. Förflyttningar mellan sjukhusen beslutas genom överenskomelser mellan berörda överläkare. Förflyttning från eller till de fasta paviljongerna skall emellertid enligt en kungörelse från 1967 (MF nr 2) ske i samråd med överinspektören för den psykiatriska vården.

Även frågan om förflyttning har varit föremål för JO:s prövning, bl. a. i ett 1973 avgjort ärende (JO:s ämbetsberättelse 1974 s. 323). I detta ärende framkom bl. a. att patienter ibland fått vänta över ett år på förflyttning från fast paviljong efter det att sådan förflyttning tillstyrkts. Särskilt svårt hade det visat sig vara att flytta patient till specialavdelning eller Karsuddens sjukhus, i sin tur beroende på att dessa hade hög beläggning och inte i önskvärd utsträckning kunde förflytta patienter till andra enheter när förutsättningarna därför uppnåts. I speciellt hög grad gällde detta vid förflyttning till storstadsregionerna. JO konstaterade att situationen ingav mycket starka betänkligheter ur såväl rehabiliterings- som rättssäkerhetssynpunkt och föreslog att socialstyrelsen skulle utvidga samrådsförfarandet till att omfatta även specialavdelningarna. Om inte heller därigenom resursanvändningen blev den bästa tänkbara, borde enligt JO:s mening LSPV ändras så att socialstyrelsen fick samma bestämmanderätt ifråga om förflyttning av domstolsöverlämnade patienter som ifråga om placering av dessa enligt 12 § LSPV.

Något utvidgat samrådsförfarande eller lagändring i enlighet med JO:s förslag har inte kommit till stånd. De av JO påtalade svårigheterna kvarstår alltjämt. Sålunda uppgav överinspektören för den psykiatriska vården i en skrivelse den 27.10.1975 att 17 patienter väntade på förflyttning från fast paviljong till specialavdelning eller Karsudden. I skrivelsen sades också att detta berodde på svårigheter att flytta andra patienter från sistnämnda institutioner till hemortssjukhusen. Vid en förfrågan av överinspektören



framkom att det den 28.1.1975 fanns inte mindre än 73 patienter på specialavdelningarna och Karsudden som av vederbörande överläkare bedömts kunna vårdas på hemortssjukhus. Av dessa var 23 från Stockholmsområdet. Enligt en rapport den 14.1.1976 bedömdes sammanlagt 114 patienter, som var intagna på specialenheter, kunna vårdas på hemortssjukhus. Av dessa var 45 från Stockholmsregionen.

### *Behandlingen på sjukhus*

Behandlingen av de domstolsöverlämnade patienter som vistas på "vanliga" psykiatriska avdelningar sker enligt gängse psykiatriska metoder. Så sker givetvis också på specialklinikerna och de fasta paviljongerna. På grund av att man där till största delen har ett klientel som består av kriminella eller farliga patienter kommer emellertid vården att få ett mycket starkt inslag av övervakning. Dessa avdelningar har under alla år haft svårigheter att få kompetent personal, vilket stundom medfört att utrymmet för egentlig vård begränsats.

Förhållandena på fast paviljong, specialklinik och Karsudden kan beskrivas på följande sätt.

Säters fasta paviljong har sammanlagt 28 platser. Förutom sovrum finns dagrum och terapirum. Korridorerna används som matrum. Samtliga sovrumsdörrar har fönster utåt korridorerna. Alla fönster utom de sistnämnda är gallerförsedda och öppnas med nyckel, som innehas av personalen. Toaletterna går ej att låsa och har fönster. Utevistelse sker på särskilda rastgårdar. För att komma in på avdelningarna måste man passera tre låsta dörrar. Personalen består, då samtliga tjänster är besatta, av en överläkare, som även tjänstgör på andra avdelningar, en psykolog, en klinikföreståndare och ett 30-tal skötare. – Den 7.11.1975 vistades på paviljongen 29 patienter. Av dessa var 18 domstolsöverlämnade. Den vanligast förekommande diagnosen var schizofren syndrom (18 patienter). Kontrollen av patienternas personliga tillhörigheter är noggrann. Möjligheterna till arbete är begränsade, huvudsakligen beroende på säkerhetsrisken. Man försöker dock sysselsätta patienterna med enklare arbeten och terapiarbeten. Vidare har man en tämligen varierad studieverksamhet. Patienternas telefonsamtal och korrespondens kontrolleras. Patienterna får inte lämna avdelningen annat än för tandläkarbesök, röntgen o. d. och är då åtföljda av skötare. På kvällarna läses patienterna in på sina rum. Behandlingen består huvudsakligen i omhändertagande, medicinering, enklare sysselsättning eller studier samt gruppsamtal under ledning av psykolog. Utskrivning sker aldrig direkt från fast paviljong. – Antalet patienter som placeras på fast paviljong tenderar att minska. Den 17.8.1976 fanns således endast 24 patienter på Säter, varav 8 beviljats förflyttning till annat sjukhus.

Specialkliniken vid Sundsvalls sjukhus består av 6 avdelningar om sammanlagt 84 platser. Av dessa fungerar en som intagningsavdelning. En avdelning används för tämligen svårt sjuka personer. På grund av personalbrist har under längre tid två avdelningar hållits stängda och platsantalet reducerats till 61. Vårdpersonalen skall bestå av 2 överläkare, 2 kuratorer, 3 psykologer, 1 fritidsassistent, 1 föreståndare, 6 avdelningsföreståndare, 62 skötare och 10 verkstadspersonal. – I regel är så gott som samtliga patienter domstolsöverlämnade. Ca 25 % brukar betecknas som narkotikamissbrukare och 75–80 % som alkoholmissbrukare. Vid en patientgenomgång den 1.1.1972, då 73 patienter var inneliggande, konstaterades att 17 led av psykos i någon form och övriga 56 kunde betecknas som "persona pathologica m. m." Man kräver att patienterna skall ha någon form av sysselsättning. De flesta är sysselsatta i verkstäder –

konfektions- och kuvertverkstad finns inom sjukhuset – eller med städ- eller utomhusarbete. Det finns också tillfällen till studier och hobbyverksamhet. På kvällarna läses patienterna in på sina rum. Patienterna får telefonera och brevväxla fritt. Brevet genomlysas. Behandlingen består av medicinerings-, arbetsträning samt individuella samtal och gruppsamtal. Man försöker arbeta efter vissa miljöterapeutiska former, t. ex. gruppsittning med både personal och patienter. Samtalsverksamheten omhändertas huvudsakligen av psykologerna och vårdpersonalen. På grund av tidsbrist är det svårt för överläkaren att hinna deltaga. Man anordnar också fritidssystemställning som bio, bad, fotboll, fiske- och fjällresor. – Permissioner och utskrivning sker under beaktande av patientens allmäntillstånd, tiden från föregående brott, brottets karaktär, patientens farlighet och den situation till vilken permittering sker. På de två "lugnare" avdelningarna brukar ungefär hälften eller fler av patienterna ha frigång. Indragning sker vid misskötsamhet. Man försöker att inte fixera riktlinjerna alltför mycket utan beslutar i varje enskilt fall efter en ganska fri mall. Utskrivningsnämnden sammanträder varje vecka. Väntetiden för varje ärende är 2–3 veckor.

Karsuddens sjukhus är byggt för 245 patienter. Vid omorganisation 1974 reducerades platsantalet till 183. Sjukhuset består av 4 paviljonger – A, B, C och D – om vardera 3 våningar och organiserade på tre enheter, för patienter från Göteborg, Stockholm och Malmö jämte övriga landet. Enheterna leds av var sin överläkare och utgör tillsammans en klinik med chefsläkaren som klinikchef och överläkare för eftervården. Systemet fungerar så att varje överläkare disponerar en våning i vardera av byggnaderna A–D. D-byggnaden har mycket rigorösa säkerhetsföreskrifter och muromgärdad promenadgård av "Kumla-typ". C-avdelningarna är låsta avdelningar med promenadgård, avstängd med högt metallnätstaket. B-avdelningarna är låsta, men patienterna ges frihet att viss tid vistas på sjukhusområdet utan övervakning. A-avdelningarna är som regel olåsta under dagtid. Vid aktuell alkohol- eller narkotikasmuggelrisk stängs de. Kring själva sjukhusområdet finns inget staket. D-avdelningarna används i vissa fall som återintagningsavdelningar, särskilt efter rymningar och misslyckade permissioner, samt som utrednings- och isoleringsavdelningar. I andra fall tas patienten in på C-avdelning, t. ex. efter långvarig vistelse på rättspsykiatrisk klinik och flyttas successivt "framåt" först till B och sedan till A. Misskötsel kan föranleda tillbakaflyttande. De flesta patienterna vistas på D-avdelningen 1–2 veckor och på C-avdelningen ca 1 månad. Personalstaten skall bestå av bl. a. 9 läkare, 4 psykologer, 3 kuratorer, 3 klinikföreståndare, 3 föreståndare för eftervården, 181 skötare, 5 arbetsterapeuter och fritidsassistenter samt 17 verkstadspersonal. Åtskilliga av dessa tjänster är regelmässigt inte besatta. Läkartjänsterna har under sjukhusets över 10-åriga existens aldrig varit fullbesatta. – Patienterna är män med en genomsnittsålder av ca 25 år. Mestadels lider de av personlighetsavvikelser med åtföljande kriminell belastning, missbruksproblematik och sociala problem. De flesta har överlämnats till sjukvård p. g. a. domstolsbeslut. – Sjukhuset har – utom på D-avdelningarna – differentierade arbetsmöjligheter. Sålunda finns det snickeri, mekanisk-, konfektions- och monteringsverkstad. Vidare organiseras trädgårds- och parkarbete samt skogsarbete. Arbetsträning och yrkesutbildning är väsentliga delar i behandlingen. Denna omfattar också individual- och grupperterapi, komplettering av grundskoleutbildning, social träning, idrott och andra förströelser på fritid. Direkt arbetsväg förekommer inte, men arbetsvägran kan medföra omprövning av behandlingsplaneringen. – Inlåsnings av patienterna nattetid sker på D-avdelningarna. Sådan inlåsnings förekommer inte på A–C-avdelningarna. Medicinerings används mycket sparsamt. Patienternas möjligheter att få samtal med läkarna är begränsade på grund av läkarbristen. Individuella samtal sköts i stor utsträckning av psykologerna som även organiserar gruppsamtal av olika slag. Brev öppnas eller genomlysas. Telefonsamtal från C- och D-avdelningarna får ske endast i närvaro av personal. Även vid A- och B-avdelningarna förekommer viss kontroll. – Utskrivningsnämnden sammanträder varje vecka för en av enheterna; således är det ordinarie nämnd för varje enhet en gång var tredje vecka. Beträffande permissioner och



utgång har man följande riktlinjer: På D och C sker utgång enbart i sällskap med personal. På B är patienten inlåst eller ute med personal en vecka, har sedan en timmes frigång per dag under en vecka och därefter hel frigång på området. På A har patienten likaledes frigång på området under fritid. Under hela tiden från intagningen kan övervakningspermission med personal utanför sjukhuset beviljas av överläkaren. Permission utan övervakning brukar beviljas av utskrivningsnämnden efter det vederbörande beviljats hel frigång på området (2 veckor på B). Försöksutskrivning övervägs i regel efter 2 välskötta permissioner.

### Vårdtider

Vårdtiderna på sjukhusen – inneliggandetider – är liksom de totala vårdtiderna, dvs. inneliggandetider jämte försöksutskrivningsperioder, högst varierande. Någon officiell statistik över vårdtider finns inte. I enqueteundersökningen har kommittén inhämtat uppgifter om vårdtider beträffande de jämställdhetsfall som var inneliggande respektive försöksutskrivna på frågedagen. De 666 fall för vilka vårdtiderna redovisats fördelar sig enligt följande.

**Tabell 11.4 Vårdtider beträffande jämställdhetsfall som var inskrivna vid psykiatriskt sjukhus den 15.4.1973**

Total vårdtid	Antal pat.	%	Inneliggandetid	Antal pat.	%
< 6 mån	120	18,0	< 6 mån	161	24,2
6–12 mån	84	12,6	6–12 mån	104	15,6
1– 2 år	129	19,4	1– 2 år	122	18,3
2– 3 år	90	13,5	2– 3 år	78	11,7
3– 5 år	99	14,9	3– 5 år	78	11,7
> 5 år	144	21,6	> 5 år	123	18,5

Andelen patienter som vårdats relativt länge resp. relativt kort tid varierade starkt mellan olika sjukhus på sätt framgår av tabell 11.5. Stockholmsregionen, dvs. Beckomberga, Långbro och Rålambshovs sjukhus, redovisas för sig.

Sjukhusen i Stockholmsområdet hade – såväl då det gäller inneliggandetider som totaltider – en anmärkningsvärt hög andel patienter som vårdats kortare tid än 6 månader. Drygt hälften hade en total vårdtid understigande 1 år och 65 % understigande 2 år. För ca 60 % understeg inneliggandetiden 1 år och för 74 % 2 år. På specialavdelningarna hade drygt 50 % av patienterna en total vårdtid understigande 2 år. Närmare 60 % hade inneliggandetider understigande denna tid. Motsvarande siffror för Karsudden var 58 resp. 65 % och för övriga sjukhus 44 resp. 52 %. Minst andel patienter med vårdtider över 5 år uppvisar Karsudden, vilket torde kunna förklaras av att man där företrädesvis vårdar yngre och rehabiliteringsbara patienter. Den ojämförligt största andelen patienter med verkligt långa vårdtider återfinns på "övriga sjukhus". Förklaringen härtill torde vara att patienter som vårdats på specialavdelningarna eller Karsudden ofta överförs till hemortssjukhus, då

Tabell 11.5 Vårdtider beträffande jämställdhetsfall som var inskrivna den 15.4.1973 fördelade på olika psykiatriska sjukhus

Vårdtid	Specialavd. Växjö och Sundsvall		Karsudden		Stockholmssjukhusen		Övr. sjukhus									
	Total vårdtid		Total vårdtid		Total vårdtid		Total vårdtid									
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%								
< 6 mån	24	17,7	24	17,7	21	19,0	28	25,2	19	32,7	23	39,6	56	15,4	86,	23,8
6-12 mån	16	11,8	21	15,5	16	14,4	18	16,2	12	20,6	11	18,9	40	11,0	54	14,9
1- 2 år	30	22,3	35	25,9	28	25,2	27	24,3	7	12,0	9	15,5	64	17,6	51	14,0
2- 3 år	19	14,0	16	11,8	20	18,0	23	20,7	7	12,0	5	8,6	44	12,1	34	9,4
3- 5 år	21	15,5	16	11,8	20	18,0	10	9,0	6	10,5	4	6,8	52	14,9	48	13,2
> 5 år	25	18,5	23	17,0	6	5,4	5	4,5	7	12,1	6	10,3	106	29,2	89	24,5





”specialvård” ej längre anses erforderlig.

Tabell 11.6 visar vårdtiderna under en uppföljningsperiod för de jämställdhetsfall som på grund av domstolsbeslut 1967 genomgått rättspsykiatrisk undersökning. Uppföljningen avser 195 av de 197 fallen (en patient avvek utomlands före sjukhusintagning och i ett fall har journalen förkommit). Lindelius har följt sitt material till den 31.12.1970. Vid denna tidpunkt var 106 definitivt utskrivna. 9 hade avlidit under vårdtiden, varav 4 genom självmord.

Tabellen visar väsentliga skillnader mellan totala vårdtider och ineliggandetider. Lindelius har i sin undersökning konstaterat att vårdtiden för dessa patienter var lång jämfört med den för övriga patienter i slutna vård. 1967 var sålunda medelvårdtiden i slutna psykiatrisk vård 106 dagar, medan endast 6 % av de 195 hade en vårdtid understigande 6 månader.

Lindelius har senare följt upp undersökningen av de 195 jämställdhetsfallen. Uppföljningen avser de totala vårdtiderna under en period av fem år från sjukhusintagningen och har sammanställts i tabell 11.7.

**Tabell 11.7 Totala vårdtider för 195 jämställdhetsfall fem år från sjukhusintagningen**

Vårdtid, månader	Antal patienter	%
< 6	12	6
6-12	17	9
12-18	32	16
18-24	21	11
24-30	16	8
30-36	14	7
36-48	24	13
48-60	18	9
> 60	41	21
<b>Totalt</b>	<b>195</b>	<b>100</b>

Av tabellen framgår sålunda att 15 % hade en vårdtid understigande 1 år, 42 % understigande 2 år, 57 % understigande 3 år och 70 % understigande 4 år. 21 % var alltså i vård efter fem år.

Ytterligare vissa statistiska uppgifter om vårdtider m. m. har genom socialstyrelsens försorg i visst samarbete med kommittén framtagits ur rikspolisstyrelsens person- och belastningsregister (PBR). Uppgifterna i PBR baseras på de meddelanden som författningsenligt skall lämnas till rikspolisstyrelsen av överläkaren vid psykiatrisk klinik rörande intagning, försöksutskrivning och definitiv utskrivning av N-, O- och PN-fall. De omfattar även domstolsöverlämnade utvecklingsstörda.

De totala vårdtiderna för samtliga N-fall som utskrivits under tiden 1.7.1972-31.12.1974 framgår av tabell 11.8.

Sålunda hade 25 % en vårdtid understigande 1 år, 52 % understigande 2 år, 70 % understigande 3 år och 81 % understigande 4 år. 14 % hade en vårdtid överstigande 5 år. I den mån man kan göra någon jämförelse mellan tabell 11.7 och 11.8 förefaller det som om jämställdhetsfallen hade vårdtider som



Tabell 11.8 Totala vårdtider för samtliga N-fall som utskrivits under tiden 1.7.1972–31.12.1974

Mån	Män	Kvinnor	Totalt	%
< 3	30	4	34	4
3– 6	57	4	61	6
6–12	134	12	146	15
12–24	235	16	251	27
24–36	161	14	175	19
36–48	96	6	102	11
48–60	42	–	42	4
> 60	127	6	133	14
Summa	882	62	944	100

något överstiger de genomsnittliga vårdtiderna för N-fallen.

Ur PBR-registret har också framtagits uppgifter om vårdtider – inläggandetider – för de fall som intagits under 1971 och slutligt utskrivits före den 1.1.1975. Totalt intogs 1971 381 N-fall. (Se tabell 11.9.)

Tabell 11.9 Inläggandetider för samtliga N-fall som intagits 1971 och slutligt utskrivits före 1.7.1975

Mån	Män	Kvinnor	Totalt
< 3	33	9	42
3– 6	47	3	50
6–12	60	8	68
12–24	31	1	32
Summa	171	21	192

192 personer av 381, dvs. ca 50 %, befann sig alltså allttjämt i vård efter 2 år.

Vid bedömning av vårdtiderna bör beaktas att åtskilliga av dem som intagits på sjukhus dessförinnan under lång tid vistats på rättspsykiatrisk klinik.

Rymningar under vårdtiden är ytterst vanliga bland de domstolsöverlämnade patienterna. I Lindelius material hade 42 % av de definitivt utskrivna och 84 % av dem som var i vård avvikit åtminstone en gång under vårdtiden. Vid kommitténs fallstudier framkom att 28 av 37 jämställdhetsfall som vårdats i 5 år eller längre avvikit någon gång, de flesta åtskilliga gånger.

### Utskrivning och eftervård

Utskrivning av domstolsöverlämnad patient föregås i regel av en eller flera försöksutskrivningar. Kommittén har i enqueteundersökningen infordrat uppgifter på antalet försöksutskrivningar beträffande de jämställdhetsfall

som hade vårdtider upp till två år. Resultatet framgår av tabellerna 11.10 och 11.11. De fasta paviljongerna, från vilka försöksutskrivning inte sker direkt, har ej medtagits.

**Tabell 11.10** Försöksutskrivningar av jämställda vid specialavdelningarna vid Sundsvalls och S:t Sigfrids sjukhus samt vid Karsudden

Vårdtid Mån	Antal fall	Antal försöksutskrivningar				
		0	1	2	3	4
> 6	45	40	4	1		
6-12	32	22	8	2		
12-24	58	19	26	10	3	

**Tabell 11.11** Försöksutskrivningar av jämställda vid andra sjukhus än de i tabell 10 angivna

Vårdtid Mån	Antal fall	Antal försöksutskrivningar					
		0	1	2	3	4	5 eller flera
6	75	57	18				
6-12	52	8	38	3	3		
12-24	71	13	22	17	8	3	8

Av tab. 11.10-11.11 framgår att, av dem som varit inskrivna 6 mån. vid sjukhusen, 11 % vid specialavdelningarna och 24 % vid övriga sjukhus försöksutskrivits någon gång. Av dem som varit inskrivna 6-12 mån. hade 31 % vid specialavdelningarna och 85 % vid övriga sjukhus varit försöksutskrivna någon gång. Av dem som varit inskrivna 1-2 år hade 67 % vid specialavdelningarna och 82 % vid övriga sjukhus varit försöksutskrivna någon gång.

Uppgifter ur PBR-registret visar antalet försöksutskrivningar under tiden fram till den 1.1.1975 för samtliga N-fall, som intagits under 1972, dvs. patienter som varit intagna minst två år.

**Tabell 11.12** Antalet försöksutskrivningar fram till 1.7.1975 för N-fall, som intagits 1972

Antal försöks- utskrivningar	Män	Kvinnor	Totalt	%
0	86	4	90	24
1	144	21	165	43
2	56	4	60	16
3	32	2	34	9
4	10	1	11	3
5 eller flera	19	1	20	5
			380	100



76 % hade sålunda varit försöksutskrivna någon gång under en vårdperiod av minst 2 år.

I det material av domstolsöverlämnade jämställdhetsfall med vårdtider överstigande fem år, som kommittén studerat hade samtliga utom 3 varit försöksutskrivna. Sammanlagda antalet försöksutskrivningar för 34 patienter uppgick till 195, däri ej inräknat eventuellt pågående försöksutskrivningar.

Av kommitténs fallstudier framgår att det särskilt i Stockholmsområdet ej sällan förekommer att utskrivning sker utan föregående försöksutskrivning. Ibland – särskilt då det gäller narkomaner – överförs den utskrivne till frivillig vård, öppen eller sluten.

Meningsskiljaktigheter gör sig stundom gällande beträffande principerna för utskrivning av de domstolsöverlämnade patienterna. Företrädare för åklagare och domstolar har därvid varit benägna att betona skyddsaspekten mot samhället, medan man på läkarhåll hävdar rent medicinska synpunkter utifrån patientens vårdbehov.

Såsom framhållits i kap. 4 förekommer det ej sällan att sjukhusläkaren – till skillnad från rättspsykiatern på vars utlåtande domstolsöverlämnandet grundas – överhuvud inte anser vårdbehov enligt LSPV föreligga och således tämligen omgående föreslår utskrivning av patienten i enlighet med LSPV:s regler. Denna motsättning har kommit till synes i åtskilliga sjukjournaler rörande korttidsvårdade fall.

Under förarbetena till LSPV uttalades att det vid utskrivning av patienter som begått brott var uppenbart att samhälleliga skyddssynpunkter ofta måste tillmätas särskild betydelse. Det förhållandet att en person gjort sig skyldig till brott av allvarlig beskaffenhet borde i många fall föranleda viss försiktighet vid utskrivning. I förarbetena betonades dock att det avseende som borde fästas vid allmänna skyddssynpunkter inte borde betraktas som en särskild påföljd för brottslighet utan som ett led i den psykiatriska bedömningen av den intagne, varför skyddssynpunkterna borde beaktas inom ramen för indikationerna för tvångsmässig vård.

Motsättningarna har belysts i ett år 1973 avgjort JO-ärende. Ärendet rörde en utländsk medborgare. Patienten var överlämnad på grund av grov misshandel och hade tidigare vårdats på psykiatriskt sjukhus. Enligt sjukjournalen förekom inget anmärkningsvärt på sjukhuset och vårdbehov ansågs inte föreligga. Han utskrevs i samband med att han avvek från sjukhuset efter 2 månader. Han hade då återvänt till sitt hemland, men återkom efter någon tid och gjorde sig skyldig till grov misshandel av samma slag som tidigare (knivskärning).

JO anförde bl. a.:

Av lagtexten framgår att prövningen skall ske med utgångspunkt i den bedömning som legat till grund för domstolsförordnandet. Det blir därför först då de förutsättningar på vilka denna bedömning vilar inte längre föreligger, som utskrivning blir aktuell, om andra omständigheter ej tillstött. – – Den omständigheten att överläkaren ej delar den bedömning av patienten med avseende på psykisk sjukdom och vårdbehov som gjorts av undersökningsläkaren och domstolen får däremot inte ensamt tas till intäkt för ny utskrivning.

Eftervården kan bestå, förutom i besök på öppenvårdsklinik, medicinering etc., i tillsyn av övervakare. Övervakning förekommer i regel vid försöks-

utskrivning av kriminella. Övervakarna är personer som frivilligt åtar sig dessa uppdrag. Kontakten med sjukhuset blir ofta bristfällig. Särskilda kontaktproblem kan uppstå, om den försöksutskrivne inte varit intagen vid hemortssjukhuset, men övervakningen skall äga rum i hemorten. Om vederbörande inte överförs till hemortssjukhusets öppenvård får sjukhuset ingen effektiv kontroll över hur övervakningen fungerar. – Försöksutskrivning sker ibland också till familjevård eller behandlings- eller inackorderingshem.

### *Effekt av sjukhusbehandlingen*

Effekten av sjukhusbehandlingen är givetvis svår att bedöma. Frågan härom har uppmärksammats i Lindelius' förut omnämnda studie av dem som enligt domstols beslut år 1967 rättspsykiatriskt undersökts och därvid bedömts såsom jämställda och överlämnats till sluten psykiatrisk vård. Av dessa blev 106 definitivt utskrivna fram till den 31.12 1970. Vid utskrivningen bedömdes 79 % av dem som förbättrade. För 21 % hade någon förändring i det psykiska hälsotillstånd jämfört med det vid intagningen ej skett. Bland de 80 icke utskrivna hade en förbättring noterats i 25 % av fallen. Vad som menas med förbättring är ingalunda klart. Då det gäller sjukhusbehandling som medel att förhindra kriminalitet är det omöjligt att dra några bestämda slutsatser. Man torde dock utan överdrift kunna påstå att återfall i brott är vanligt såväl under vårdtiden som efter utskrivningen, i det senare fallet ofta med ny dom till psykiatrisk vård som följd. Av nyss nämnda fall hade 63 % av de icke utskrivna och 25 % av de utskrivna enligt journaluppgifter begått brott under vårdtiden. I regel ges åtalseftergift för brott under denna tid. 38 % av de 106 definitivt utskrivna hade emellertid registrerats i kriminalregistret för tillhoppa 80 brott under hela observationstiden, vilket torde innebära att åtskilliga av dem begått brott efter vårdtidens slut. Man måste emellertid se dessa siffror mot bakgrunden av att de som döms till sluten vård ofta är svårt kriminellt belastade redan före domen (jfr kap. 3).

### *Synpunkter på vården av domstolsöverlämnade patienter*

I kap. 7 har framförts vissa synpunkter på den nuvarande gränsdragningen mellan kriminalvård och sjukvård.

Även andra aspekter kan emellertid framhållas. En sådan är de starkt varierande vårdtiderna. Vårdtiden skall naturligtvis anpassas efter vederbörandes behov, och det är oundvikligt att olika läkare kan ha olika uppfattning därom. Det är emellertid uppenbart att vårdtiderna vid de olika sjukhusen varierar betydligt med hänsyn till läkarnas och utskrivningsnämndernas allmänna inställning till tvångsvård, utan att detta alltid kan förklaras av fallens svårhetsgrad med hänsyn till begånget brott eller till vederbörandes sjukdomstillstånd. Vidare har man såväl från allmänhetens som domstolarnas sida reagerat mot de mycket korta vårdtider som tillämpats vid vissa sjukhus även beträffande personer som gjort sig skyldiga till allvarlig brottslighet och som snart efter utskrivningen återfallit i brott. Förhållandet sammanhänger givetvis också med hur försöksutskrivningsinstitutet används.



Mot behandlingen av de särskilt vårdkrävande, en patientkategori som ju till stor del består av domstolsöverlämnade, har kraftig kritik riktats. AÖV-gruppen sammanfattar den bild man erhållit vid studiebesök på de svenska specialvårdsenheterna sålunda:

Vid --- studiebesök, som innefattade samtal med företrädare för såväl olika personalgrupper som för patienterna, framgick att den i Sverige förhärskande vårdideologin var den --- hittills så gott som allmänt vedertagna auktoritärt/pedagogiska behandlingsmetoden. Denna behandlingsmetod har en klar skiljelinje enligt vi-de-principen mellan vårdgivare och vårdtagare, och patienterna erhåller förmåner respektive frihetsinskränkningar enligt ett auktoritärt system. De svenska vårdmiljöerna var med få undantag tämligen nedslitna och karakteriserades av inredningsmässig tristess.

Det förelåg på avdelningarna för särskilt vårdkrävande en relativ personalbrist, vilken bl. a. haft till följd att mekaniska skyddsanordningar – lås, gallerfönster, murar och liknande – kommit att tillmätas stor betydelse. Denna relativa personalbrist, som är särskilt uttalad under kvällar och nätter, framtvingar på sina håll även inhumana rutiner, bl. a. tidig inlåsning kvällstid av patienterna på rummen. Till en del synes detta bero på att man hittills inte har kunnat tillgodose kravet på extra stor personaltäthet på avdelningar för särskilt vårdkrävande patienter. Såväl patienternas speciella behov av kontakt och av att samtalsvis och i praktisk samvaro reda ut en mängd elementära samlevnadsbegrepp som säkerhetsaspekter för personal och medpatienter kan medföra krav på ökad personaltäthet.

Det bör i detta sammanhang observeras, att tillgripande av inhumana metoder eventuellt kan medföra ökad farlighet. Ett behov att demonstrera eller reagera mot inhumaniteten kan nämligen uppstå och provocera en tillsynes "omotiverad" aggressivitet och farlighet.

Sysselsättningen av de särskilt vårdkrävande patienterna utgjorde mestadels en föga varierad provkarta av den vid psykiatriska lasarett gängse arbetsterapin, på sina håll kompletterad med ett begränsat utbud av mestadels monotont och rutinbetonat verkstadsarbete. I allmänhet syntes man lägga tonvikten mer på tillvänjning och träning till arbete och fasta arbetstider än på psykoterapeutisk bearbetning av patienternas arbetshinder eller på övning i lagarbete, ägnad att motverka de svårigheter att samarbeta med andra, som ofta utmärker dessa patienter.

Även sysselsättningen på fritid var som regel otillräckligt tillgodosedd. På grund av de i avsnitt 3.2 omnämnda samhällsskyddskraven förelåg svårigheter att sörja både för det fysiska aggressionsutlevande i spel, idrott, motion samt annan fysisk träning, som dessa patienter särskilt väl behöver och för behovet av förströelse och avkoppling. I båda dessa avseenden lägger den ovannämnda relativa personalbristen hinder i vägen. ---"

Ehuru åtskilliga förbättringar av sjukhusmiljöer och vårdrutiner genomförs efter AÖV-gruppens uttalande 1971 torde en stor del av kritiken alltjämt äga giltighet.

## 11.2 Riktlinjer för den slutna psykiatriska vården av domstolsöverlämnade patienter

Inom kommittén har diskuterats möjligheten av att sammanföra alla domstolsöverlämnade patienter till särskilda vårdenheter inom den rättspsykiatriska organisationen. Fördelen med en sådan anordning skulle vara att man, utom vad gäller sådana fall, där åtal ej kommer till stånd, får en enhetlig

organisation för undersökning och vård av patienter som gjort sig skyldiga till brott och bättre kontinuitet i vården.

Nackdelarna med en dylik organisation är emellertid uppenbara. De domstolsöverlämnade patienterna har, liksom andra patienter i psykiatrisk vård, mycket olika sjukdomsbild och i en särorganisation skulle det sannolikt bli svårt att tillgodose behovet av differentiering av vården. Det skulle också medföra avsteg från hemortsprincipen i många fall, där detta med nuvarande organisation inte är nödvändigt.

Om utredningens förslag om förkortad undersökning genomförs och den undersökte således inte kommer att alls eller endast under kortare tid vistas på undersökningskliniken torde det i fortsättningen bara i undantagsfall komma att etableras sådan kontakt mellan denne och undersökningspersonalen att några större fördelar skulle uppnås genom att patienten togs in för vård inom den rättspsykiatriska organisationen.

Utredningen finner att nackdelarna med en specialorganisation för domstolsöverlämnade patienter i väsentlig grad överstiger fördelarna med en sådan och föreslår därför att vården av dessa patienter även i fortsättningen sker inom den allmänna sjukvårdsorganisationen.

Detta bör inte hindra att i enstaka fall placering skall kunna ske inom den rättspsykiatriska organisationen (se härom s. 343).

### *Placering och behandling*

Så snart som möjligt efter domen skall den som överlämnats till sluten psykiatrisk vård överföras till sjukhus.

Huvudprincipen bör liksom hittills vara att patienten tas in på hemorts-sjukhuset. Ibland kan emellertid på grund av speciella vårdbehov, platsbrist, vederbörandes farlighet eller andra särskilda förhållanden, annan placering vara att föredra.

Med den gränsdragning mellan kriminalvård och sjukvård som kommittén föreslagit kommer sannolikt betydligt färre domstolsöverlämnade patienter än f. n. att behöva vårdas vid andra sjukhus än hemortssjukhuset. Närheten till hemmiljön är, såsom framhållits i olika sammanhang, av stor betydelse för rehabiliteringen av patienterna, i all synnerhet beträffande patienter som har sociala problem.

Vid åtskilliga sjukhus har, såsom tidigare nämnts, vården av patienter, som bedöms som särskilt vårdkrävande, förlagts till speciella avdelningar som i vissa hänseenden, framförallt förekomst av säkerhetsanordningar, skiljer sig från psykiatriska avdelningar i allmänhet. Det är svårt att uttala sig om det framtida behovet av sådana speciella avdelningar. Behov av resurser för omhändertagande av särskilt vårdkrävande patienter torde emellertid alltjämt finnas inom vissa sjukvårdsområden, framför allt i storstadsområdena. Vad avser Stockholmsområdet, där sådana resurser helt saknas, är frågan sedan länge föremål för socialstyrelsens uppmärksamhet. Kommittén vill understryka att behovet av en resursförstärkning i storstadsregionerna kan bli än mer aktuell, om Karsuddens sjukhus, vars patienter i stor utsträckning kommer från dessa regioner, i enlighet med vad som föreslås i det följande kommer att inordnas i den rättspsykiatriska organisationen.



En del av de domstolsöverlämnade patienterna torde emellertid även i framtiden komma att bedömas som så resurskrävande att de inte kan beredas vård inom det egna landstingsområdet. Sjukvården måste därför ha speciella resurser för omhändertagande av sådana till följd av sjukdom farliga personer som inte kan vårdas tillsammans med andra patienter utan betryggande säkerhetsanordningar. Av praktiska skäl måste vården av dessa patienter förläggas till enheter på riks- eller regionplanet. De patienter som f. n. vårdas vid de s. k. fasta paviljongerna är så gott som undantagslöst allvarligt psykiskt störda. Kommitténs förslag i gränsdragningsfrågan kommer därför knappast att beröra denna patientkategori. Den grupp som f. n. vårdas på specialavdelningarna i Växjö och Sundsvall samt på Karsudden utgörs emellertid till stor del av domstolsöverlämnade patienter med sådana personlighetsavvikelser som enligt kommitténs förslag inte skall utgöra hinder mot ådömande av frihetsstraff. Såsom närmare utvecklas i kap. 13 föreslår kommittén att Karsuddens sjukhus skall inordnas i den rättspsykiatriska organisationen för vård av intagna i kriminalvårdsanstalt med tillfälligt behov av sjukhusvård.

Då placering sker på specialenhet är det av yttersta vikt att förflyttning sker till hemortssjukhuset eller annat lämpligt sjukhus så snart den intagne inte längre är i behov av vård på specialenhet. Även i detta hänseende är det av betydelse att en resursförstärkning sker i storstadsregionerna.

Hur vården av de patienter som kräver särskilda resurser inom sjukvården i fortsättningen närmare skall organiseras anser sig kommittén inte ha anledning att ta ställning till. Några olika lösningar kommer att anges i kap. 13. Kommittén vill emellertid understryka vikten av att avdelningar med farliga eller på annat sätt särskilt vårdkrävande patienter erhåller en hög personaltäthet och möjligheter till lämplig sysselsättning för patienterna. Nuvarande förhållanden vid specialenheterna är ännu långt ifrån tillfredsställande i dessa hänseenden. En högre personaltäthet skulle med all sannolikhet minska behovet av låsanordningar och liknande samt bidra till vårdens humanisering. Differentierade och meningsfulla sysselsättningsmöjligheter är en nödvändig förutsättning för patientens sociala träning.

Placering av domstolsöverlämnad patient bör i flertalet fall kunna skötas genom ett samrådsförfarande mellan undersökningsläkaren och läkaren på hemortssjukhuset. Om placering vid specialenhet eller annat sjukhus, som ej är hemortssjukhus, bör dock alltjämt socialstyrelsen förordna. Ifrågakommer sådan placering, bör undersökningsläkaren omedelbart kontakta socialstyrelsen. I tveksamma fall eller vid oenighet mellan undersökningsläkare och sjukhuset bör saken likaledes hänskjutas till socialstyrelsen.

Det är av vikt att beslutad sjukhusplacering snarast kommer till stånd, så att vården kan påbörjas. Långa väntetider vid rättspsykiatrisk klinik för intagning på sjukhus bör inte såsom nu få förekomma. Om intagning inte sker inom rimlig tid, bör överläkaren inom undersökningsorganisationen rapportera detta till socialstyrelsen. Överinspektören för den psykiatriska vården bör därvid fungera som en samordnande instans. Samma principer bör gälla, om enighet beträffande förflyttning av patient inte kan uppnås på det lokala planet.

Mot bakgrunden av de missförhållanden som förekommit har kommittén övervägt att lagstiftningsvägen införa rätt för socialstyrelsen att förordna att

domstolsöverlämnad patient vid viss tidpunkt skall intas på det utvalda sjukhuset. Antalet placeringar av domstolsöverlämnade patienter och därmed svårigheten att snabbt ordna lämplig placering bör emellertid i framtiden minska. Vidare kommer de flesta placeringar att ske på det lokala planet. Med hänsyn härtill anser sig kommittén kunna utgå ifrån att socialstyrelsen även utan tvingande bestämmelser skall kunna tillse att intagning sker inom rimlig tid.

### *Utskrivning*

Den som av domstol överlämnats till sluten psykiatrisk vård skall liksom övriga patienter i sådan vård utskrivas, om förutsättningar enligt 1 § LSPV för att bereda honom vård inte längre föreligger. Då utskrivning av domstolsöverlämnade patienter ansetts vara förenat med särskilt ansvar, har man emellertid lagt beslutanderätten därom hos en särskild nämnd. Det synes inte finnas anledning frånga vad som gäller i detta hänseende.

Vårdtidens längd bör naturligtvis främst bero på rent medicinska ställningstaganden. Detta innebär i första hand en bedömning av hur det psykiska tillståndet förändrats och i vad mån det låter sig påverkas av behandling. Vårdtidens längd kan i fall, där en förbättring i tillståndet genom behandling ej bedöms möjlig, bero av behovet att omhändertaga patienten, t. ex. därför att han ej kan ta vård om sig själv. För den som till följd av psykisk störning gjort sig skyldig till våldsbrott eller eljest bedöms såsom farlig för annans personliga säkerhet måste vårdtiden vara så lång, att recidivrisk kan bedömas vara obetydlig. Detta gäller även för fall med impulsgenombrott av psykoskaraktär eller tvångsmässiga driftshandlingar. Aggressiva impulser kan ibland uppträda med långa intervall. Skydds- och säkerhetsaspekten måste därför i en del fall tillgodoses under lång tid eftersom det kan vara synnerligen svårt att förutsäga, när risken för recidiv i handlingar som innebär fara för annans personliga säkerhet minskat så mycket, att utskrivning kan ske. Även om den dömda varit symtomfri under lång tid kan risken för recidiv vara betydande.

Av de journalgenomgångar som kommittén gjort tycks det emellertid som om utskrivning respektive kvarhållande ibland sker på ett sätt, som inte kan anses förenligt med LSPV:s eller BrB:s intentioner. Ibland har utskrivning skett endast mycket kort tid efter intagning på grund av att man på sjukhuset haft annan uppfattning än undersökningsläkaren om patientens behov av sjukhusvård eller därför att man ansett att patienten inte kan tillgodogöra sig sådan vård. En del av förklaringen härtill är sannolikt att jämställdhetsregeln i praxis fått en tillämpning som av sjukvårdsläkaren inte ansetts förenlig med LSPV. Med den gränsdragning mellan kriminalvård och sjukvård kommittén föreslagit torde dessa meningsskiljaktigheter knappast uppstå lika ofta. Kommittén vill emellertid understryka att LSPV icke endast tar sikte på den enskildes vårdbehov utan även på säkerhetsaspekten. Sålunda framhöll sinnessjuklagstiftningskommittén att, om den intagne gjort sig skyldig till brott av allvarlig beskaffenhet, detta ofrånkomligen måste inverka på bedömningen av utskrivningsfrågan samt i många fall även på vårdtidens längd.



Före tillkomsten av LSPV ålåg det utskrivningsnämnderna att underrätta statsåklagare om ifrågasatt utskrivning av patienter, som begått brott mot annans personliga säkerhet och om den tidpunkt, då nämnden tidigast kunde förväntas fatta beslut i ärendet. Statsåklagare kunde sedan, om han gjort förbehåll därom, hänskjuta utskrivningsfrågan till sinnessjuknämndens – dvs. den dåvarande centrala nämndens – prövning. Dessa bestämmelser tillkom i samband med 1949 års lagstiftning om de lokala nämnderna med den motiveringen, att man ansåg det vara av betydelse för tillvaratagande av samhällets skyddsintresse att ett beslut om utskrivning kunde föras under sinnessjuknämndens prövning. Sinnessjuklagstiftningskommittén föreslog att statsåklagarens hänskjutningsrätt skulle bibehållas med den begränsningen att vederbörande statsåklagare själv skulle åläggas att göra anmälan hos den lokala nämnden om de fall i vilka han önskade avge yttrande före utskrivning. Hade sådan anmälan gjorts, skulle nämnden vara skyldig att underrätta honom när utskrivning blev aktuell. Bestämmelser i sådant hänseende kom emellertid inte med vid den slutliga utformningen av lagen.

Som motivering därför anförde departementschefen att det enligt hans uppfattning borde föreligga tungt vägande skäl för att i en modern vårdlag ha bestämmelser av den karaktär det var fråga om samt att någon motsvarighet inte fanns inom andra sociala och medicinska vårdområden och inte heller inom kriminalvården.

Utskrivning efter kort tid av domstolsöverlämnade patienter som begått allvarliga brott, särskilt brott som tyder på farlighet för annans säkerhet, bör ske endast efter noggrant övervägande. Den bör föregås av försöksutskrivning med fast organiserad eftervård. Det rör sig i många fall om svåra avvägningar mellan intresset av att snarast möjligt anpassa patienten till samhället och samhällets skyddsintresse. Att göra en farlighetsbedömning är, såsom tidigare framhållits, ofta mycket vanskligt. Det finns åtskilliga exempel på att patienter efter relativt kort vårdtid på sjukhus anpassat sig väl ute i samhället utan brottsrecidiv men också på fall vilka efter långvarig vårdtid med skötsamhet på sjukhuset kort efter utskrivning återfallit i brott, vanligen då i samband med missbruk. För att undvika att patienter, som vid intagningen bedömts som farliga, kvarhålls under orimligt lång tid, kanske livstid, måste man vid prövning av utskrivningsfrågor räkna med en viss risk för att utskrivning kan komma att misslyckas.

Kommittén anser inte att det finns något skäl att återinföra åklagarens hänskjutningsrätt. Däremot har kommittén som framgår av kap. 6 och 8 föreslagit en regel av innebörd att om en lagöverträdare bedöms vara farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa, (jfr b)-indikationen i LSPV) domstolen skall äga befogenhet att föreskriva att beslut om utskrivning eller försöksutskrivning inte får verkställas förrän beslutet fastställts av psykiatriska nämnden. Åklagaren har möjlighet att vid målets handläggning i domstolen framföra sina synpunkter på behovet av sådan föreskrift. Med den föreslagna ordningen skulle man vinna en mera enhetlig rättstillämpning i dessa svårbedömbara utskrivningsfrågor.

Även utan särskild föreskrift bör viss restriktivitet iakttas vid utskrivning av domstolsöverlämnade patienter. Att prövning av utskrivningsfrågor

sker under erforderligt beaktande av säkerhetsaspekterna blir av särskild betydelse, om undersöknings- och väntetider i häkterna i enlighet med kommitténs förslag minskas väsentligt och tiden mellan brottet och sjukhusintagningen avsevärt förkortas.

Kommittén har vid sina fallstudier funnit många exempel på att patienter, som överlämnats till sluten psykiatrisk vård, ofta på grund av relativt bagatellartade brott, kvarhållits på sjukhuset under en följd av år, oaktat vederbörande mycket väl kunnat omhändertas på "lägre nivå". Sjukhusvistelsen bör givetvis inte uppfattas eller fungera som tidsbestämd förvaring med risk bl. a. för passiviserande sjukhusanpassning hos patienten som följd. Även starka rättssäkerhetsskäl talar mot att reglerna tillämpas på detta vis. Såsom en särskild kontroll över att domstolsöverlämnade patienter inte kvarhålls i sluten psykiatrisk vård längre än vad som betingas av medicinska skäl vill kommittén föreslå en regel om obligatorisk årlig granskning av de fall där patienten varit inskriven under en sammanhängande tid av mer än två år. Kontrollen bör genom särskild instruktion åläggas överinspektören för den psykiatriska vården, som i tveksamma fall skall föredra ärendet för psykiatriska nämnden. Även om antalet domstolsöverlämnade patienter framdeles kommer att minska, måste man räkna med att överinspektören genom den föreslagna kontrollfunktionen kommer att åläggas en mycket stor arbetsbörda. Tjänsten måste därför förstärkas.

### *Eftervård*

Av största vikt är att man i görligaste mån söker förhindra recidiv genom en väl planerad utskrivning och ordnad eftervård. Av kommitténs fallstudier framgår att det föreligger avsevärda brister när det gäller eftervården. Detta torde vara anledningen till de många misslyckade försöksutskrivningarna. Stora avstånd från sjukhuset till patienternas hemort kan ibland medföra att sjukhuset tappar kontakt med patienterna. Samordningen mellan socialvård och sjukvård är ytterst bristfällig eller helt obefintlig och övervakarna saknar ofta tillräcklig utbildning och erfarenhet av att arbeta med det ofta mycket svåra klientel det här är fråga om.

Slutlig utskrivning av domstolsöverlämnade patienter bör i regel föregås av försöksutskrivning. Härigenom får man viss säkerhet för att patienten medverkar till den eftervård, som han kan behöva och som samhället kan bereda honom.

Kommittén har funnit att de största bristerna i den psykiatriska vården gäller eftervården. Ofta innebär denna endast att man utser en övervakare samt uppmanar patienten att besöka öppenvårdsklinik.

Eftervården bör inte bara syfta till att tillgodose det rent medicinska vårdbehovet utan även omfatta den sociala omvårdnaden. De domstolsöverlämnade patienterna är ofta socialt handikappade, varför det är nödvändigt att sjukvården inför utskrivning av en patient samarbetar med socialvården i dessa fall. Socialutredningen har i sitt betänkande (SOU 1974:40) betonat nödvändigheten av samverkan mellan socialvården och andra vårdområden samt fastslagit att det yttersta ansvaret för att den enskilde bereds erforderlig



hjälp skall läggas på primärkommunen. Det konstateras att formerna för tillgodoseende av s. k. sammansatta vårdbehov inte är tillfredsställande, men att den grundläggande principen för ansvarsfördelning måste vara att klientens hjälpbehov skall tillgodoses av den huvudman som bedöms förfoga över adekvata resurser för det vid viss tidpunkt aktuella behovet. Man skisserar också olika modeller för sådan samverkan. Även AÖV-gruppen har i sin promemoria understrukt vikten av samverkan mellan olika vårdområden. Mot bakgrunden av socialutredningens betänkande bedrivs inom socialstyrelsen ett utredningsarbete "Socialt arbete – innehåll och form" som bl. a. tar sikte på samordningsfrågor mellan socialvården och sjukvården.

I många fall, särskilt missbruksfall, torde det vara lämpligt att försöksutskrivning sker till inackorderings- eller behandlingshem eller liknande för längre eller kortare tids vistelse. År 1976 fanns 95 kommunala inackorderingshem för alkoholmissbrukare med tillhoppa ca 1 500 platser samt 24 inackorderings- och/eller behandlingshem för narkomaner med tillhoppa ca 235 platser. Platserna är alltför fåtaliga för att räcka till det samlade behovet och dessutom ojämnt lokaliserade. Emellertid kan man förutsätta att dessa resurser kommer att byggas ut de närmaste åren.

I socialutredningens betänkande (kap. 24) skisseras vissa typinstitutioner som i framtiden skulle tillgodose olika sociala behov. En sådan institution, närmast motsvarande de nuvarande behandlingshemmen, skulle sålunda tillhandahålla kvalificerat bistånd och stöd för mer långsiktig problembearbetning, med tyngdpunkten förlagd till klientens egen sociala miljö. Denna typ av institution förutsätts komma att finnas i stora och medelstora kommuner, medan för de mindre kommunerna behovet skulle täckas genom primärkommunal samverkan eller köp av tjänster från landstinget. En annan typ av institution skulle erbjuda total omvårdnad av huvudsakligen äldre gravt alkoholskadade klienter, som sedan skulle slussas ut till öppnare boendeformer via inackorderingshem, övergångslägenheter etc. Endast de tre största kommunerna bedöms ha tillräckligt underlag för egna sådana institutioner, medan övriga kommuners behov skulle tillgodoses genom primärkommunal samverkan eller tjänsteköp från vederbörande landsting. Ytterligare en annan typinstitution, närmast motsvarande inackorderingshem, skulle ha till uppgift att trygga den enskildes behov av vissa tjänster, såsom övernattningsrum, måltider, fritidsaktiviteter etc. Denna typ av institution skulle kunna erbjudas i de flesta kommuner. Även andra institutioner för rådgivning och utredning förutsätts enligt socialutredningen skola inrättas. Socialutredningen betonar starkt vikten av att de institutionella resurserna anpassas till de enskilda klienternas behov.

En ökad tillgång till institutioner av det slag som socialutredningen föreslagit skulle utan tvekan kunna medföra en väsentlig effektivisering av eftervården beträffande de psykiskt avvikande lagöverträdarna. Vid behov av utskrivning via institution utanför sjukvården bör om möjligt placering ske i hemorten. Förutom att lämplig institutionstyp inte alltid finns att tillgå i hemorten kan emellertid ibland placering i annan miljö – t. ex. för att undvika icke önskvärda kontakter – vara att föredra.

Om utskrivning inte sker till någon form av institution, bör man före utskrivningen i allt fall förvissa sig om att patienten har arbete eller annan

lämplig sysselsättning samt att hans ekonomiska förhållanden och bostad är ordnade. Patienten bör ha särskild kontaktman inom socialvården med stödjande och kontrollerande funktioner. Denne skall sålunda verka för att behandlings- och åtgärdsprogrammet fullföljs. Samarbetet med patienten och sjukhuset bör inledas i god tid före utskrivningen. Som kontaktman på sjukhussidan kan t. ex. sjukhuskuratorn fungera. Vid behov bör även övervakare förordnas. Det kan i vissa fall vara lämpligt att samråda då sker med skyddskonsulenten.

Vare sig utskrivning till institutionen sker eller ej bör de rent medicinska vårdbehoven – om det inte av särskilda skäl är lämpligt att patienten bibehåller kontakten med läkaren på det sjukhus där han varit intagen – i regel tillgodoses genom den öppna psykiatriska vården vid vistelseortens sjukhus. Ibland kan det vara rationellt att i stället förlägga eftervården till vårdcentral, alkoholpoliklinik eller liknande. Beträffande dem som inte vårdas vid hemortssjukhuset skall det enligt landstingsförbundets rekommendationer inom varje län finnas en särskild överläkare för tillsyn av vården av försöksutskrivna patienter. Enligt hittills vunna erfarenheter har denna anordning fungerat väl.

Det är utomordentligt viktigt att eftervården får en såväl stödjande som kontrollerande karaktär. Detta förutsätter, som framhållits tidigare, en väl organiserad samverkan mellan sjuk- och socialvård. Så snart patienten visar tecken på misskötsamhet bör ingripande ske i någon form. Om behovet av åtgärd befinns vara av huvudsakligen social natur bör de sociala organen ingripa. Vid misstanke om att behov av sjukhusvård föreligger bör sjukhuset eller den för tillsynen av försöksutskrivna patienter särskilt förordnade överläkaren omedelbart underrättas. Misskötsamhet skall dock inte utan vidare föranleda återintagning på sjukhus. Många gånger kan andra åtgärder, såsom t. ex. placering på annan institution, vara en bättre lösning.

Definitiv utskrivning bör inte ske förrän patienten under längre tid visat att han kan fungera väl utan den hjälp och kontroll som en försöksutskrivning innebär.

### 11.3 Överlämnande till öppen psykiatrisk vård

I kap. 6 har kommittén föreslagit att ett överlämnande till öppen psykiatrisk vård skall få den verkan att den dömda skall vara att anse som försöksutskrivna enligt LSPV. Såsom framgår av framställningen i nämnda kapitel skulle den medicinska vården av de domstolsöverlämnade öppenvårdspatienterna i regel handhas antingen av hemortssjukhuset eller av den rättspsykiatriska organisationen med möjlighet till delegation på lokalplanet.

De riktlinjer för eftervården som utvecklats i föregående avsnitt bör även gälla de till öppen psykiatrisk vård överlämnade patienterna. Den planering som på sjukhus sker före utskrivningen kommer beträffande dessa patienter, för det fall att undersökningsläkaren finner sig böra föreslå påföljden öppen vård, att påbörjas redan i samband med den rättspsykiatriska undersökningen. En sådan planering kan ju vara av betydelse för domstolens beslut.



Den definitiva utformningen av vården får ske omedelbart efter domen i samråd mellan undersökningsläkaren och det sjukhus eller den rättspsykiatriska klinik som skall handha den medicinska vården. Även de sociala organen skall inkopplas. Därefter skall behandlingsprogrammet föreläggas den lokala utskrivningsnämnden, som meddelar erforderliga föreskrifter.

#### 11.4 Överlämnande till vård i specialsjukhus eller vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda

Även beträffande de utvecklingsstörda åligger det socialstyrelsen att besluta om placering av den som genom lagakraftvunnen dom överlämnats till vård.

I landet finns 5 specialsjukhus för vuxna utvecklingsstörda. Ett av dessa, Vipeholm i Lund, har f. n. inga domstolsöverlämnade patienter. På Salberga finns en specialavdelning för särskilt vårdkrävande utvecklingsstörda, dvs. sådana som gjort sig skyldiga till brott eller på annat sätt visat asociala symtom.

Fördelningen av domstolsöverlämnade patienter på de olika sjukhusen den 21.1.1975 framgår av tabell 11.13.

Tabell 11.13 Antal N-fall som var intagna på specialsjukhus för utvecklingsstörda den 21.1.1975

Ort	Sjukhus	Plats- antal	Antal N-fall Totalt	Därav fu
Örebro	V:a Mark	141	8	3
Motala	V:a Ny	82	16	8
Sala	Salberga	389	26	6
Vänersborg	Källshagen	165	9	4
		777	59	21

I november 1975 hade antalet ineliggande N-fall minskat till 22.

För vården av utvecklingsstörda finns vidare 21 centrala vårdhem på orter med centrallasarett med sammanlagt 4 900 platser, 96 lokala vårdhem med 4 300 platser och ca 200 inackorderingshem med 1 500 platser. Antalet inackorderingshem ökar ständigt, när denna vårdform befunnits vara mycket lämplig för många utvecklingsstörda. Omsorgerna om de utvecklingsstörda har numera ett mycket starkt inslag av social träning, arbetsvård och vuxenundervisning. Man försöker alltmera decentralisera vården så att den utvecklingsstörde i möjligaste mån får vistas i hemorten eller i närheten av denna.

Av framställningen i kap. 6 och 7 framgår att kommittén föreslår att domstol skall få möjlighet att döma utvecklingsstörd lagöverträdare till vård i vårdhem. Vid valet mellan vård i specialsjukhus och vård i vårdhem skall

hänsyn tas till undersökningsläkarens och i tveksamma fall socialstyrelsens rekommendationer. Detta torde vid tillämpningen leda till att undersökningsläkaren, som skall samråda med omsorgsstyrelsen i patientens hemort, redan i den rättspsykiatriska utredningen föreslår viss institution. Placering efter domstols beslut om överlämnande till vård i specialsjukhus eller vårdhem bör därför i regel kunna ske genom samråd mellan överläkaren vid den rättspsykiatriska undersökningsenheten och vederbörande överläkare eller vårdchef. Vid oenighet mellan dessa liksom i övriga tveksamma fall bör avgörandet överlåtas till socialstyrelsen.

Eftervård av utvecklingsstörd handhas av omsorgsstyrelse i varje lands-  
ting. Försöksutskrivning från vårdhem eller specialsjukhus kan ske till  
inackorderingshem eller enskilt hem, om den utvecklingsstörde inte anses  
kunna klara sig på egen hand. Han kan även beredas vård i eget hem. Somliga  
utvecklingsstörda torde behöva stå under någon form av tillsyn hela livet,  
vilket givetvis inte innebär att vederbörande inte kan utskrivas slutligt från  
vårdhem eller specialsjukhus.

Eftervården av det fåtal utvecklingsstörda som av domstol överlämnats till  
specialsjukhus synes i stort sett ha fungerat väl.



## 12 Behandlingen av psykiskt störda inom kriminalvården

Kriminalvårdens uppgifter och organisation har under de senaste åren varit föremål för åtskilliga utredningar. Den viktigaste och mest övergripande av dessa var kriminalvårdsberedningens betänkande. De av beredningen föreslagna huvudprinciperna antogs av riksdagen 1973 och lades till grund för en reform av hela kriminalvården. Reformen innebar bl. a. en ökad satsning på frivården. För anstaltsvården betonades den s. k. närhetsprincipen, dvs. principen att den dömda skall i möjligaste mån placeras på anstalt i närheten av hemorten. Kriminalvårdsberedningens förslag ligger till grund för den sedan den 1 juli 1974 gällande lagen om kriminalvård i anstalt (KvaL).

### 12.1 Nuvarande organisation

#### *Anstaltsorganisationen*

Enligt den nya kriminalvårdsorganisationen indelas anstalterna i riks- och lokalanstalter. Enligt KvaL skall den som undergår fängelse högst ett år eller anstaltsbehandling i samband med skyddstillsyn företrädesvis vara placerad på lokalanstalt. Den som döms till fängelse i mer än ett år, ungdomsfängelse eller internering bör som regel placeras på riksanstalt men kan överföras till lokalanstalt, när så behövs för en ändamålsenlig förberedelse av frigivning eller övergång till vård utom anstalt.

Den 1.7.1976 fanns 15 slutna och 7 öppna riksanstalter samt ett 50-tal lokalanstalter, såväl öppna som slutna. Enligt KvaL bör intagen placeras på öppen anstalt, om ej annan placering är påkallad av säkerhetsskäl eller andra hänsyn.

Den som dömts till fängelse i lägst 2 år eller internering med en minsta tid av 2 år skall enligt KvaL i regel placeras i slutna anstalt, om det med hänsyn till att han saknar fast anknytning till riket eller eljest kan befaras att han är särskilt benägen att avvika och fortsätta brottslig verksamhet av särskilt allvarlig karaktär. För denna kategori intagna gäller även speciella regler för permission och frigång.

Vissa anstalter har företrädesvis unga intagna. Andra används framför allt för recidivistklientelet.

Psykiatriska avdelningar finns på 6 riksanstalter, nämligen Kumla, Österåker, Hall, Malmö, Härlanda och Härnösand. En anstalt, Håga sjukhus, är avsedd för intagna som av psykiska skäl har svårigheter att fungera i vanlig

anstalt. Røxtunaanstalten är avsedd för svårbehandlade unga intagna.

Vid varje psykiatrisk avdelning samt vid Håga sjukhus och Røxtunaanstalten finns två läkartjänster. Ett flertal av dessa är dock vakanta. I läkartjänsterna ingår även konsultverksamhet vid andra anstalter.

Vid vissa lokalanstalter finns möjlighet att anlita de psykiatrer, vilka på konsultbas tjänstgör vid frivårdsdistrikten (se härom s. 342).

De psykiatriska resurserna inom kriminalvården är mycket hårt ansträngda, och behovet av psykiatrisk hjälp är stort. Stora svårigheter föreligger att rekrytera psykiatrer till de fasta tjänsterna och till tjänster såsom konsulter inom frivården.

### *Anstaltsklientelet. Psykiatrisk och psykologisk behandling på anstalterna*

Att många anstaltsintagna är i dålig psykisk kondition framgår av åtskilliga undersökningar. Kommittén för anstaltsbehandling inom kriminalvården (KAIK) redogjorde i sitt betänkande 1971 för en åren 1967 och 1968 gjord undersökning av 269 intagna med strafftider överstigande 4 månader i 2 av de dåvarande kriminalvårdsräjongerna. 9 resp 16 % hade någon gång vårdats på psykiatrisk avdelning inom fångvårdsanstalt. Bland vårdorsakerna märktes depression, alkoholmissbruk, narkotikamissbruk och självmordsförsök. 31 respektive 37 % av de intagna kunde betecknas som psykiskt instabila. Av en på KAIK:s uppdrag gjord tvärsnittsundersökning år 1969 framgick att missbruk av alkohol och/eller narkotika förekom hos 47 % av totalantalet av de i undersökningen ingående personerna.

På senare år har narkotikamissbruket bland de intagna fått stor utbredning. Enligt beräkningar som gjorts av kriminalvårdsstyrelsen sedan 1966 har missbrukarna ökat såväl i antal som i procent av anstaltsklientelet. Den 1.4.1976 uppskattades 28 % av samtliga anstaltsintagna vara drogmissbrukare. Av en undersökning rörande narkotikamissbruk och sociala förhållanden hos nyintagna vid fem centralanstalter 1973 (Börje Olsson, kriminalvårdsstyrelsens rapport nr 9, 1974) framgår, att åtskilliga intagna får betraktas som allvarliga missbrukare. Sålunda uppgav 36 % av de 1 037 tillfrågade intagna att de använt narkotika mer än 100 gånger.

De dominerande missbruksmedlen har, liksom bland narkotikamissbrukare i allmänhet, varit centralstimulantia och cannabis. En tydlig ökning av opiatmissbruket – framförallt heroinmissbruk – har förmärkts den senaste tiden.

De vanligaste orsakerna till inläggning på de psykiatriska avdelningarna inom kriminalvården är abstinensbesvär, depressioner och tillfälliga orostillstånd. Då sjukhusen i regel är mycket ovilliga att ta emot patienter från kriminalvårdsanstalter förekommer det inte sällan, att även psykotiska patienter vårdas inom kriminalvården. I den mån en anstaltsintagen kommer in på sjukhus, blir han ofta återbördad till anstalten, så snart det mest akuta vårdbehovet avklingat, och är då fortfarande i mycket dålig psykisk kondition. Behandlingen på anstalterna består huvudsakligen i medicinering och individuella samtal. Gruppverksamhet förekommer också i viss utsträckning.

Heltidsanställda psykologer har tidigare endast funnits på ett fåtal



anstalter, där de bedrivit individualterapi och i vissa fall grupperterapi bland intagna. Ytterligare psykologtjänster har nyligen tillförts kriminalvården framförallt med syfte att bedriva personalstödande verksamhet.

### *Tillämpning av frigivnings- och permissionsbestämmelser*

Fängelsedömd kan enligt bestämmelserna i BrB friges, sedan han avtjänat två tredjedelar av strafftiden, eller, om särskilda skäl föreligger, efter halva tiden, dock inte förrän verkställigheten pågått minst fyra månader.

Frigivning före 2/3-tiden tillämpas icke sällan vid strafftider överstigande 2 år 6 månader och för det unga klientelet 1 år 6 månader, under förutsättning att frigivningsförhållandena är välordnade. Vid kortare strafftider krävs som regel en speciellt gynnsam frigivningssituation för att frigivning före 2/3-tiden skall kunna komma i fråga. Vid prövning av frigivning före nämnda tid särbehandlas emellertid de som dömts till fängelse 2 år eller längre tid för grov narkotikabrottslighet eller i övrigt för grova brott, som utgör led i yrkesmässig eller på annat sätt i organiserade former bedriven kriminell verksamhet, ofta med internationell anknytning. För denna kategori medges endast sällan, och då i regel endast på starka medicinska skäl, frigivning före 2/3-tiden (jfr prop. 1972:67 med förslag till åtgärder mot narkotikamissbruk m. m.). Beträffande den som inte frigivits före 2/3-tiden gäller i princip, att frigivning medges på 2/3-dagen eller den senare dag, då hans frigivningsförhållanden är tillfredsställande ordnade.

För ungdomsfängelsedömda gäller, att överförande till vård utom anstalt ej får ske, förrän ett år förflutit från intagningen med mindre särskilda skäl är därtill. För internerade sker överförande till vård utom anstalt inte förrän minsta tiden gått till ända. I regel sker det vid minimitidens utgång.

Bestämmelser om permission återfinns i KvaL. Den som avtjänat så lång tid av straffet, att han uppnått den tidpunkt, då han tidigast kan bli villkorligt frigiven eller överförs till vård utom anstalt, kan sålunda som förberedelse till frigivningen enligt 33 § KvaL beviljas frigivningspermission. Den som undergår fängelse på sådan tid, att villkorlig frigivning inte kan komma ifråga, kan dock beviljas frigivningspermission, om synnerliga skäl föreligger.

Om särskilda skäl föreligger och det kan underlätta hans anpassning i samhället, kan intagen med stöd av 34 § KvaL ges tillstånd att vistas utanför anstalt under viss tid. Bestämmelsen avser enligt förarbetena bl. a. att möjliggöra placering på behandlingshem för missbrukare och liknande.

Tillämpningen av 34 § är ännu på försöksstadiet. Totala antalet 34 §-placeringar under perioden 1 juli 1974–1 juli 1975 uppgick till 201. Placeringarna avsåg mestadels behandlingshem för alkohol- eller narkotikamissbrukare. Under perioden 25 november 1974–1 juli 1975 placerades 145 personer, varav 75 från rixanstalt och 70 från lokalanstalt utanför anstalt med stöd av 34 §. 41 av placeringarna avbröts, varav 27 från rixanstalt och 14 från lokalanstalt. Anledningen var i ett fall dödsfall, i ett fall skedde det på egen begäran och i 39 fall var orsaken misskötsamhet. Av de 145 var 11 ådömda internering, 4 ungdomsfängelse, 4 skyddstillsyn med anstaltsbehandling och 126 fängelse. I regel sker 34 §-placeringen i slutet av strafftiden, 8–6 månader före 2/3-tiden.

Enligt uppgift från kriminalvårdsstyrelsen är erfarenheterna av 34 §-

placeringar ganska goda. Vissa svårigheter att få behandlingshemmen att ta emot intagna från anstalterna har dock förekommit.

### *Frivården*

Frivårdsverksamheten är uppdelad på skyddskonsulentdistrikt. Härtill kommer föreningen Skyddsvärnet i Stockholm som med statsbidrag bedriver en verksamhet som motsvarar den inom ett skyddskonsulentdistrikt.

Bland frivårdsklientelet – skyddstillsynsdömda, villkorligt frigivna samt ungdomsfängelseelever och internerade som vårdas utom anstalt – finns ett stort antal personer med psykiska problem och missbruksproblem.

Enligt en inom kriminalvården den 1.4.1976 gjord uppskattning missbrukade 15 % av frivårdens ca 16 000 klienter narkotika.

Frivårdens klienter är i likhet med övriga i samhället vid behov av sjukvård hänvisade till den allmänna sjukvården. Då svårigheter ofta föreligger för frivårdsklientelet att få hjälp, framförallt vid den psykiatriska sjukvården, skall som en förmedlande länk till denna finnas psykiaterkonsulter vid de flesta frivårdsdistrikt. Hel- och halvtidstjänster för sjuksköterskor har även inrättats vid frivårdsdistrikt. Sjuksköterska och psykiaterkonsult skall, när samtliga tjänster besatts, även tjänstgöra vid häkte och lokalanstalt inom distriktet.

I Stockholm, Malmö och Göteborg finns även narkomanvårdsteam. Dessa tjänstgör både på häktena och inom frivården. I Örebro finns en överläkartjänst för frivårdsklientelet.

I Stockholm finns en behandlingscentral, som efter remiss från skyddskonsulenter i Stockholm tar emot klienter med framför allt alkohol- och narkotikaproblem. Personalen består bl. a. av en läkare, 2 psykologer, sjuksköterska, kurator samt assistenter. Centralen driver ett inackorderingshem med 12 platser. Verksamheten är till en del inriktad på familjeterapi. Skyddsvärnet i Stockholm driver behandlingshemmet Sörgården, som är avsett särskilt för narkotikamissbrukare. Inackorderingshem med service i form av mat, städning och viss medicinsk behandling finns i flera distrikt.

Heltidsanställda psykologer finns, förutom i narkomanvårdsteamerna och vid behandlingscentralen i Stockholm, vid Skyddsvärnet i Stockholm och Göteborg. I flera skyddskonsulentdistrikt anlitas regelbundet konsulterande psykologer, i första hand för akut problematik som behandlas med stödsamtal individuellt och i grupp. Även familjeterapeutiska inslag förekommer.

## 12.2 Riktlinjer för behandling av psykiskt störda inom kriminalvården

### *Anstaltsplacering i anslutning till domen*

Beträffande den som döms till fängelse, ungdomsfängelse eller internering bör det givetvis liksom hittills ankomma på kriminalvårdsmyndigheterna att bestämma anstaltsplacering.

Placeringen på anstalt sker, om vederbörande är häktad, omedelbart efter



det domen vunnit laga kraft mot honom och beträffande icke häktad när vederbörande kriminalvårdsmyndighet beslutar.

I de fall där läkaren i rättspsykiatriskt utlåtande uttalat, att ytterligare psykiatrisk observation krävs efter dom, bör den dömda, om han frivilligt medverkar därtill, kunna kvarstanna på undersökningskliniken eller, om han inte redan vistas där, överföras dit för sådan observation. Placering på klinik i omedelbar anslutning till domen kan också vara motiverad för att tillgodose ett konstaterat tillfälligt vårdbehov. I vissa fall kan behandlingen ha påbörjats under undersökningstiden. Den vidare placeringen blir beroende av flera faktorer, såsom resultatet av läkarundersökning och straffets längd.

### *Psykiatrisk och psykologisk behandling av anstaltsintagna*

Man bör självfallet eftersträva att anstaltsintagna får den vård och behandling som deras tillstånd ger anledning till inom de gränser som kan följa av att vederbörande avtjänar straff.

Redan bland det nuvarande anstaltsklientelet finns åtskilliga med psykiska problem som har svårt att få sina vård- och behandlingsbehov tillgodosedda inom den befintliga organisationen. I stor utsträckning rör det sig om missbrukare. Det sagda gäller särskilt riksanstalterna, där de intagna i regel är starkt kriminellt belastade och socialt nedgångna. Härtill kommer att de långa strafftiderna ofta i sig själva utgör en psykisk press på den intagne. Även på de öppna anstalterna finns det emellertid missbrukare, särskilt narkomaner, med psykiska problem och grava sociala skador.

Vid ett genomförande av vad kommittén föreslagit beträffande gränsdragningen mellan kriminalvård och sjukvård kommer anstalterna att få ta hand om ytterligare många personer som kan betecknas som psykiskt avvikande. Somliga av dessa – t. ex. narkomaner som ägnat sig åt olaga narkotikaförsäljning – kommer sannolikt att ådömas långa straff. Man måste därför räkna med ett ökat behov av psykiatrisk vård bland de intagna, såväl ambulansvård som sjukhusvård. En förutsättning för kommitténs förslag är att detta behov kan tillgodoses på ett acceptabelt sätt.

På sätt framgår av vad kommittén anfört i 6 kap. om ökad flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård utgår kommittén från att de intagnas behov av kvalificerad psykiatrisk vård skall tillgodoses genom den allmänna sjukvårdens försorg samt, i vissa fall, inom den rättspsykiatriska organisationen.

De nuvarande psykiatriska avdelningarna inom kriminalvården bör som en konsekvens därav successivt avvecklas (se kap. 13). Vissa lindrigare avgiftningsfall bör kunna omhändertas på anstalternas avdelningar för kroppssjukvård.

I de fall vårdbehovet är så starkt att intagning kan ske med stöd av LSPV skall överförande till psykiatriskt sjukhus eller klinik ovillkorligen ske. I första hand bör den allmänna sjukvården anlitas. Detta gäller särskilt, om vårdbehovet bedöms bli tämligen långvarigt. Är så inte fallet kan det emellertid vara lämpligare att placera den dömda på rättspsykiatrisk klinik.

Den av kommittén förordade ökade flexibiliteten mellan kriminalvård och sjukvård ger anledning överväga huruvida man för dem, som är intagna i kriminalvårdsanstalt men tillfälligt överförs till sjukhus, bör i LSPV införa

särskilda restriktioner beträffande tillstånd att vistas på egen hand utom sjukhusområdet, s. k. utsträckt frigång eller permission (se 14 § LSPV).

Enligt kommitténs mening skulle ett stadgande av innebörd att kriminalvårdsmyndigheternas tillstånd erfordras före beviljande av friförmåner innebära ett alltför stort ingrepp i sjukvårdens rätt att utforma patientens behandling. Ur behandlingssynpunkt kan det många gånger vara lämpligt att den sjuke erhåller vissa friförmåner. Detta bör vid sjukhusvistelse ytterst avgöras av den ansvarige läkaren. Även kriminalvårdsmyndigheternas intressen bör emellertid beaktas. Detta bör komma till uttryck genom föreskrift att läkaren skall samråda med kriminalvårdsmyndigheterna innan friförmåner medges beträffande den ifrågavarande patientkategorin.

Kommitténs förslag utgår från att den allmänna sjukvården åtminstone i viss utsträckning skall tillgodose även sådant behov av sjukvård som inte är av den styrka att LSPV är tillämplig – dvs. sjukhusintagning för psykiatrisk vård på frivillig väg. Det måste dock fastställas att det verkligen föreligger ett vårdbehov som bör tillgodoses. Sådant behov kan ha konstaterats redan i samband med läkarundersökning före domen. Vården bör då i regel påbörjas omedelbart efter denna. I andra fall blir behovet märkbart först under anstaltsvistelsen, vare sig det funnits där hela tiden eller uppstått därunder. Den intagne skall, när han så begär, kunna bli läkarundersökt. Om anstaltspersonalen misstänker att intagen är i behov av sjukhusvård bör man föranstalta om läkarundersökning. Finner läkaren att sjukhusvård är påkallad, bör den intagne upplysas om sina möjligheter att erhålla sådan vård samt villkor som förenas därmed.

Vid intagning för sluten psykiatrisk vård på frivillig väg kan patienten i vanliga fall inte tvångsvis underkastas några inskränkningar i sin frihet. När intagna från kriminalvårdsanstalt vårdas på sjukhus, måste man emellertid ibland av säkerhetsskäl föranstalta om mer eller mindre omfattande inskränkningar i rörelsefriheten. Enligt KvaL kan, om anledning föreligger därtill, intagen under vistelse på allmänt sjukhus ställas under övervakning eller underkastas särskilda föreskrifter. Anstaltsledningen kan alltså uppställa villkor för sjukhusvården. Även sjukvården kan tänkas ställa villkor för att ta emot en patient från kriminalvården. Man kan t. ex. kräva att vederbörande skall vara underkastad vissa frihetsinskränkningar till följd av farlighet för medpatienter eller liknande. Det kan emellertid också inträffa att sjukhuset vägrar att gå med på specialföranstaltningar som krävs från kriminalvårdens sida. Att kriminalvården tillhandahåller personal för bevakning av den intagne på sjukhus torde i allmänhet accepteras endast i akuta situationer. Inte heller torde man i övrigt från sjukhusets sida vara villig att för en intagen under längre tid tillämpa föreskrifter som avviker från gängse behandlingsmetoder på sjukhuset.

Det sagda ger anledning att överväga huruvida särskilda resurser bör tillskapas för psykiatrisk behandling av kriminalvårdsklientelet. Enligt kommitténs mening bör visserligen vid frivillig sjukhusintagning, liksom då det gäller intagning med stöd av LSPV, i möjligaste mån den allmänna sjukvården anlitas. Vid valet av sjukhus bör hemortsprincipen vara vägledande, men behovet av säkerhetsföreskrifter kan medföra undantag från denna princip.

I många fall där behovet av frivillig sluten psykiatrisk vård aktualiseras



beträffande kriminalvårdsklientelet rör det sig om behandling mot alkohol- eller narkotikamissbruk. Åtskilliga av missbrukarna – t. ex. alkoholister som begått svåra våldsbrott och narkomaner som dömts för grova narkotikabrott – har dömts till långvariga frihetsstraff och kan betecknas som farliga för samhället. Rymningsbenägenheten är i sådana fall ofta mycket stor.

Om de många narkomaner och alkoholister som vistas på kriminalvårdens anstalter skall kunna erhålla sjukhusvård i erforderlig omfattning, är det knappast realistiskt att tänka sig att denna handhas enbart av den allmänna sjukvården. Vidare finns det vissa grupper kriminella, framför allt sexualförbrytare, men också andra, t. ex. eldsanläggare, för vilka man bör överväga att skapa särskilda resurser för vård. Det rör sig här om personer med uttalad farlighet. En del av dessa borde kunna hjälpas väsentligt bättre än hittills genom specialinriktad behandling i små terapigrupper. Kommittén vill därför föreslå att särskilda vårdresurser inom den rättspsykiatriska organisationen upprättas för samtliga nämnda grupper, där vården till en början sker under slutna former för att alltmer övergå i öppnare former.

De närmare övervägandena beträffande organisationen av särskilda psykiatriska vårdenheter för kriminalvårdens klientel behandlas i kap. 13.

Vad därefter gäller behovet av ambulans psykiatrisk vård torde denna på lokalanstalterna kunna tillhandahållas genom frivårdens konsulterande psykiatrer och/eller den allmänna sjukvården. Principen är därvid att den allmänna sjukvården i största möjliga utsträckning skall anlitas. De intagna bör behandlas vid besök vid närmast belägna öppenvårdsklinik. Med hänsyn till att de i de flesta fall vistas inom hemortens sjukvårdsområde kan inte någon nämnvärt ökad belastning på sjukhuset uppstå. Meningen är just att man skall etablera kontakt med den sjukvårdsinrättning som vid behov skall vårda patienten efter utskrivning från anstalten. I vissa fall kan denna kontakt förmedlas via frivårdens konsulterande psykiater om sådan finns i distriktet. Ibland, t. ex. då vårdbehovet är lindrigt eller då det visar sig svårt att tillräckligt snabbt få till stånd behandling inom den allmänna sjukvården, kan det inträffa att behandlingen helt måste ombesörjas av frivårdspsykiatern.

Vid riksanstalterna är situationen något annorlunda. Då man här många gånger har att göra med personer, som är svårhanterliga och starkt rymningsbenägna, måste den ambulanta vården i regel bedrivas inom anstalterna. På dessa anstalter torde man, framför allt på grund av den fortskridande ökningen av antalet svåra missbrukare, böra räkna med ett ökat behov av psykiatrisk vård. Den psykiatriska vården inom anstalterna bör ombesörjas av psykiatrer och övrig personal inom den rättspsykiatriska organisationen, så snart denna blivit tillräckligt utbyggd.

Härjämte bör självständig psykologverksamhet förekomma. Den hittills bedrivna psykologverksamheten på anstalterna i form av stödsamtal samt individual- och gruppterapi i olika former har visat sig vara värdefull. Vidare bör psykologerna i större utsträckning än hittills utnyttjas vid personalrekrutering och i behandlingsplanering. En väsentlig uppgift för psykologerna är också den personalvårdande verksamheten. Sålunda bör de medverka till att skapa ett bättre terapeutiskt klimat inom anstalterna.

Antalet psykologtjänster torde behöva utökas. Det ökade antalet psykiskt avvikande, som kommer att vårdas inom kriminalvården om kommitténs förslag genomföres, måste medföra ökat arbete för kriminalvårdspersonalen i

flera hänseenden, såsom t. ex. mera komplicerade förberedelser för frigivning. Med hänsyn härtill torde även antalet assistenter behöva utökas. Ett något ökat personalbehov torde också vara att räkna med, om man, för att uppnå ett bättre terapeutiskt klimat inom anstalterna, övergår till att vårda de intagna i mindre grupper.

#### *Utskrivning och frigivning efter psykiatrisk vård*

När behovet av sluten psykiatrisk vård av den, som beretts sådan vård under avtjänandet av straff, upphör, bör han givetvis utskrivas från sjukhuset. Före utskrivningen skall vederbörande kriminalvårdsmyndighet underrättas. Utskrivning bör också ske, när patient, som intagits för frivillig vård, själv begär att vården skall upphöra eller underlåter att medverka till behandlingen så att denna ter sig meningslös.

Om den som varit intagen för sluten psykiatrisk vård på ett tillfredsställande sätt tillgodogjort sig denna och om den fortsatta behandlingen anses bäst böra fortsätta i en annan institution, t. ex. behandlingshem, nykterhetsvårdsanstalt eller inackorderingshem, torde 34 § KvaL ofta kunna tillämpas.

Som villkor bör uppställas att vederbörande verkligen vistas på hemmet eller anstalten samt i övrigt iakttar de föreskrifter som kan finnas erforderliga. Misskötsel skall kunna föranleda återförande till anstalt.

Det sagda förutsätter ett noga upplagt behandlingsprogram i samverkan mellan olika myndigheter. Såsom påpekades i justitieutskottets utlåtande över förslaget till KvaL måste frågeställningarna om ansvars- och kostnadsfördelning klarläggas för att samarbetet mellan olika myndigheter inte skall försvåras. Dessa frågor utreds f. n. inom brottsförebyggande rådet.

Beträffande intagna med verkligt långa straff är det emellertid i regel, även om vederbörande förefaller att ha goda chanser att klara sig utanför anstalten, inte realistiskt att tänka sig att den dömda efter några månaders eller kanske ett års vistelse på sjukhus skulle medges vistelse utanför anstalten under återstoden av strafftiden. Detta skulle kunna medföra att en person med psykiska besvär – kanske relativt lindriga sådana – via sjukvården uppnådde frigivning efter mycket kort tid i förhållande till straffet i strid mot den frigivningspraxis som gäller för andra intagna. Ett sådant system skulle kunna leda till en alltför oenhetlig tillämpning av frigivningsbestämmelserna och få till följd att erbjudande om frivillig vård utnyttjades huvudsakligen som ett medel att uppnå tidig frigivning. I dylika fall bör vederbörande i stället överföras från sjukhuset till kriminalvårdsanstalt, om möjligt lokalanstalt, och i avvaktan på att villkorlig frigivning eller vistelse utanför anstalt enligt 34 § KvaL kan medges erhålla öppen vård inom ramen för anstaltsvistelsen. Enligt kommitténs mening bör 34 § för den som visat sig skötsam och villig att medverka i ett behandlingsprogram kunna tillämpas på ett generösare sätt än hittills.

Om patient som intagits frivilligt önskar att sjukvården avbryts eller om han genom sitt uppträdande omöjliggör kvarstannande på sjukhus, skall han naturligtvis återföras till anstalt. Ett sådant återförande bör inte utgöra hinder för att frågan om behovet av sjukhusvård tas upp till förnyat övervägande, när skäl är därtill.



### *Kontroll av narkotikamissbruk på kriminalvårdsanstalterna*

Såsom tidigare framhållits är narkotikamissbruk vanligt inom anstalterna. Somliga intagna har t. o. m. erhållit sin första kontakt med narkotika där. Situationen har under de senaste åren blivit allt allvarligare. Insmuggling av narkotika förekommer i varierande omfattning på såväl öppna som slutna anstalter. En icke oväsentlig del torde insmugglas via besökare.

Enligt utredningens mening bör man inte acceptera att den som omhändertagits för anstaltsvård genom narkotikamissbruk under anstaltstiden direkt motverkar sin anpassning i samhället. Omsorgen om de intagna och nödvändigheten av att försöka hindra spridning av missbruk kräver att åtgärder vidtages för att förhindra missbruk på anstalterna. Som justitieutskottet vid olika tillfällen uttalat sammanhänger svårigheterna att komma till rätta med problemet till stor del med att den totala avskärmning, som fordras för att helt förhindra införsel av narkotika till anstalterna, i praktiken är oförenlig med den större öppenhet gentemot samhället i övrigt i form av generösare permissionsregler, frigång, besök, m. m. som utgör en av grundvalarna för kriminalvårdsreformen. En metod att komma tillrätta med narkotikasituationen på anstalterna har varit visitation av intagna, deras bostadsutrymmen och allmänna utrymmen. Vid vissa anstalter har särskilda visitationspatruller inrättats. Andra åtgärder som kan vidtagas är förflyttningar av intagna till annan anstalt och tillfälliga förstärkningar av vård- och tillsynspersonalen. Ibland sker kroppsbesiktning.

Ett effektivt sätt att spåra förekomsten av narkotika är urinsprovskontroller eller liknande av de intagna. Reglerna i KvaL och vårdcirkulär anses emellertid inte ge utrymme för generellt bemyndigande att göra regelbundna eller stickprovsvisa kontroller av en eller flera intagna. I den mån man misstänker att viss intagen erhåller narkotika i samband med besök torde man dock vara oförhindrad att såsom villkor för besök kräva att han underkastar sig urinprovskontroller.

Enligt utredningens mening bör hinder inte möta att som ett led i uppspårandet av narkotika och dess insmugglingsvägar företa urinprovskontroller och liknande åtgärder, regelbundet eller stickprovsvisa. I vårdcirkuläret bör uttryckligen anges att så får ske. Om intagen vägrar att lämna urinprov bör han i stället kunna underkastas blodprovstagning eller annan åtgärd som kan bidra till att spåra förekomst av narkotika. – Överträdelse av narkotikaförbudet skall i regel medföra besöksförbud eller andra åtgärder i avsikt att förebygga fortsatt införsel.

### *Särskilt behandlingsprogram för narkomaner*

I narkotikadebatten har diskuterats möjligheten av att efter amerikansk modell införa en form av "kontraktsvård" – s. k. civil commitment – för narkomaner som begått brott.

Civil commitment förekommer i vissa delstater i USA och kan sägas innebära i huvudsak följande: Narkotikamissbrukare som övertygats om brott kan i vissa fall istället för att dömas till vanlig kriminalrättslig påföljd överlämnas för vård enligt ett särskilt behandlingsprogram. De som begått grövre brott såsom mord, rån, allvarligare misshandel eller kvalificerad

inbrottsstöld är emellertid undantagna från denna möjlighet. I regel inleds civil commitment-behandlingen med institutionsvistelse under viss tid, vanligen flera månader. Därefter sker överförande till öppen vård. Under behandlingstiden krävs att patienten skall vara drogfri. Kontroll sker regelbundet genom urinprovstester. Vidare krävs att han skall inställa sig till öppenvårdsambulans på bestämda tider och att han skall ha ordnad sysselsättning. Misskötsamhet kan medföra återtagning till den slutna behandlingssituationen eller, särskilt vid ny brottslighet, att målet ånyo tas upp av domstolen för utmätande av straff. Behandlingsprogrammet varar i allmänhet två år, men kan förlängas. De resultat som uppnåtts med civil commitmentsystemet i USA har uppgivits vara goda.

Frågan om införande av en svensk motsvarighet till civil commitmentsystemet har diskuterats i justitieutskottet (Ju 1974:32) i samband med en motion med yrkande att riksdagen skulle hemställa om tillsättande av en utredning rörande brottspåföljderna för narkotika- och alkoholmissbrukare. Till stöd för yrkandet anfördes bl. a.:

Det bör övervägas, att inom kriminalvården utforma ett vårdalternativ bestående av exempelvis en kortare sjukhusvistelse med avgiftning, följd av minst två års kontrollerad eftervård. Kemisk urinkontroll av drogfriheten bör tillåtas. Denna eftervård måste självfallet ske i kombination med socialkurativa insatser för att skaffa arbete, bostad o. d. Vid återfall i narkotika- eller alkoholmissbruk skulle skyldighet föreligga till återintagning för avgiftning. Vid alltför många återfall skulle vederbörande riskera att straffalternativet träder i verkställighet. Vårdalternativet skulle alltså kunna utgöra ett alternativ till fängelsevistelse, och vederbörande missbrukare skulle inom vissa ramar ha möjlighet att själv välja det alternativ han föredrar. Detta innebär den principiella nyheten att i dessa fall den tilltalade får rätt att inom vissa gränser välja påföljd. Ett dylikt alternativ inom kriminalvårdens ram skulle på ett positivt sätt kunna innebära en kombination av frivilliga och tvångsvisa behandlingsåtgärder. För att kunna genomföra ett sådant förfarande krävs såväl lagtekniska som vårdpolitiska överväganden.

Yrkandet avslogs i riksdagen, huvudsakligen med hänvisning dels till att BrB:s påföljdssystem ger möjlighet till nyanserat påföljdsval även beträffande lagöverträdare som missbrukar alkohol eller narkotika och dels till pågående utredningar – 1971 års utredning om behandling av psykiskt avvikande, åtalsrättsutredningen, socialstyrelsens arbetsgrupp för översyn av LSPV och socialutredningen.

Enligt kommitténs mening kan man av de erfarenheter man har av civil commitment-behandling i USA inte dra några slutsatser om hur ett sådant system skulle fungera i Sverige. Sålunda finns det stora skillnader mellan de straffrättsliga systemen i de båda länderna. Allmänt sett kan sägas att fördelen med en kontraktsvård anpassad till svenska förhållanden skulle vara att man tillskapade ett alternativ till, å ena sidan, en många gånger föga meningsfull fängelsevistelse och, å andra sidan, en sjukvård där vederbörande kanske helt saknar motivation att medverka i behandlingen. Från experthåll har framhållits att en fördel med kontraktsvård skulle vara att resurserna koncentrerades på de behandlingsbara narkomanerna. Frågan om "överenskommet tvång" diskuterades kortfattat i den av socialstyrelsen 1973 utgivna publikationen "Behandling av narkotikamissbrukare", dock utan att man gjorde några direkta uttalanden om lämpligheten av denna vård-



form.

Om kommitténs förslag genomföres, kommer flertalet narkomaner som övertygats om brott i fortsättningen att dömas till någon form av kriminalvård. Ett system som gör det möjligt för vederbörande att, som ett alternativ härtill, välja att underkasta sig viss behandling enligt en i förväg uppgjord behandlingsplan under effektiv kontroll skulle enligt kommitténs mening vara värdefullt. Kommittén ställer sig sålunda i princip positiv till önskemål om införande av en motsvarighet till civil commitmentsystemet i svensk lagstiftning.

En sådan lagstiftning är emellertid tekniskt komplicerad och fordrar ingående överväganden. Genomförandet av en narkomanbehandling av civil commitmentsystemets anda, som är möjlig inom ramen för nuvarande lagstiftning genom tillämpning av 34 § KvaL.

Kommittén vill förorda att man underlättar ett slutligt ställningstagande till en lagstiftning genom att snarast starta den försöksverksamhet i civil commitmentsystemets anda, som är möjlig inom ramen för nuvarande lagstiftning genom tillämpning av 34 § KvaL.

Kommittén vill därför rekommendera en försöksverksamhet, som förläggas till sjukhus, där man har stor erfarenhet av narkomanvård. Försöksverksamheten bör avse sådana som har uppenbara narkotikaproblem och som dömts till fängelse i högst ett år. Systemet med kontraktsvård kan dock inte lämpligen användas som behandlingsform för sådana, som på grund av sin brottslighet bedöms såsom farliga för annans liv eller hälsa eller som eljest gjort sig skyldig till så allvarlig brottslighet, att det av allmänpreventiva skäl skulle te sig betänkligt att underlåta frihetsberövande påföljd.

Till ledning för försöksverksamheten bör rättspsykiatrerna i sina utlåtanden ange, om den undersökte har narkotikaproblem och om han ur medicinsk synpunkt bör ifrågakomma för ett behandlingsalternativ. Den medicinska bedömningen skall emellertid även kunna göras efter domen av läkare inom kriminalvården eller den rättspsykiatriska organisationen. Om medicinska skäl föreligger och även förutsättningar i övrigt finns bör saken omedelbart tas upp till prövning vid den övervakningsnämnd som har att besluta i fråga som avses i 34 § KvaL. Om den dömda förklarar sig vilja delta i narkomanvårdsprogrammet och övervakningsnämnden medger att han för detta ändamål får vistas utanför anstalt, bör han snarast möjligt överföras till sjukhus för eventuell avgiftning och planering av den fortsatta behandlingen. Redan i samband med sjukhusintagningen bör en noggrann planering ske i samråd mellan kriminalvården, huvudsakligen skyddskonsulenten, patienten och sjukhuset. Då sjukhusvård inte längre anses erforderlig skall patienten skrivas ut till öppen vård. Vilken form av öppen vård som skall erbjudas patienten får avgöras från fall till fall. I enstaka fall torde han kunna direkt skrivas ut till arbete och bostad med åläggande att regelbundet besöka öppenvårds-klinik. Ofta bör emellertid den långsiktiga rehabiliteringen ske på behandlingshem eller liknande för vidare utslussning i samhället. Vilken vårdform man än väljer är det viktigt att regelbunden kontroll sker av att patienten avhåller sig från användning av narkotika och även i övrigt är skötsam. Man bör därför kunna kräva att han underkastar sig urinprovskontroller. Om patienten på grund av misskötsamhet eller eljest anses böra återintas på sjukhus skall kriminalvårdsmyndigheterna på begäran av

sjukhuset medverka till att patienten återförs dit. Om den vårdansvarige överläkaren anser att behandlingen på grund av patientens misskötsamhet inte kan genomföras skall han anmäla detta till övervakningsnämnden som beslutar om återintagning av vederbörande i kriminalvårdsanstalt för avtjänande av den del av straffet som inte verkställts genom 34 §-vistelsen. Villkorlig frigivning bör medges enligt vanliga regler med fastställande av prøvotid. Om så finnes erforderligt bör föreskrifter om t. ex. psykiatrisk behandling i enlighet med tidigare behandlingsprogram, bostadsform eller liknande meddelas. Den polikliniska kontrollen bör pågå under prøvotiden så länge vederbörande läkare anser det erforderligt, dock längst till prøvotidens utgång.

Förslaget förutsätter en upprustning av narkomanvårdsklinikerna vid de aktuella sjukhusen efter förhandlingar mellan staten, sjukhusdirektionen och landstingen. Kommittén utgår från att försöksverksamheten planeras så att utvärdering av resultatet kan ligga till grund för vidare utredning angående behovet av en civil-commitment-lagstiftning.

För dem som döms till skyddstillsyn med föreskrifter om narkomanbehandling bör övervakningsnämnderna utnyttja sin möjlighet att ingripa vid misskötsamhet eller underlåtenhet att medverka i föreskriven behandling.

Det bör understrykas att underlåtenhet att följa föreskrifter kan leda till skyddstillsynens undanröjande, ett förhållande som bör kunna fungera som en motsvarighet till civil-commitment-systemets hot om straffverkställighet.

### *Psykiatrisk och psykologisk behandling inom frivården*

Kommittén har inte funnit anledning föreslå några förändringar beträffande den psykiatriska vården inom frivården. Denna vård bör liksom hittills handhas av den allmänna psykiatriska vården med frivårdens konsulterande psykiatrer som förmedlande länk och med förstärkning i storstäderna genom narkomanvårdsteam. Den av kommittén föreslagna gränsdragningen sjukvård/kriminalvård kommer sannolikt att medföra att ett fåtal personer, som med nuvarande lagstiftning döms till slutet psykiatrisk vård, i stället döms till skyddstillsyn. Frivården kommer också att få hand om sådana psykiskt störda personer, som villkorligt frigivits från kriminalvårdsanstalt eller utskrivits från vård utom anstalt. Med hänsyn till det stora antalet klienter i frivården kommer emellertid den ökning av psykiskt avvikande klienter, som blir följden, om kommitténs förslag godtages, knappast att behöva medföra behov av resursförstärkningar. Kommittén vill dock uttala en förhoppning att samtliga beslutade konsulttjänster i frivårdsdistrikten snarast besättes. Vidare synes psykologverksamheten böra utökas.



## 13 Den rättspsykiatriska organisationen

Grunden till den nuvarande rättspsykiatriska undersökningsorganisationen lades 1945 efter förslag av strafflagberedningen. Dessförinnan utfördes rättspsykiatriska undersökningar av häktade på fångvårdens sinnessjukavdelningar och undersökningar av misstänkta som var på fri fot av läkare, vanligen vid mentalsjukhusen, som för varje fall förordnades av medicinalstyrelsen. 1945 års reform innebar att häktade allttjämt skulle undersökas vid fångvårdsanstalterna. För undersökning av icke häktade inrättades emellertid särskilda rättspsykiatriska avdelningar vid mentalsjukhusen.

1956 tillsattes en kommitté med uppgift att förutsättningslöst utreda hur det rättspsykiatriska undersökningsväsendet skulle kunna göras mera effektivt. Denna kommitté avgav 1959 ett betänkande (SOU 1959:20) angående det rättspsykiatriska undersökningsväsendets organisation, vilket, efter ytterligare bearbetning i justitiedepartementet, ledde till att riksdagen 1961 antog vissa principiella riktlinjer för den rättspsykiatriska organisationen.

Dessa riktlinjer innebar i korthet att en gemensam rättspsykiatrisk organisation tillskapades under ledning av dåvarande medicinalstyrelsen. Rättspsykiatriska kliniker, som hade till huvuduppgift att undersöka häktade personer, skulle uppföras i anslutning till de medicinska lärosätena i Stockholm, Uppsala, Lund, Göteborg och Umeå. Rättspsykiatriska stationer för undersökning av icke häktade skulle enligt nämnda riktlinjer finnas i Norrköping, Jönköping, Växjö, Örebro och Sundsvall.

Den nya organisationen började fungera i administrativt hänseende den 1.1.1967, då lagen om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål trädde i kraft. Den föreslagna organisationen har till största delen, men icke helt, genomförts. För närvarande finns rättspsykiatriska kliniker i Uppsala, Lund, Göteborg, Stockholm och Härnösand. Härnösandskliniken kommer att ersättas av en klinik i Umeå, som beräknas vara färdig under 1978. Denna klinik kommer att ha en undersökningsavdelning och en vårdavdelning för vård av domstolsöverlämnade patienter. En ny rättspsykiatrisk klinik, som skall ersätta Långholmskliniken, är projekterad i anslutning till Huddinge sjukhus. Det är f. n. icke aktuellt att bygga någon vårdavdelning till kliniken, men vid planeringen har förutsatts, att en sådan avdelning senare skall kunna komma till stånd. Kliniken beräknas bli driftklar 1978/1979.

Rättspsykiatriska stationer finns i Stockholm, Linköping, Växjö, Örebro, Sundsvall och Umeå. Stationen i Linköping har helt nyligen ersatt de stationer som tidigare fanns i Norrköping och Jönköping. När de nya klinikerna i Stockholm och Umeå färdigställts, kommer stationerna på dessa

platser att nedläggas.

Förutom de planer, för vilka här redogjorts, har man inom socialstyrelsen diskuterat en utbyggnad av organisationen med nya kliniker i Linköping och Örebro. Detta skulle innebära att varje sjukvårdsregion fick en rättspsykiatrisk klinik.

Samtliga kliniker och stationer har socialstyrelsen som tillsynsmyndighet, såvitt avser själva undersökningsförfarandet. Med undantag för Härnösandskliniken, som drivs av kriminalvårdsstyrelsen, är socialstyrelsen även i övrigt chefsmyndighet för klinikerna.

Klinikerna utför rättspsykiatriska undersökningar av såväl häktade som icke häktade. Stationerna undersöker i regel endast icke häktade, men vid vissa stationer, framför allt i Umeå, undersöks även häktade.

Inom kriminalvården finns, som tidigare nämnts, på vissa av de större rixanstalterna särskilda avdelningar med inläggningsplatser för psykiatrisk vård. Sådana avdelningar finns på Kumla-, Österåker-, Hall-, Malmö-, Göteborgs- och Härnösandsanstalterna. Vidare har kriminalvården ett eget psykiatriskt sjukhus, Håga. På Roxtunaanstalten tar man emot yngre svårbehandlade personer, särskilt narkomaner.

I den tidigare framställningen (kap. 10–12) har redogjorts för hur förfarandet vid utredning och vård av de psykiskt störda lagöverträdarna bör utformas. Den organisation som skall handha undersökningsverksamheten och vissa vårduppgifter kallas i fortsättningen den rättspsykiatriska organisationen. I det följande skall närmare utvecklas vilka funktioner organisationen skall ha och hur den bör utformas.

### 13.1 Arbetsuppgifter

#### *Rättspsykiatriska undersökningar*

Av redogörelsen i kap. 10 för hur de rättspsykiatriska undersökningarna bör utformas framgår att undersökningarna av häktade i de flesta fall kommer att utföras på häktena. Undersökningar av andra än häktade avses skola ske antingen på rättspsykiatrisk klinik eller, i enstaka fall, i vederbörandes hem eller på annan plats. Regelmässigt skall alltså själva undersökningen inte behöva föranleda intagning (inläggning) på kliniken. En annan sak är att vårdbehov kan föranleda sådan intagning. Vid fördjupad undersökning av häktad måste dock i regel inläggning på klinik ske.

Antalet § 7-undersökningar och antalet rättspsykiatriska undersökningar som inte föregåtts av § 7-undersökningar torde uppgå till omkring 3 200–3 300 per år. Det är sannolikt att behovet av undersökningar är något större. Det har uppgivits att domstolarna på grund av de långa väntetiderna ibland drar sig för att förordna om rättspsykiatrisk undersökning (se s. 287). På vissa orter, särskilt i Stockholmsområdet, har det visat sig svårt att hitta lämpliga läkare att utföra § 7-undersökning. Antalet sådana undersökningar kan på grund härav vara något mindre än vad eljest skulle ha varit fallet.

Att uppskatta det framtida behovet av läkarundersökningar i normalfall, dvs. fall där fördjupad undersökning ej erfordras, är vanskligt. Uppskattningen påverkas av flera osäkra faktorer såsom kriminalitetens utveckling,



förändringar i narkotikasituationen etc. Med utgångspunkt från nuvarande förhållanden uppskattar kommittén det årliga behovet av läkarundersökningar för normalfall till ca 3 500.

Det är även svårt att beräkna det framtida behovet av fördjupade undersökningar. På grundval av erfarenheter från det nuvarande undersökningsväsendet uppskattar kommittén behovet till 200 fördjupade undersökningar per år. Av dessa undersökningsfall behöver c:a 150 tas in på klinik (häktade och sådana icke häktade som undandrar sig undersökning på fri fot).

Det totala antalet undersökningar beräknas sålunda uppgå till 3 700 undersökningar, dvs. en ökning med 400–500 undersökningar i förhållande till sammanlagda antalet § 7-undersökningar och rättspsykiatriska undersökningar som inte föregåtts av § 7-undersökningar.

### *Vård av häktade*

Såsom utvecklats i kap. 9 är många häktade i behov av psykiatrisk vård. Såsom där framhållits bör lättare vårdbehov kunna tillgodoses på själva häktet. Vid mera trängande vårdbehov bör överförande till sjukhus om möjligt ske. För flera kategorier häktade måste förefintliga behov av vård kunna tillgodoses på rättspsykiatrisk klinik. Åtskilliga av dem som tas in för fördjupad undersökning kommer på grund av vårdbehov att behöva vistas på klinik utöver den tid av fyra veckor själva undersökningen beräknas ta i anspråk. Bland dem som genomgår vanlig undersökning på häktet finns också fall med behov av sluten vård. Om undersökningen utmynnar i att den undersökte bör överlämnas till sluten psykiatrisk vård, bör han, om han inte omedelbart kan tas in på vanligt sjukhus, genast överföras till klinik för att där avvakta sjukhusintagning. Vidare bör häktade som drabbas av mer eller mindre tillfälliga insufficienstillstånd som kräver vård tas in på klinik.

### *Sjukhusvård av intagna i kriminalvårdsanstalt i den mån de ej kan omhändertas inom den vanliga sjukvårdsorganisationen*

Behovet av psykiatrisk vård bland de anstaltsintagna är mycket stort. De platser för psykiatrisk vård som finns på kriminalvårdens anstalter är så gott som ständigt helt utnyttjade.

På kriminalvårdens psykiatriska enheter behandlas många olika slag av psykiska störningar. Vanligt förekommande är reaktiva depressioner och abstinensstillstånd efter återfall i missbruk under permissioner. Icke sällan förekommer också rena psykoser hos intagna som av en eller annan anledning ej kunnat placeras inom den allmänna sjukvården.

Det kan inte anses tillfredsställande att personer som är i behov av sjukhusvård skall vårdas inom kriminalvårdsanstalterna. De psykiatriska avdelningarna där har sålunda inte vare sig den personella eller materiella utrustning, som bör krävas för att bereda vård med stöd av LSPV. Deras bibehållande skulle kunna bidra till att konservera gränserna mellan kriminalvårdens psykiatri och psykiatrin i övrigt.

De psykiatriska avdelningarna inom anstalterna bör därför i princip

avvecklas. Av praktiska skäl bör detta ske successivt. Visserligen kan det finnas behov av tillfällig inläggning inom anstalten av fall, t. ex. för avgiftning, som man inte anser sig behöva remittera (eventuellt sända med vårdintyg) till rättspsykiatrisk klinik eller psykiatrisk avdelning utanför den rättspsykiatriska organisationen. Sådana lindriga fall bör kunna vårdas på anstaltens kroppssjukavdelning.

Kommitténs förslag utgår visserligen från att kriminalvårdens klientel i regel skall kunna utnyttja samhällets allmänna sjukvård. Detta är emellertid, såsom tidigare framhållits, inte alltid möjligt. I samtliga de fall överföring till vanligt psykiatriskt sjukhus inte kan ske bör erforderlig sjukhusvård beredas inom den rättspsykiatriska organisationen.

### *Speciella vårduppgifter*

Det har av det föregående framgått, att man inte konsekvent kan på hemortssjukhus ta in alla dem som dömts till påföljd inom kriminalvården och kommer i behov av psykiatrisk behandling. I den mån det rör sig om riksanstaltsklientel har f. ö. ofta avsteg från hemortsprincipen redan skett i och med anstaltsintagningen. Vissa grupper av vårdbehövande kräver för sin behandling speciella resurser som inte kan tillhandahållas överallt utan måste koncentreras till vissa platser. Några sådana grupper av vårdbehövande skall här uppmärksammas.

En sådan grupp är unga, ofta svårt psykiskt störda sexualbrottslingar. Dessa är inte sällan kontaktskygga människor med svår ångest nära ytan. Brotten har ibland karaktär av impulsgenombrott. Somliga av dem är psykotiska och bör utan tvekan även i fortsättningen behandlas inom den psykiatriska vården. För de övriga gäller, att de inte låter sig påverkas av fängelsestraff och att recidivriskerna kan vara betydande. I fängelse är de därtill ofta illa sedda av andra intagna. En del av dem torde kunna väsentligt hjälpas genom specialinriktad behandling. Det synes därför lämpligt att sammanföra dem som så önskar i speciella terapigrupper inom den rättspsykiatriska organisationen. Skäl kan också anföras för att sammanföra eldsanläggare, om vilka dock kunskaperna är mindre, till en särskild grupp inom den rättspsykiatriska organisationen.

Inom både kriminalvård och mentalsjukvård intar narkomangruppen en särställning. Med den gränsdragning mellan kriminalvård och sjukvård som blir en följd av kommitténs förslag kommer i fortsättningen många narkomaner som begått brott att dömas till påföljd inom kriminalvården. Då det gäller vård och behandling av missbrukare har man, som tidigare nämnts, inom socialstyrelsen framför allt velat satsa på dem som själv vill medverka vid behandlingen. Man har speciellt intresserat sig för små, öppna behandlingshem, i regel lantligt belägna, där träning i samlevnad under drogfria former kan ske under ganska långa perioder. Sjukhusvård i traditionell mening anses böra tillgripas i stort sett endast under akuta avgiftningsfaser. Med denna vård- och behandlingspolitik torde man ha svårt att annat än mycket tillfälligt fånga upp de svårt beroende narkomaner som finansierar sitt eget missbruk genom att sälja narkotika och då framför allt opiatmissbrukarna. Det rör sig här om personer som är farliga ur smittsynpunkt och som själva är i hög grad behandlingsbehövande. Även på sjukhusen blir de ofta till



svåra smittkällor. Man saknar resurser att hindra smuggling och försäljning av narkotika inne på sjukhuset. Alltför låst miljö verkar negativt på behandlingsatmosfären för andra patienter. En följd härav är att miljön på sjukhuset blir allt annat än skyddad för medpatienter, som kan komma i frestelsesituationer de inte klarar av. Kriminalvården har å andra sidan i dag mycket små resurser att möta det behandlingsbehov som detta klientel har.

I tidigare avsnitt har framhållits att en förutsättning för att kriminalvården skall kunna ta emot flera svåra narkotikamissbrukare är att man får en avsevärt ökad flexibilitet mellan kriminalvård och sjukvård. Sjukhusvård är, som tidigare utvecklats, erforderlig framför allt i avgiftningsskedet. Inledningen av den mera långvariga rehabiliteringsfasen måste ses som en (social) psykiatrisk arbetsuppgift inom sjukvården. Att erbjuda till kriminalvård överlämnade narkomaner en behandling som svarar mot varje behov och att kunna sätta in maximala rehabiliteringsåtgärder i varje fall ter sig dessvärre inte möjligt med de personella resurser som inom överskådlig framtid kan tänkas stå till buds. Fråga är om det ens skulle vara realistiskt med tanke på det djupa motstånd mot behandling som finns hos en del personer inom denna grupp. I detta läge synes den bäst framkomliga vägen vara att tillfälle bereds de narkomaner som dömts till frihetsstraff att frivilligt ingå på avdelningar anslutna till den rättspsykiatriska organisationen, där verksamheten bedrivs under former som till en början är slutna men där övergång till öppnare vårdformer – inom eller utom kriminalvården – successivt sker (se s. 331). – Det sagda gäller framför allt de narkomaner som inte kan ifrågakomma för s. k. civil commitmentbehandling (se s. 333 ff).

En "frivillig" behandlingsenhet bör inte vara alltför stor. Ett 30-tal platser fördelade på 2 eller 3 avdelningar torde vara maximum. Personalen på behandlingsenheten bör, i samarbete med annan personal inom den rättspsykiatriska organisationen, också bedriva uppsökande verksamhet på anstalterna och meddela terapeutiskt upplagd information om behandlingsprogrammet till grupper och enskilda. I verksamheten bör vidare ingå kontinuerlig utvärdering och systematisk uppföljning. Den bör, i samråd med socialstyrelsen och medicinska forskningsrådet, planeras som ett forskningsprojekt med krav på periodiskt återkommande redovisning av resultat, positiva och negativa. På sikt skulle verksamheten kunna stimulera till andra välbehövliga terapeutiska initiativ på detta område.

Även om narkotikaproblemet ökat kraftigt under senare år är emellertid alkoholisterna den ojämförligt största missbrukargruppen i kriminalvårdens klientel. De utgör t. o. m. en så "etablerad" grupp, att deras behandlingsbehov riskerar att bli svårt försummat. I regel borde de kunna repliera på den allmänna alkoholistvården. För närvarande fungerar denna dåligt. En upprustad alkoholistvård skulle emellertid kunna ge det här aktuella klientelet hjälp i betydligt större utsträckning än nu är möjligt. Emellertid kommer det ändå att möta svårigheter att tillfredsställa tillgodose behandlingsbehovet hos de alkoholmissbrukare som har långa frihetsstraff. Det ter sig därför motiverat att inom den rättspsykiatriska organisationen skapa en frivillig behandlingsmöjlighet, t. ex. efter gruppterapeutiska principer, också för alkoholisterna.

Liksom på de rättspsykiatriska klinikerna bör män och kvinnor kunna

samvårdas på avdelningar för narkomaner och alkoholmissbrukare. Kvinnorna är på grund av sitt ringa antal en inom kriminalvården missgynnad grupp med ofta betydande sociala och psykiska problem. Det är av stor vikt att även deras vårdbehov blir tillgodosett inom den tilltänkta organisationen.

#### *Ambulant psykiatrisk vård av kriminalvårdens klientel*

Även om den långsiktiga terapin inom kriminalvårdens anstalter huvudsakligen kommer att bedrivas av psykologer och socialarbetare, är det uppenbart att det också finns behov av en psykiatrisk konsult- och behandlingsverksamhet som kan ske ambulantly.

I princip bör även den ambulanta vården handhas av den allmänna sjukvården. Av praktiska skäl bör dock denna vård på rixanstalterna såvitt möjligt bedrivas inom anstalterna. Vården bör i regel inte – lika litet som vård av sjukhuskaraktär – handhas av befattningshavare inom kriminalvården och sålunda av en från psykiatrin i övrigt isolerad organisation. Den verksamhet som inom anstalterna bedrivs av narkomanvårdsteamerna bör emellertid fortsätta som hittills. I den mån man inte kan anlita den vanliga öppenvårdorganisationen eller då det av andra skäl, t. ex. tidigare kontakt med patienten, är lämpligt, bör de rättspsykiatriska klinikernas personal anlitas. Den ambulanta vården torde i betydande mån komma att bestå av eftervård av personer som tidigare varit intagna under häktning eller straffavtjänande.

Lokalanstalternas och frivårdens behov av öppen psykiatrisk vård bör, som framhållits förut (se s. 326), i första hand tillgodoses av den allmänna sjukvårdens organ. Även hos detta klientel, som i inte ringa utsträckning utgörs av missbrukare, är behovet av psykiatrisk öppenvård stort. Det har därför ansetts motiverat att tillskapa en särskild psykiatrisk konsultverksamhet (se s. 328). Konsulterna tjänstgör enligt avtal vissa timmar inom kriminalvården, som för detta betalar särskild ersättning. Denna speciella konstruktion bör av praktiska skäl behållas, åtminstone tills vidare.

Storstädernas narkomanvårdsteam, som ju är direkt knutna till häktena, bör vara kvar inom kriminalvårdsorganisationen. Samma bör gälla behandlingscentralen i Stockholm.

Det är viktigt att man i möjligaste mån upprätthåller personkontinuitet i vårdkedjan. Sålunda bör en redan etablerad terapeutisk kontakt med personal inom den allmänna sjukvården inte brytas bara därför att patienten begått brott. På motsvarande sätt bör den rättspsykiatriska organisationens läkare och övrig personal vara oförhindrade att i frivård eller på lokalanstalter fortsätta behandlingen av patienter som man tidigare vårdat som inläggningsfall eller i ambulantly vård på rixanstalt.

#### *Vård av den som av domstol överlämnats till öppen psykiatrisk vård*

Enligt kommitténs i 6 kap. återgivna förslag skall påföljden öppen psykiatrisk vård medföra att den dömde skall vara att anse som försöksutskrivnen från slutet psykiatrisk vård.

Den dömde har i dessa fall ofta inte någon sjukhuskontakt. Däremot kan man utgå från att han blivit undersökt, kanske också vårdad, av läkare inom



den rättspsykiatriska organisationen. Det är därför mest praktiskt att i första hand förlägga tillsynen av patienten till den klinik, där han blivit undersökt. Vid behov skall han också kunna tas in på kliniken. Patienten bör genom klinikens försorg kunna överföras till vård vid annan lämplig institution. Så bör i regel ske, om den dömde tidigare varit intagen på psykiatriskt lasarett (vanligen hemortslasarettet) eller haft en kontakt med öppenvårdsinstitutionen inom den vanliga sjukvårdsorganisationen (se s. 186).

### *Vård av andra patientkategorier*

Inom kommittén har diskuterats möjligheten av att låta även andra patientkategorier än de här förut omnämnda vårdas inom den rättspsykiatriska organisationens ram, i första hand sådana som av domstol överlämnats till sluten psykiatrisk vård men även andra patienter som kräver särskilda resurser ifråga om personaltäthet, säkerhetsanordningar etc. Starka rationella skäl kan i och för sig tala för att olika kategorier av särskilt vårdkrävande patienter vårdas inom en och samma organisation. Emellertid skulle detta kräva synnerligen omfattande förändringar. Kommittén har därför stannat för att föreslå att den rättspsykiatriska organisationen åtminstone t. v. skall begränsas till att handha rättspsykiatriska undersökningar, sluten vård av häktade och av intagna i kriminalvårdsanstalt samt viss öppen vård. De särskilda vårdkrävande patienterna i övrigt bör i regel omhändertagas inom den allmänna sjukvården. Det bör emellertid inte föreligga hinder att i enstaka fall ta in även andra patienter än sådana som organisationen i första hand är avsedd för. Så t. ex. kan det vara lämpligt att en person som under långvarig häktningstid eller eljest erhållit en god terapeutisk kontakt med läkare inom den rättspsykiatriska organisationen får fortsätta vården hos denne, även om han av domstolen överlämnas till sluten psykiatrisk vård.

### *Forskning och utbildning*

En synnerligen viktig uppgift inom den rättspsykiatriska organisationen blir att bedriva rättspsykiatrisk forskning.

Organisationens institutioner bör vara centra för den uppföljande och utvärderande behandlingsforskning och metodutveckling som nödvändigtvis måste integreras i verksamheten för att göra denna mera effektiv. Det är också i hög grad önskvärt, att dessa institutioner kan bli centra för sådan forskning, som inte direkt berör den egna verksamheten exempelvis långtidsuppföljningar av vissa klientelgrupper, undersökningar av påföljdernas "innehåll" för vissa grupper intagna osv.

Organisationen bör också handha vidareutbildning och intern fortbildning av olika personalkategorier. Detta gäller inte bara läkare utan även annan personal (se s. 353). Grundutbildning bör bedrivas som integrerad i annan form av utbildning t. ex. genom föreläsningar för sköterskeelever, social- och psykologstuderande och medicine kandidater.

Att forsknings- och utbildningsuppgifterna inte eftersätts är en förutsätt-

ning framför allt för personalrekryteringen, men också för att organisationen på ett fullgott sätt skall kunna fullgöra sina undersöknings- och vårduppgifter.

## 13.2 Beräkning av platsbehov

### *För rättspsykiatriska undersökningar*

I föregående avsnitt har förutsatts att inläggning på klinik för själva undersökningens genomförande i regel endast är erforderligt vid s. k. fördjupad undersökning av häktade. Med denna utgångspunkt skulle c:a 150 personer om året behöva tas in på klinik för sådan undersökning.

Tiden för fördjupad undersökning har beräknats till fyra veckor. Tillströmningen av undersökningsfall kan vara mycket ojämn. Skall man kunna undvika väntetider måste det finnas viss reservkapacitet hos klinikerna. Vidare måste man räkna med kortare inläggning av en del undersökningsfall, där visserligen fördjupad undersökning ej är erforderlig, men där det ändå krävs inläggning under några dagar för vissa speciella undersökningar, observation eller liknande. Med hänsyn härtill kan behovet av platser för undersökningarna skattas till c:a 50-75.

Detta antal utgör endast en mindre del av det totala antal platser som klinikerna enligt utredningens förslag skall disponera. Undersökningsfallen torde i regel ej behöva avskiljas från vårdfallen, och man måste förutsätta att de tas in med förtur även om de vid någon tidpunkt skulle bli fler än här förutsatts.

### *För vård av häktade*

Att framräkna platsbehovet för denna kategori låter sig knappast göra med någon rimlig grad av exakthet. Man vet emellertid att åtskilliga av de c:a 500-600 häktade som årligen genomgår rättspsykiatrisk undersökning är i akut behov av vård. Det förekommer inte sällan att häktade, som inte är intagna på rättspsykiatrisk klinik och som inte kan överföras till vanligt sjukhus på grund av sitt tillstånd, måste överföras till kriminalvårdsanstaltens avdelningar för kroppssjukvård eller psykiatrisk vård. Under 1975 var i medeltal 571 personer häktade för brott. 83 av dessa undergick eller väntade på rättspsykiatrisk undersökning. Att döma av direktiven för den pågående utredningen angående översyn av häktningsbestämmelserna torde kunna förväntas att häktningar framdeles inte kommer att ske i samma utsträckning som för närvarande. Å andra sidan kan befaras att det ökande narkotikamissbruket medför att allt fler av de häktade företer psykiska störningar. Med en grov skattning beräknar kommittén platsbehovet inom den rättspsykiatriska organisationen för vård av de häktade till c:a 75-100.

Det sammanlagda platsbehovet för undersökning och vård av häktade kan alltså beräknas till 150 platser.



### *För vård av i kriminalvårdsanstalt intagna*

Liksom beträffande häktade är det svårt att uppskatta platsbehovet för psykiatrisk sjukhusvård inom den rättspsykiatriska organisationen. De platser – 194 på de psykiatriska avdelningarna och på Håga sjukhus samt 70 på Roxtuna – som f. n. finns inom kriminalvården täcker inte det nuvarande behovet. På de psykiatriska avdelningarna vistas dock många patienter som tillfälligt borde kunna överföras till den allmänna sjukvården.

Om utredningens förslag genomföres, kommer kriminalvården att tillföras ytterligare personer som får betecknas som psykiskt labila. Uppskattningsvis kommer detta tillskott att röra sig om c:a 150 personer per år eller omkring hälften av de lagöverträdare, som med nuvarande praxis brukar överlämnas till sluten psykiatrisk vård såsom "jämfästa."

Det förefaller rimligt att utgå från att behovet av platser för sluten psykiatrisk vård inom den rättspsykiatriska organisationen för de anstaltsdömda uppgår till i genomsnitt c:a 250 platser. Av dessa bör c:a 30 platser (en behandlingsenhet) reserveras för sådan speciell narkomanvård som beskrivits i föregående avsnitt. Om resultatet utfaller väl och behov finns därav, bör flera sådana behandlingsenheter tillskapas.

Allmänt gäller att det ökande narkotikamissbruket på anstalterna kan komma att medföra väsentligt större platsbehov. Ytterligare platser – varierande efter behovet – bör så småningom också avsättas för andra grupper, t. ex. sexualbrottslingar.

### *För öppenvårdspatienter*

Behovet av inläggningsplatser för de öppenvårdspatienter, som varken är häktade eller intagna i kriminalvårdsanstalt, kan beräknas bli så litet att man inte behöver ta särskild hänsyn till det. Den öppna vård som organisationen i övrigt skall tillhandahålla kommer att i stor utsträckning bedrivas på anstalterna. Antalet besök på klinikerna torde f. n. inte gå att beräkna, men det finns anledning tro att de inte blir särskilt många.

### *Sammanfattning av behovet av platser för undersökning och vård*

Den beräkning av platsbehovet som här gjorts ger vid handen att man med en grov skattning skulle behöva 50–75 platser för undersökningar och 325–350 platser för vård eller tillhoppa cirka 400 platser.

## 13.3 Uppbyggnad av den nya organisationen

Utrymmet för kostnadskrävande reformer är f. n. tämligen begränsat. Det ter sig därför som en nödvändighet att i möjligaste mån utnyttja befintliga resurser. I det följande skall anges vilka av dessa resurser som bör kunna övertas som de är i den nya organisationen och vilka som på sikt bör avvecklas i samband med tillkomst av nya byggnader etc.

*Inventering av nu befintliga resurser inom den rättspsykiatriska organisationen och kriminalvården*

De rättspsykiatriska klinikerna förfogar f. n. över högst 144 platser. Enligt nuvarande beräkningar kommer platsantalet att bli tämligen oförändrat efter tillkomsten av Huddinge- och Umeåklinikerna och nedläggningen av Långholms- och Härnösandsklinikerna.

Klinikerna i Uppsala, Lund och Göteborg med högst 28 platser vardera är tämligen nybyggda och belägna i anslutning till Ulleråkers, S:t Lars och S:t Jörgens sjukhus. Huddingekliniken beräknas få ca 50 platser i en fristående paviljong i omedelbar närhet av psykiatriska kliniken vid Huddinge sjukhus. Umeåkliniken skall integreras i det nya psykiatriska klinikblocket vid Umedalens sjukhus och får preliminärt 10–12 utredningsplatser. (De 10–12 behandlingsplatser som tillkommer är avsedda för landstingsklientel.)

Kriminalvårdsanstalternas psykiatriska avdelningar samt Håga sjukhus förfogar över tillhopa 194 platser. Även Roxtunaanstalten med sina 70 platser tillgodoser ett visst psykiatriskt vårdbehov.

En ytterligare resurs är de rättspsykiatriska stationerna i Stockholm, Linköping, Växjö, Örebro, Sundsvall och Umeå. Som tidigare nämnts skall stationerna i Stockholm och Umeå läggas ned, sedan klinikerna på dessa platser färdigställts.

*Hur nuvarande resurser bör disponeras*

De rättspsykiatriska klinikerna bör bibehållas och fungera som centra för den rättspsykiatriska organisationen. De bör i enlighet med de riktlinjer som anges i avsnitt 13.2 ombesörja rättspsykiatrisk undersökning före dom och vård av häktade som anses vårdbehövande och inte kan överföras till den vanliga sjukvårdsorganisationen. Även vård och utredning av till kriminalvård dömda skall kunna ske på klinikerna. Härtill kommer att den rättspsykiatriska organisationen skall handha viss vård av i kriminalvårdsanstalt intagna. Det är uppenbart att de befintliga klinikerna endast har resurser att ombesörja en mindre del av dessa uppgifter.

Kommittén föreslår därför att Karsuddens sjukhus överförs till den rättspsykiatriska organisationen. Sjukhuset, som byggts som en specialinstitution för s. k. psykopatvård, vårdar nästan uteslutande domstolsöverlämnade jämställdhetsfall. Om kommitténs förslag till gränsdragning mellan sjukvård och kriminalvård genomförs, skulle den patientkategori som sjukhuset är avsett för i stor utsträckning komma att dömas till kriminalvård. Det ter sig då naturligt att i fortsättningen utnyttja sjukhuset för sådana patienter som nu vårdas på framför allt kriminalvårdsanstaltens psykiatriska avdelningar och Håga sjukhus, i den mån vården inte lämpligen kan anordnas inom den allmänna sjukvården. Vården bör kunna anordnas så väl frivilligt som med stöd av LSPV. Karsudden bör också handha de speciella vårduppgifter av narkomaner m. fl. som tidigare omnämnts.

Sjukhuset lämpar sig lokalmässigt väl för de föreslagna uppgifterna, vartill kommer att man har goda möjligheter att bereda sysselsättning av varierat slag såväl i arbetsdriften som i fråga om fritidsaktiviteter (se s. 306).

Den väsentligaste nackdelen med sjukhuset är dess ocentrala läge. Det är



därför viktigt att ett väl fungerande kommunikationsnät med andra institutioner byggs ut. Risken att bli isolerad är betydande inte blott för patienterna utan även för personalen.

Så snart Karsudden kan tas i anspråk för vård av de i kriminalvårdsanstalt intagna bör viss avveckling av kriminalvårdens psykiatriska avdelningar påbörjas. Även sedan Karsudden börjat tas i anspråk kommer dock kriminalvårdens psykiatriska avdelningar sannolikt att behövas under avsevärd tid.

De rättspsykiatriska stationerna bör på sikt avvecklas, men t. v. bibehållas främst för undersökning av icke häktade och vid behov även av häktade som inte tas in på klinik.

### *En fullt utbyggd rättspsykiatrisk organisation*

De nuvarande rättspsykiatriska klinikerna är, även om Karsuddens sjukhus överförs till den rättspsykiatriska organisationen, uppenbart underdimensionerade för handhavande av alla de i avsnitt 13.1 angivna uppgifterna. Varje klinik bör utökas med en vård- och behandlingsenhet belägen inom samma sjukhusområde som den rättspsykiatriska kliniken. Vissa möjligheter torde finnas i Uppsala, Lund och Göteborg att överta befintlig vårdavdelning på respektive sjukhusområde. I Umeå, där kliniken kommer att ligga på region-sjukhusområdet, borde man eventuellt kunna få utnyttja en avdelning på Umedalens sjukhus. Vid Huddinge-kliniken finns, som tidigare nämnts, möjlighet att utöver vad som hittills planerats göra en tillbyggnad på den disponibla tomten.

Efter utbyggnad kommer den rättspsykiatriska organisationen att te sig på följande sätt. Karsuddens sjukhus med ca 180 platser ställs till förfogande för sådana på kriminalvårdsanstalt intagna, som är i behov av psykiatrisk vård. Resterande platsbehov – ca 220 platser – täcks av dels de nuvarande rättspsykiatriska klinikerna i Lund, Uppsala och Göteborg samt de planerade klinikerna i Huddinge och Umeå, vilka kliniker byggs till, alternativt övertar befintliga vårdavdelningar vid de sjukhus, där de är belägna. Vidare erfordras en ny klinik i Örebro, särskilt med hänsyn till närheten av Kumla- och Hinsebergsanstalterna. Troligen behövs det även en klinik i Linköping. Fördelningen av platserna måste avgöras med hänsyn till behovet i den region, där de är belägna, och till ekonomiska faktorer, t. ex. möjligheten att överta på sjukhusområdet befintliga avdelningar. Vid planeringen måste man ta hänsyn till att det behövs väsentligt ökade personalutrymmen (jfr avsnitt 13.4).

Utformningen av klinikerna måste ske under hänsynstagande till att klinikernas klientel kommer att bli mycket heterogent. Sålunda kommer där att vistas dels häktade, icke dömda personer för utredning och vård, dels dömda i behov av särskild utredning, dels en del till kriminalvård dömda i behov av behandling, dels ock sådana som enligt domstols beslut skall överlämnas till sluten psykiatrisk vård och som förvaras i avvaktan på överförande till sjukhus. Klientelet kommer att vara heterogent även från rent psykiatrisk synpunkt. Även om klinikerna måste bli låsta utåt och säkerhetsaspekter beaktas, måste behandlings- och rehabiliteringsaspekterna tillmätas stor vikt.

Ett fullständigt genomförande av den tilltänkta organisationen förutsätter en noggrann detaljplanering av och kostnadsberäkning för upprustning och ombyggnad av befintliga lokaler inom den rättspsykiatriska organisationen, övertagande av befintliga lokaler inom den allmänna sjukvårdsorganisationen samt nybyggnader. Vidare krävs det ingående förhandlingar mellan stat och landsting.

Kommittén har inte ansett det vara möjligt eller lämpligt att genomföra denna planering inom ramen för sitt utredningsuppdrag utan har endast velat ange riktlinjer för densamma. För vidare utredning bör en särskild arbetsgrupp, med tillgång till kvalificerad teknisk och ekonomisk expertis, tillsättas.

### 13.4 Personalbehov inom den rättspsykiatriska organisationen

#### *Personal inom nuvarande institutioner*

Den redogörelse för det nuvarande personalbeståndet som lämnas i det följande avser beträffande den rättspsykiatriska organisationen budgetåret 1975/76 och beträffande Karsudden år 1976.

Inom den rättspsykiatriska organisationen finns tillhoppa 36 läkartjänster, 7 1/2 psykologtjänster och 38 assistenter. Vårdpersonalen på klinikerna uppgår till 146 personer. Övrig personal på kliniker och stationer – kontorspersonal, ekonomibiträden etc. – uppgår till 68 1/2 tjänster.

För kriminalvårdsanstaltens psykiatriska avdelningar och Håga sjukhus finns tillhoppa 16 läkartjänster. Vårdpersonalen på dessa avdelningar saknar mentalskötarutbildning. I regel har de dock genomgått en kortare kurs i kriminalvårdens regi. Inom frivården förfogar man över 5 läkartjänster på heltid, varav 3 för narkomanvårdsteamerna, 1 på behandlingscentralen och 1 inom frivårdsdistriktet i Örebro. Vidare har man i vissa distrikt konsulter som tjänstgör under varierande antal timmar.

På Karsuddensjukhuset finns tjänster inrättade för 9 läkare, 4 psykologer, 3 kuratorer, 189 övrig vårdpersonal samt verkstads-, ekonomi- och kontorspersonal.

---

Inom de rättspsykiatriska klinikerna bör om möjligt all läkar-, psykolog- och specialarbetarpersonal få såväl undersökande som vårdande uppgifter och tillfälle att delta i utvecklings- och forskningsarbete. För att få en uppskattning om personalbehovet behandlas emellertid verksamheterna var för sig.

#### *Personalbehov för undersökningar*

Undersökningsarbetet kräver huvudsakligen läkar-, psykolog- och socialarbetarpersonal. Vid beräkning av behovet av läkare utgår kommittén (se s. 291) från att en undersökning normalt tar ungefär lika lång tid i anspråk som en nuvarande § 7-undersökning, dvs. ca 5 läkartimmar och att en fördjupad undersökning tar ungefär lika lång tid som en nuvarande rättspsykiatrisk



undersökning, dvs. ca 40 läkartimmar.

Kommittén har beräknat den arbetsbörda som kommer att åvila den rättspsykiatriska organisationen i undersökningshänseende till ca 3 500 normala och 200 fördjupade undersökningar årligen. För detta skulle då åtgå  $(3\,500 \times 5 + 200 \times 40) = 25\,500$  läkartimmar. Härvid har kommittén emellertid räknat endast med den för själva undersökningarna nödvändiga tidsåtgången. Dessutom måste tillräcklig tid finnas för att följa utvecklingen inom rättspsykiatri, framför allt genom litteraturstudier och konferenser av olika slag. För specialistkompetenta läkare måste vidare finnas tid för handledning av läkare under vidareutbildning och för dessa läkare tid att tillgodogöra sig sådan handledning. Flertalet läkare kommer också att behöva ha vissa administrativa uppgifter. Slutligen måste läkarna ägna viss tid åt utvecklingsarbete, produktionskontroll och forskning. Med hänsyn härtill måste antalet läkartimmar i detta sammanhang fördubblas, vilket gör ett behov av 51 000 timmar. Det årliga antalet arbetstimmar per läkare brukar i kalkyler av förevarande slag beräknas till 1 600. Med dessa utgångspunkter skulle för undersökningar behöva tas i anspråk 32 läkare. Såsom förut framhållits förutsätter en minskning av läkarinsatsen beträffande normalundersökningar en ökad insats av psykolog- och socialarbetarpersonal. Proportionerna bör därvid vara sådana att för varje läkartjänst finns 1/2 psykolog- och 1/2 socialarbetartjänst.

### *Personalbehov för vårduppgifter*

Vid beräkning av personalbehovet för vårduppgifter på de rättspsykiatriska klinikerna och på Karsuddens sjukhus bör i princip den s. k. AÖV-gruppens normer vara vägledande.

Personalbehovet för vård måste givetvis beräknas särskilt för varje enhet. Om man emellertid för att få en uppfattning om problemets storlek utgår från en "klumpsumma" beträffande platsantal på de nuvarande rättspsykiatriska klinikerna och Karsuddens sjukhus, tillhoppa 327 platser, samt beräknar personalbehovet för detta antal patienter, med användande av AÖV-gruppens normer beträffande läkar-, psykolog- och socialarbetarpersonalen, samt beträffande skötarpersonalen med utgångspunkt från nuvarande personalstat, kommer man fram till ett behov av 27 läkare, 16 psykologer, 33 socialarbetare, 9 socio- och arbetsterapeuter samt 327 skötarpersonal. Härtill kommer ekonomi-, kontors- samt verkstadspersonal och liknande.

En fullständig utbyggnad av den rättspsykiatriska organisationen förutsätter enligt de tidigare beräkningarna ett tillskott av ytterligare 73 platser. Till dessa skulle då, med samma beräkningsnormer som tidigare använts, tillkomma ett personalbehov av ytterligare 6 läkare, 3 1/2 psykologer, 7 socialarbetare, 5 socioterapeuter och/eller arbetsterapeuter och 72 1/2 övrig vårdpersonal. Liksom vid beräkning av det för undersökning erforderliga antalet läkare har hänsyn tagits till andra än de rutinmässiga, i detta fall sjukvårdande uppgifterna.

Även den öppna vården bör kunna tillgodoses inom ramen för den föreslagna personalstaten. Vården bör organiseras så att läkare inom den rättspsykiatriska organisationen antingen tjänstgör heltid på anstalt eller arbetar där på deltid med övrig tjänstgöring förlagd till rättspsykiatrisk klinik eller Karsuddens sjukhus.

*Samlat personalbehov*

Det samlade behovet av "medicinalpersonal" jämfört med antalet befintliga tjänster framgår av följande tablå.

Befintliga tjänster	Läkare	Psykolog- personal	Social- arbetare	Skötar- personal	Socio- och arbetsterapeu- ter
Inom den rättspsykiatriska organisationen	36	7 1/2	38	138	8
På Karsudden	9	4	3	189	5
<b>Totalt</b>	<b>45</b>	<b>11 1/2</b>	<b>41</b>	<b>327</b>	<b>13</b>
<i>Föreslagen org.</i>					
Behovet t. v. (dvs. innan full utbyggnad skett)	59 (32+27)	32 (16+16)	49 (16+33)	327	22
Ytterligare behov vid full utbyggnad	6	3 1/2	7	72 1/2	5

För den organisation under en övergångstid som kommittén föreslår skulle alltså personalstaten, såvitt avser nu ifrågasvarande personalkategorier, behöva utökas med 14 läkare, 20 1/2 psykologer, 8 socialarbetare och 9 arbets- och socioterapeuter.

*Kostnadsberäkningar*

Tab. 13.1 åskådliggör hur mycket personalkostnaderna kommer att öka vid ett genomförande av kommitténs förslag till utbyggnad av den rättspsykiatriska organisationen. Beräkningarna utgår från 1976 års löner och 1976 års lönekostnadspålägg. I beräkningarna ingår ej ekonomi-, kontors-, verkstads- eller liknande personal.

Beräkningarna utgår från att proportionerna mellan olika läkartjänster är sådana att det vid behov av en överläkartjänst behövs 2 biträdande överläkare, 1 avdelningsläkare och 2 läkare under vidareutbildning. De personalstater med vilka jämförelse har skett – dvs. för den rättspsykiatriska organisationen budgetår 1975/76 och för Karsudden 1976 – upptar överläkar-, biträdande överläkar- och underläkartjänster. I kostnadsberäkningarna har för enkelhetens skull underläkartjänster likställts med avdelningsläkartjänster. Fördelningen mellan de olika kategorierna av skötarpersonal utgår från nuvarande personalstater på de rättspsykiatriska klinikerna och Karsuddens sjukhus. Det skall dock framhållas, att enligt kommitténs mening bör befattningar som överskötare successivt ersättas med avdelningsföreståndare, som har sjuksköterskeutbildning och specialutbildning i psykiatri.

Den föreslagna personalökningen vid full utbyggnad skulle således medföra en årlig kostnadsökning av knappt 17 milj. kr. Härtill kommer ökade kostnader för kontors-, ekonomi-, verkstads- och övrig personal vid en full utbyggnad av organisationen.

Som en jämförelse kan nämnas att anslagen till lönekostnader för den rättspsykiatriska undersökningsorganisationen budgetåret 1975/76 uppgick



Tabell 13.1 Ökningen av personalkostnader vid en utbyggnad av den rättspsykiatriska organisationen

Tjänst	Lönegrad och löneklass samt beföringsgång (Bg och lönetillägg)	å pris (inkl. 36 % LKP)	Lönekostnad för utbyggnad av organisationen				Totalt vid full utbyggnad	
			T. v.	Ytterligare vid full utbyggnad	+/- antal tjänster	Lönekostnad (inkl. LKP)		+/- antal tjänster
<i>Läkare</i>								
Överläkare	SK 50:52 + 3 505 kr./mån. Hyresersättning 4 200 kr./mån.	216 246	- 8	- 1 729 968	+ 1	+ 216 246	- 7	- 1 513 722
Bitr. överläkare	SK 46:48 + 3 560 kr./mån.	195 954	+ 3	+ 587 862	+ 2	+ 391 908	+ 5	+ 979 770
Avd. läkare	SK 42:44 + 3 177 kr./mån.	148 022	+ 19	+ 2 812 418	+ 2	+ 296 044	+ 21	+ 3 108 462
Läkare under vidareutb.	SK 27/31:33 + 3 336 kr./mån.							
<i>Psykologer</i>								
Psykologer	F 15:17	103 946	+ 20 1/2	+ 2 630 893	+ 3 1/2	+ 363 811	+ 24	+ 2 994 704
<i>Socialarbetare</i>								
Kurator	Bg 8D = F 8:8	72 121	+ 8	+ 576 968	+ 7	+ 504 847	+ 15	+ 1 081 815
<i>Skötarpersonal</i>								
Klinikföreståndare	F 10:12	83 464	-	-	+ 2 1/2	+ 208 660	+ 2 1/2	+ 208 660
Överskötare	Bg 6D = F 5:5	65 397	-	-	+ 6	+ 392 382	+ 6	+ 392 382
1:e skötare	Bg 5D = F 3:3	61 904	-	-	+ 10	+ 619 040	+ 10	+ 619 040
Skötare	Bg 1B = F 2:2	59 995	-	-	+ 54	+ 3 239 730	+ 54	+ 3 239 730
<i>Arbets terapeuter m. fl.</i>								
Arbets terapeut	Bg 15D = F 3:3	61 904	+ 9	557 136	+ 5	+ 309 520	+ 14	+ 866 656
Socioterapeut	F 3:3		-					
Summa			+ 51 1/2	+ 5 435 309	+ 94	+ 6 718 085	+ 145 1/2	+ 12 153 394

	å pris (inkl. 36 % LKP)	Lönekostnad för utbyggnad av organisationen							
		T. v.		Ytterligare vid full utbyggnad		Totalt vid full utbyggnad			
		+/- antal tjänster	lönekost- nad (inkl. LKP)	+/- antal tjänster	Lönekost- nad (inkl. LKP)	+/- antal tjänster	Lönekost- nad (inkl. LKP)	+/- antal tjänster	Lönekost- nad (inkl. LKP)
<i>Löneställning</i>									
Vikariatstillägg	0,7	-	+ 38 047	-	+ 47 027	-	+ 85 073		
Obevämlighetsstillägg	7,3	-	+ 396 777	-	+ 490 420	-	+ 887 197		
Beredskapsstillägg	1,2	-	+ 65 223	-	+ 80 617	-	+ 145 840		
Fridagsersättning	0,5	-	+ 27 176	-	+ 33 590	-	+ 60 766		
Semestertillägg	1,1	-	+ 59 788	-	+ 73 899	-	+ 133 687		
Tjänstledighetsstillägg	0,9	-	+ 48 917	-	+ 60 463	-	+ 109 380		
Övertidstillägg	6,4	-	+ 347 859	-	+ 429 957	-	+ 777 817		
Avl. t. vik. under sem. o. tjl.	17,9	-	+ 972 920	-	+ 1 202 537	-	+ 2 175 457		
Avl. t. vik. för delt. i pers. utb.	2,0	-	+ 108 706	-	+ 134 361	-	+ 243 067		
Summa lönestillägg	38,0	-	+ 2 065 413	-	+ 2 552 872	-	+ 4 618 284		
Total avlöningskostnad		-	+ 51 1/2	+ 7 500 722	+ 94	+ 9 270 957	+ 145 1/2	+ 16 771 678	



till 26,6 milj. kr. vartill kommer kostnader för undersökningar som gjorts av utanför organisationen stående läkare med ca 2 milj. kr. Den beräknade lönekostnaden för Karsuddens personalstat år 1976 uppgår till ca 15,9 milj. kr.

Det bör emellertid beaktas att vid en fullständig utbyggnad av den rättspsykiatriska organisationen 16 läkartjänster inom kriminalvården avvecklas samt att en del besparingar torde kunna göras inom den allmänna sjukvården genom att åtskilliga patienter som annars skulle omhändertas inom denna i stället vårdas inom den rättspsykiatriska organisationen.

### *Särskilda personalproblem och kompetenskrav för vissa personalkategorier*

För att en enhet skall fungera väl är det önskvärt att man inom alla personalkategorier får en spridning i ålder och erfarenhet mellan befattningshavarna. På varje avdelning bör om möjligt finnas vårdpersonal av båda könen. Man har mycket goda erfarenheter av kvinnlig personal på de rättspsykiatriska klinikerna med deras så gott som uteslutande manliga klientel.

Läkares specialistutbildning är sedan några år reglerad enligt normer, som utarbetats inom nämnden för läkares vidareutbildning (NLV).

Med hänsyn till det förändrade innehåll i rättspsykiatri med ökade terapeutiska uppgifter som ett genomförande av kommitténs förslag skulle medföra, bör meritvärderingen för tjänstgöring vid rättspsykiatrisk klinik ses över av NLV och eventuellt leda till ändringar i MF 1973:6 och MF 1974:143.

För närvarande har tjänstgöring vid rättspsykiatrisk klinik meritvärde för specialistutbildning i allmän psykiatri och i barn- och ungdomspsykiatri, där 1 resp. 1/2 års allmän psykiatri i huvudutbildningen kan utbytas mot rättspsykiatri. För specialistutbildning i socialmedicin krävs som sidoutbildning 1 års allmän psykiatri. Enligt kommitténs mening bör åtminstone viss del härav kunna med fördel utbytas mot rättspsykiatri.

Med tanke på det avsevärda behovet av specialister i rättspsykiatri måste tillräckligt antal FV-block inrättas för utbildning härtill. En förutsättning är tillfredsställande handledningskapacitet, det vill säga att tillräckligt antal tjänster för specialistkompetenta läkare finns och även kan besättas.

För att stimulera intresset för rättspsykiatri vore det av värde om de 3 månader AT (allmäntjänstgöring), som skall fullgöras i allmän psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri, även skulle kunna fullgöras i rättspsykiatri. Det kan invändas, att tjänstgöringen skulle bli alltför specialiserad. Med förändrad organisation och breddat innehåll i verksamheten kommer detta emellertid icke att vara fallet, utan sådan tjänstgöring skulle få ett betydande utbildningsvärde. En förutsättning är naturligtvis även i detta fall att tillfredsställande handledning kan ordnas.

För övriga befattningshavare har hittills vid de rättspsykiatriska klinikerna som minimikrav satts grundutbildning för respektive personalkategori, dvs. för psykologer psykologutbildning, för kuratorer (assistenter) socionomutbildning och för skötare mentalskötutbildning. För arbetsterapeuterna gäller analoga förhållanden. "Specialistutbildning" saknas för alla dessa

personalkategorier utöver möjligen den sedan länge existerande s. k. mentalhygieniska kursen för socionomer och viss vidareutbildning för skötarpersonal. Den rättspsykiatriska organisationen ställer utan tvekan så speciella krav på kunskaper hos den personal, som skall arbeta där, att det kan ifrågasättas om inte någon form av särskild utbildning borde vara ett kompetenskrav också för andra kategorier än läkare. Det kan inte vara utredningens uppgift att ange hur denna utbildning bör utformas. Utredningen vill emellertid betona behovet av specialutbildade befattningshavare och föreslå att frågan härom snarast utreds särskilt i samråd med berörda utbildnings- och personalorganisationer.

### 13.5 Huvudmannaskap och driftsansvar

#### *Nuvarande sjukvårdsorganisation och bakgrunden till denna*

Fram till år 1967 svarade staten för sjukvården vid de psykiatriska sjukhusen utom i de tre största städerna, vilka själva svarade för sjukhusen inom sina områden och uppbar statsbidrag härför. Den vård av patienter med lindrigare psykiska besvär, som utövades vid sjukhem eller psykiatriska kliniker vid de vanliga lasaretten, omhänderhades emellertid liksom övrig sjukvård av landstingen. Domstolsöverlämnade (straffriförklarade) patienter vårdades uteslutande på de statliga sjukhusen.

På grundval av ett ramavtal mellan staten och landstingsförbundet, som blev normgivande för de avtal som sedan slöts mellan staten och de enskilda landstingen, övertog landstingen 1967 huvudmannaskapet även för de tidigare statliga psykiatriska sjukhusen. I samband härmed blev också de psykiatriska sjukhusen i de tre största städerna skyldiga att ta emot domstolsöverlämnade patienter.

Bakgrunden till reformen, som föregåtts av grundliga utredningar, var en ny syn på psykiatrin. Denna hade framför allt föranletts av tillkomsten av de nya psykofarmaka, som medförde att den inlåsning och isolering av patienterna som tidigare ansetts nödvändig för de flesta fall inte längre behövdes. Departementschefen anförde att mentalsjukvårdens isolering från sjukvårdsorganisationen i övrigt varit till nackdel ur såväl organisatoriska som sjukvårdsmässiga synpunkter samt att ett brytande av denna isolering genom mentalsjukvårdens sammanföring med kroppssjukvården också skulle skapa bättre förutsättningar för att bryta det ur allmänmänsklig synvinkel olyckliga förhållandet, att mentalsjukdomarna och vården av dem uppfattades som något särpräglat.

Beträffande den s. k. psykopatvården rådde emellertid delade meningar. Mentalsjukvårdsdelegationen hade i sitt betänkande (SOU 1958:38) föreslagit att de s. k. psykopaterna och farliga psykiskt sjuka och abnorma av praktiska skäl skulle undantagas från reformen. Vissa landsting anförde att man inte ville åta sig vårdansvar för patienter, för vilka övriga medborgare måste skyddas, och därigenom bli huvudmän för något som kunde betraktas som kriminalvård. Denna synpunkt underkändes dock av den medicinska sakkunskapen liksom även av departementschefen. Denne framhöll att om en psykiskt abnorm eller farligt sjuk människa var i behov av omhändertagande på mentalsjukhus för specialvård eller gängse mentalsjukvård, detta



borde ske inom ramen för mentalsjukvården och inte i en särskilt tillskapad vårdgren under annan huvudman. Vidare anfördes, att det ur vårdsynpunkt var av fundamental betydelse, att psykopaterna liksom övriga patienter inte var fastlåsta vid en vårdform utan att de alltefter behov kunde vårdas än på allmänna avdelningar än på specialvårdsavdelningar. Till mentalsjukvården skulle givetvis inte hänföras klientel som inte av medicinska skäl behövde omhändertas och vårdas på mentalsjukhus.

De mellan landstingen och staten ingångna avtalen innebar bl. a. att landstingen övertog sjukhusbyggnader samt därtill hörande mark och övriga anläggningar och att man för driften bestämde ett årligt driftsbidrag. För den öppna vården erhöles full kostnadsersättning. Avtalet, som gällde för en tid av fem år, avsåg att ge landstingen full ersättning för sina kostnader i anledning av reformen. Sedermera har nya avtal ingåtts. I stort sett kan sägas att landstingen genomsnittligt erhåller full kostnadstäckning för den psykiatriska vården.

Enligt sjukvårdslagen åligger det landstingskommun att ombesörja vård av dem som är bosatta inom sjukvårdsområdet, i den mån inte annan drar försorg därom. Landstingen är i fall av akut vårdbehov skyldiga att ombesörja vård även av dem som vistas inom området utan att vara bosatta där, dock endast så länge den vårdbehövande ej utan men kan flyttas till hemortssjukhuset.

Kriminalvården har alltjämt – trots att hemortsprincipen delvis genomförts – staten som huvudman. Någon ändring i detta förhållande har inte på allvar ifrågasatts. Psykiatrisk vård inom anstalterna eller genom frivårdens konsulter bekostas och administreras av kriminalvården. I den mån man anlitar resurser inom sjukvården betalar kriminalvården, om vederbörande hemortssjukhus anlitas, vårdavgiften och om annat sjukhus anlitas, s. k. utomlänstaxa, dvs. vad hemortslandsting erlägger till värdlandsting då någon på grund av sjukvårdslagens bestämmelser eller avtal tas in på annat sjukhus än hemortssjukhuset. Vid besök i öppen vård erläggs vid hemortssjukhuset den vanliga patientavgiften, och eljest självkostnadsersättning.

Att kriminalvården sålunda ersätter sjukvårdskostnaderna för de anstalts-intagna sammanhänger med att kriminalvården anses ha vårdnadsansvaret för sina omhändertagna. Motsvarande regler gäller t. ex. värnpliktiga och intagna på alkoholistanstalt. Medan det tidigare var relativt ovanligt, att interner vårdades på institutioner utanför anstalten, är detta nu accepterat som ett led i rehabiliteringen. Kriminalvården erlägger i vissa fall kostnader även för vård under 34 §-permissioner och liknande. Några enhetliga principer finns emellertid inte. I proposition till KvaL (1974:60) uttalade departementschefen beträffande förhållandet mellan sjukvård och kriminalvård bl. a.

”Av vad jag . . . uttalade framgår bl. a. att ifrågavarande klientel i princip måste anses ha samma rätt till sjukvård som andra medborgare och att kriminalvården har det primära ansvaret härför endast i sådana fall då den dömde omhändertagits på sådant sätt att det förhindrar den allmänna sjukvårdens medverkan eller när fråga är om en åtgärd som klart ingår i rehabiliteringsarbetet. Eftersom de intagnas behov av sjukvård i andra fall inte har sin grund i deras speciella situation som lagöverträdare kan med fog hävdas att nya resursbehov för sjukvården uppstår endast i den mån deras situation tidigare inte har kunnat tillgodoses i tillräcklig utsträckning.”

Departementschefen uttalade vidare att en helhetslösning endast kunde nås genom intensifierat samarbete mellan kriminalvården och de myndigheter och organ som svarade för samhällets allmänna hälso- och sjukvård, vilket samarbete avsevärt kunde underlättas genom det nya anstaltssystemet. Några direkta uttalanden om kostnadsansvaret gjordes emellertid inte. Frågorna utreds f. n. inom brottsförebyggande rådet.

Liksom kriminalvården har de rättspsykiatriska klinikerna staten som huvudman. För den planerade Umeåkliniken, som skall integreras med en vårdavdelning för domstolsöverlämnade, särskilt vårdkrävande landstingspatienter, har emellertid staten och landstinget ingått avtal om att landstinget skall ha driftsansvar för kliniken. Enligt avtalet är staten alltjämt huvudman för den rättspsykiatriska kliniken och landstinget för vårdavdelningen. Landstinget svarar emellertid för driften även av kliniken. Detta innebär bl. a. att man anställer personal men får ersättning av staten för samtliga kostnader, som belöper på den rättspsykiatriska kliniken och på den andel av gemensamhetsutrymmen och där anställd personal, som kan anses belöpa på kliniken. Liknande arrangemang har diskuterats beträffande övriga kliniker, men diskussionerna har hittills inte lett till några resultat.

#### *Olika alternativ rörande huvudmannaskap och driftsansvar*

Med avseende på huvudmannaskap och driftsansvar för den skisserade rättspsykiatriska organisationen kan man tänka sig tre alternativ. Organisationen blir helt statlig eller huvudmannaskapet läggs på landstingen eller staten behåller huvudmannaskapet men delegerar driftsansvaret till landstingen. Alternativen behandlas i det följande var för sig.

1. *Såväl huvudmannaskap som driftsansvar ligger hos staten.* Ett sådant system överensstämmer med vad som nu gäller beträffande rättspsykiatriska kliniker. Fördelen skulle då bli att man inte behöver företa några organisatoriska förändringar i aktuellt hänseende. Vidare har verksamheten – särskilt den utredande – stark anknytning till kriminalvård. Utredningarna görs ju i första hand för att vara till ledning för domstolen, och de flesta som undersöks torde inte vara i behov av psykiatrisk behandling. Den behandling som ifrågakommer avser huvudsakligen häktade eller till frihetsstraff dömda och förutsätter delvis betryggande säkerhetsanordningar. Från landstingens sida har man tidigare – som redan diskussionerna kring huvudmannaskapsreformen 1967 visar – varit obenägen att omhänderta det kriminella klientelet. Samma inställning speglas i remissvar till AÖV-gruppens förslag.

En påtaglig nackdel med att organisationen blir helt statlig är dock att man därigenom skulle skapa en från övrig sjukvård fristående, psykiatrisk sjukvårdsorganisation. Det är stor risk att detta skulle leda till en isolering av verksamheten och befästa de svårigheter ur personalrekryteringssynpunkt m. m. som vidlåder den nuvarande rättspsykiatriska organisationen.

2. *Huvudmannaskapet läggs på landstingen.* Med en sådan lösning vinner man påtagliga organisatoriska fördelar såsom rationellt utnyttjande av lokaler och förenklat förfarande vid förflyttning av patienter till eller från den "vanliga" sjukvårdsorganisationen. Vidare torde det bli betydligt lättare att rekrytera personal, framför allt läkare. Ur principiell synpunkt ter det sig också rimligt att all psykiatrisk vård skall ha samma huvudman. Man skulle



kunna se det som en fortsättning av 1967 års huvudmannaskapsreform. Det sagda torde förutsätta att landstingen fick kostnadsbidrag som helt täcker de icke obetydliga kostnader som organisationen kommer att dra. Det är därvid att märka att de kostnader för psykiatrisk sjukvård av intagna som nu åvilar kriminalvården skulle komma att drabba landstingen.

Det är dock tveksamt om tiden ännu är mogen för en dylik reform och det kan knappast förväntas att landstingen omedelbart skulle vara beredda att åtaga sig det fulla ansvaret för verksamheten. Kommittén vill därför – mot bakgrund av vad som sagts i övrigt – förorda det sista alternativet, nämligen

3. *Huvudmannaskapet läggs på staten, men landstingen åtager sig driftsansvaret.* Många av de fördelar som står att vinna med gemensamt huvudmannaskap kan uppnås genom gemensam drift, dvs. det system som planeras vid Umeåkliniken. Denna lösning kan eventuellt ses som ett led i en kommande huvudmannaskapsreform. Den innebär att staten behåller resursansvaret, dvs. planerar och bestämmer vilka resurser organisationen skall ha, samt erlägger full ersättning för de faktiska kostnaderna, avseende såväl undersökning som öppen och sluten vård. En sådan ordning förutsätter dock förhandlingar mellan staten och berörda landsting. Den del av verksamheten som under en övergångstid skulle ligga kvar på kriminalvården bör emellertid alltjämt ha staten till huvudman.

## 13.6 Övergångsfrågor

### *Successiv utbyggnad av den nya organisationen*

I avsnitt 13.3 har skisserats hur den nya organisationen successivt bör byggas upp. Det är f. n. inte möjligt att ange i detalj hur detta skall ske och hur lång tid det kommer att ta i anspråk. Sedan lång tid lider såväl den rättspsykiatriska organisationen som kriminalvården av brist på psykiatrer. Detsamma gäller åtskilliga psykiatriska sjukhus, bl. a. Karsudden som inte torde kunna erhålla full kapacitet på en gång. Vidare måste man avvakta att de nuvarande patienterna skrivs ut eller överförs till andra sjukhus. Ingen av kriminalvårdens psykiatriska avdelningar bör avvecklas, förrän de rättspsykiatriska klinikernas vårdavdelningar byggts ut. Vid denna utbyggnad bör undersökas i vad mån det finns möjlighet för varje särskild klinik att överta någon vårdavdelning i det sjukhus vid vilket kliniken är belägen. Vid Ulleråkers, S:t Jörgens och Umedalens sjukhus finns sålunda avdelningar för särskilt vårdkrävande, som huvudsakligen vårdar domstolsöverlämnade patienter. Ett sådant arrangemang förutsätter att de nuvarande patienterna kan skrivas ut eller förflyttas. Samma förhållande gäller Karsuddens sjukhus. Behövliga nybyggnader bör därefter ske allteftersom resurser, framför allt då personal, kan ställas till förfogande.

### *Reformens verkningar för den vanliga sjukvårdsorganisationen*

Utredningens förslag till gränsdragning mellan kriminalvård och sjukvård kommer att medföra att antalet domstolsöverlämnade patienter minskar vid

de psykiatriska sjukhusen. Å andra sidan har det förutsatts att sjukvården vid behov tar större ansvar än hittills för vård av dem som döms till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården. Karsuddens sjukhus föreslås bli överfört till den rättspsykiatriska organisationen. Vidare torde vissa lokaler, som nu fungerar som vårdavdelningar på de sjukhus, där de rättspsykiatriska klinikerna är belägna, kunna tas i anspråk för denna organisation.

Det är svårt att uttala sig om i vad mån behov av specialavdelningar för särskilt vårdkrävande kommer att kvarstå inom den "vanliga" landstingspsykiatrin, om den av kommittén föreslagna gränsdragningen mellan kriminalvård och sjukvård genomförs och den rättspsykiatriska organisationen byggs ut som här skisserats. Det är sannolikt att behovet av specialvårdsenheter kommer att minska.

För vissa farliga eller i andra hänseenden särskilt vårdkrävande patienter torde emellertid alltså finnas behov av speciella vårdenheter i någon form. Flera alternativ är tänkbara. Ett är att bibehålla de nuvarande s. k. fasta paviljongerna och specialavdelningarna i Växjö och Sundsvall, i vilket fall något behov av avdelningar för särskilt vårdkrävande på övriga sjukhus knappast torde finnas. Enligt ett annat alternativ, som bättre överensstämmer med hemortsprincipen, skulle vården av de särskilt vårdkrävande decentraliseras till de olika landstingen, eventuellt med bibehållande av endast de fasta paviljongerna. Ytterligare en möjlighet är, såsom förut antytts (se s. 316), att förstärka den rättspsykiatriska organisationen så att vården av särskilt vårdkrävande landstingspatienter kan inordnas i denna.

Kommittén anser sig inte böra uttala någon mening om hur landstingen i fortsättningen skall anordna sin sjukvård i denna del, särskilt som frågan intimt sammanhänger med hur den framtida psykiatriska vården i allmänhet kommer att utvecklas. På längre sikt torde det också bli aktuellt att överväga en samlad satsning på det klientel inom kriminal-, sjuk- och socialvård, vars omhändertagande främst betingas av ett vanligen långvarigt behov av garanterat samhällsskydd och vars huvudsakliga vårdbehov är av mera allmän sjukvårdskaraktär, medan dess väsentliga behandlingsbehov hänförs sig till socialpedagogiska och psykoterapeutiskt stödande insatser. Detta gäller både slutna och öppna vård, framför allt då eftervården.



## 14 Specialmotivering

### 14.1 Förslaget till ändringar i BrB

26 kap. 25 §, 29 kap. 13 § och 30 kap. 7 §

Enligt 30:7 BrB kan interneringsnämnden under vissa förutsättningar förordna att ådömd påföljd av internering skall upphöra. Genom de föreslagna bestämmelserna i 26:25 och 29:13 tillskapas en motsvarande möjlighet att under enahanda förutsättningar förordna om upphörande av påföljd av fängelse eller ungdomsfängelse. Motiven till dessa bestämmelser har redovisats i avsnitt 6.2 (se s. 192 ff). De nya bestämmelserna har avfattats i nära anslutning till stadgandet i 30:7 BrB.

En förutsättning för förordnande enligt 30:7 BrB om upphörande av interneringspåföljd är att den dömd är i "varaktigt behov" av sluten psykiatrisk vård. Nämnda uttryck har uppfattats och kan uppfattas såsom innebärande ett mer eller mindre bestående vårdbehov. För ett upphävande av ådömd påföljd bör emellertid inte krävas mera än att behovet av sluten vård bedömes såsom långvarigt. Stadgandet föreslås jämkat i enlighet härmed. Även i de nya paragraferna har långvarigt behov av sluten psykiatrisk vård angivits såsom förutsättning för förordnande att ådömd påföljd skall upphöra.

31 kap. 3 §

Stadgandet i första punkten i första stycket reglerar förutsättningarna för förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård eller till vård i specialsjukhus eller vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda. Bestämmelsen innehåller i förhållande till nu gällande rätt det tillägget, att psykiskt utvecklingsstörd lagöverträdare kan överlämnas till vård i vårdhem för utvecklingsstörda. Skälen härför har utvecklats i avsnitt 6.1 (se s. 187).

Föreligger inte kausalsamband mellan den psykiska störningen och gärningen - t.ex. i fall då störningen uppkommit efter brottet - får överlämnande till sluten psykiatrisk vård eller till vård i specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda enligt nu gällande lydelse av stadgandets andra

punkt ske endast om särskilda skäl är därtill. Kravet på kausalsamband har av skäl, som anförts i 8 kap. (se s. 259), ansetts inte böra bibehållas. Överlämnande till sluten psykiatrisk vård föreslås därför kunna ske, när förutsättningar för intagning till sådan vård föreligger enligt LSPV, dock med den begränsningen att överlämnande inte får ske, om störningen inte förelåg vid tiden för brottet och vårdbehovet bedöms som kortvarigt. Såsom i kap. 8 (se s. 261) framhållits bör ett överlämnande i dylikt fall vara motiverat av att vårdbehovet bedöms vara mera långvarigt. Bestämmelse härom har upptagits i andra punkten av första stycket. Någon motsvarande begränsning av möjligheten att överlämna en psykiskt utvecklingsstörd lagöverträdare till vård i specialsjukhus eller vårdhem för utvecklingsstörda erfordras givetvis inte.

Av förut anförda skäl (se s. 196) har i paragrafens andra stycke stadgats befogenhet för domstol att, om den, beträffande vilken förordnande enligt första stycket meddelas, kan anses vara på grund av psykisk störning farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa, förordna att beslut om utskrivning eller utskrivning på försök inte får verkställas utan att beslutet dessförinnan fastställts av psykiatriska nämnden. Syftet med stadgandet är både att tillgodose säkerhetsaspekten och att åvägbringa en för hela landet enhetlig tillämpning av utskrivningsbestämmelserna i dessa för allmänheten och lagöverträdarna själva betydelsefulla ärenden. Antalet fall i vilka förordnande av detta slag meddelas torde inte bli så stort att de kan befaras bli en belastning i administrativt hänseende.

Med psykisk störning avses i stadgandet även psykisk utvecklingsstörning. Farlighetskriteriet i stadgandet ansluter till och har samma innebörd som motsvarande kriterier i specialindikationerna i 1 § LSPV under b) och i 35 § omsorgslagen under a). Farligheten behöver inte ha kommit till uttryck i det aktuella brottet, även om behovet av en kvalificerad prövning av utskrivningen oftast torde uppstå i fall, då gärningsmannen gjort sig skyldig till ett allvarligt våldsbrott. Ett förordnande av detta slag kan sålunda vara motiverat även i fall, där det aktuella brottet visserligen inte har karaktär av våldsbrott men där vad som framkommit rörande gärningsmannen visar att han kan vara farlig för annan person.

#### 31 kap. 4 §

Enligt kommitténs i 6 kap. (se s. 181 ff) närmare utvecklade förslag skall påföljden överlämnande till öppen psykiatrisk vård ges en annan innebörd och rättsverkan än enligt gällande rätt. Närmare bestämmelser härom har upptagits i LSPV (se 12 a § med hänvisning till 12 § samt 20 a § med där upptagna hänvisningar till 16, 19 och 20 §§). I 31:4 BrB anges endast förutsättningarna för att förordnande om öppen psykiatrisk vård skall kunna meddelas. Sådant förordnande måste föregås av rättspsykiatrisk undersökning, eftersom förordnandet kan leda till intagning för sluten psykiatrisk vård. För att förordnande om överlämnande av lagöverträdare till öppen psykiatrisk vård skall kunna meddelas, måste av utlåtandet över undersökningen framgå att han lider av sådan psykisk störning att vård kan beredas honom med stöd av LSPV, ehuru förutsättningar för utskrivning på försök enligt 19 § LSPV anses föreligga.



## 33 kap. 2 §

Det i denna paragraf enligt dess nu gällande lydelse upptagna förbudet mot vissa påföljder för personer, som begått brott under inflytande av vissa psykiska störningar, har ersatts av bestämmelser som ger anvisningar beträffande påföljdsvalet för den som vid brottet led av psykisk störning av mera allvarligt slag. De överväganden som ligger till grund för de nu föreslagna bestämmelserna har utförligt redovisats i 8 kap. (se s. 261 ff).

Stadgandet i första stycket avser andra psykiska störningar än psykiska utvecklingsstörningar. Vilka psykiska störningar som omfattas av det föreslagna stadgandet har inte ansetts behöva närmare anges. Tillämpningen av stadgandet förutsätter emellertid, att störningen förelåg vid tiden för brottet och var sådan att vård då kunde beredas gärningsmannen med stöd av LSPV. Såsom framgår av 31 kap. 3 § innebär detta inte något hinder för domstol att förordna om överlämnande till sluten psykiatrisk vård på grund av en psykisk störning som uppkommit efter brottet i fall, då vårdbehovet ej endast är kortvarigt. Även i fall då behov av sluten psykiatrisk vård inte föreligger vid domstolstillfället, kan störningen vara sådan att frihetsstraff är en på grund av störningen olämplig påföljd. Hänsyn härtill skall naturligtvis tagas vid påföljdsvalet.

Beträffande tillämpningen av de i stadgandet lämnade anvisningarna för bedömande av fråga om vad som i det särskilda fallet är den lämpligaste påföljden vill kommittén hänvisa till vad i 7 kap. i anslutning till där återgivna fallbeskrivningar anförts om vad som vid påföljdsval är att beakta vid olika psykiska störningar.

Om domstolen anser att det på grund av psykisk störning är olämpligt att döma gärningsmannen till fängelse eller annan frihetsberövande påföljd inom kriminalvården, kan domstolen fritt välja mellan övriga påföljder eller med stöd av sista stycket förordna att den tilltalade skall vara fri från påföljd. Några särskilda anvisningar för påföljdsvalet i sådant läge torde inte erfordras. Det ligger i sakens natur att överlämnande till särskild vård, skyddstillsyn och böter är de påföljder som härvid i första hand kommer i fråga.

I andra stycket ges liknande anvisningar om valet av påföljd för lagöverträdare som är så psykiskt utvecklingsstörda, att vård kan beredas dem med stöd av 35 § omsorgslagen. Stadgandet skiljer sig från bestämmelserna i första stycket därutinnan att det inte sägs något om att utvecklingsstörningen skall ha förelegat vid tiden för brottet. I begreppet utvecklingsstörning ligger att fråga är om en störning som uppkommit i ett mycket tidigt skede av livet och alltså måste ha förelegat även vid tiden för brottet.

De föreslagna jämkningarna av stadgandet i tredje stycket är uteslutande av redaktionell art.

## 33 kap. 4 §

I denna paragraf som ger domstol befogenhet att nedsätta straff för den som är underårig eller psykiskt störd har inte gjorts annan ändring än att uttrycket "själslig abnormitet" utbytt mot "psykisk störning" (jfr 256).

## 36 kap. 8 §

I 36 kap. BrB ges bestämmelser om förverkande av egendom och annan särskild rättsverkan av brott. Bestämmelserna om förverkande innebär att såsom en följd av brottslig gärning viss egendom eller, om den inte finns i behåll, i förekommande fall värdet av denna kan förklaras förverkad. Förutom i BrB finns bestämmelser om förverkande i lagar och författningar inom specialstraffrätten, t. ex. i narkotikastrafflagen.

I åtskilliga bestämmelser, t. ex. 36:1 BrB och 6 § 1 st. narkotikastrafflagen, förutsätts för förverkande att detta inte är uppenbart obilligt, medan det enligt vissa stadganden inom specialstraffrätten är obligatoriskt. 1968 infördes emellertid ett stadgande, 36:11 BrB, enligt vilket förordnande om förverkande eller annan särskild rättsverkan av brott kan underlåtas, om denna rättsverkan är uppenbart obillig. Detta stadgande äger tillämpning även på förverkande enligt specialstraffrättsliga bestämmelser. Förevarande stadgande – 36:8 – innehåller i sin nuvarande utformning en specialregel för underåriga och för dem som begått brott under inflytande av vissa psykiska störningstillstånd. I sistnämnda fall må rätten förordna om förverkande eller annan särskild rättsverkan allenast om och i den mån det med hänsyn till vederbörandes sinnesart, gärningens beskaffenhet och omständigheterna i övrigt kan anses skäligt. Regeln har efter tillkomsten av 36:11 BrB en begränsad betydelse. Det bör dock understrykas att presumtionen i 36:8 är mot förverkande, medan det för andra fall förutsätts att förverkande skall ske, men kan underlåtas av särskild anledning. Förverkandefrågan är särskilt aktuell i mål som rör narkotikabrottslighet (se t. ex. NJA 1974 s. 108, referat på s. 240).

I rättsfallet NJA 1974 s. 108 anförde HD till stöd för sitt beslut att befria den dömda från skyldighet att utge förverkat värde, att hon saknade tillgångar och att befrielse från ersättningskyldighet kunde antagas vara av betydelse för hennes psykiska hälsa. Dessa skäl kan ibland anföras även för det fall att vederbörande döms till andra påföljder än sluten psykiatrisk vård. Om det kan anses utrett att några medel inte finns i behåll, kan det vara obilligt att ålägga vederbörande att utge ersättning för förverkat utbyte av brottet. Detta gäller särskilt om inkomsterna använts att finansiera eget missbruk. Det är heller inte ovanligt att personer, som av domstol ålagts skyldighet att utge värdet av försåld narkotika, av nåd helt eller delvis befriats från denna skyldighet.

Enligt de riktlinjer som angivits i kap. 7 innebär kommitténs förslag att vissa lagöverträdare, som med nuvarande praxis skulle ha överlämnats till sluten psykiatrisk vård, i stället kommer att dömas till kriminalvård. Detta gäller inte minst narkomanerna. Kommittén har därför övervägt om det finns skäl att såsom en konsekvens därav ändra förverkandereglererna beträffande gärningsmän som är psykiskt störda.

Om bestämmelserna i 6 § narkotikastrafflagen, 36:11 BrB, och övriga stadganden med motsvarande innehåll i praxis ges en gentemot den tilltalade generös tillämpning, kan en sådan ändring emellertid ej anses erforderlig. Vid tillämpning av nämnda bestämmelser bör det enligt kommitténs mening anses obilligt att betungande ersättningskyldighet till statsverket för medel som redan förbrukats åläggs en lagöverträdare, vars psykiska hälsa och



sociala rehabilitering kan bli lidande därav.

Av nu anförda skäl kan någon saklig ändring av stadgandet i denna paragraf inte anses påkallad.

Övergången till den av kommittén förordade terminologin har nödvändiggjort vissa jämkningar av huvudsakligen redaktionell art, därvid stadgandet uppdelats på två stycken. Det första av dessa stycken upptar bestämmelser om förverkande beträffande den som vid brottet led av annan psykisk störning än utvecklingsstörning. Den psykiska störningen skall enligt förslaget, på samma sätt som i de föreslagna bestämmelserna i 33:2 BrB, ha förelegat vid tiden för brottet och vara sådan, att slutna psykiatrisk vård då kunnat beredas gärningsmannen med stöd av LSPV. Kravet på kausalsamband mellan störningen och brottet har ansetts ej behöva bibehållas. Vad sålunda stadgats om den som vid brottet led av annan psykisk störning än utvecklingsstörning, skall enligt det nya andra stycket gälla även den som är så psykiskt utvecklingsstörd, att vård i specialsjukhus eller vårdhem för utvecklingsstörda kan beredas honom med stöd av 35 § omsorgslagen.

Det i 36:8 i dess nu gällande lydelse använda uttrycket "sinnesart" används inte i modern psykiatrisk terminologi och har därför i detta sammanhang utbytt mot "psykiskt tillstånd".

### 37 kap. 3 §

Enligt det föreslagna stadgandet i 26:25 skall kriminalvårdsnämnden äga befogenhet att under vissa förutsättningar förordna att ådömt fängelsestraff skall upphöra, om den dömden efter domen finnes vara i långvarigt behov av slutna vård. Denna utvidgning av nämndens uppgifter gör det nödvändigt att en av nämndens ledamöter och ersättare för honom är psykiater. Föreskrift härom har upptagits i denna paragraf.

## 14.2 Förslagen till ändringar i LSPV och i kungörelsen angående tillämpningen av LSPV

### LSPV

#### 1 §

Kommittén har i den allmänna motiveringen såsom en övergripande samlingsbeteckning för alla slag av psykiska funktionsrubbnings valt beteckningen "psykisk störning". Denna beteckning innefattar även psykisk utvecklingsstörning. Såsom angivits i kap. 8 (se s. 256) föreslår kommittén därför att de nuvarande termerna "psykisk sjukdom" och "psykisk abnormitet som icke är psykisk sjukdom eller utgöres av hämning i förståndsutvecklingen" skall ersättas av "psykisk störning som inte utgör psykisk utvecklingsstörning". I konsekvens härmed har beteckningen "sjukdom" på samtliga ställen där den förekommer i lagen utbytt mot "störning". Någon saklig ändring är inte avsedd med de föreslagna ändringarna.

a)-indikationen har i enlighet med vad som utvecklats i kap. 8 (se s. 256) fått en delvis ändrad lydelse, såtillvida att uttrycket "beroende av narkotiska

medel" utbytt mot "missbruk av beroendeframkallande medel". Det sistnämnda uttrycket innefattar även alkoholmissbruk. Någon saklig ändring av lagens ursprungliga mening är emellertid inte avsedd.

e)-indikationen i den nuvarande lagen skall enligt kommitténs förslag helt utgå. Skälen härför har angivits i kap. 6.3 (se s. 196 ff).

I tredje stycket har tillagts att vård kan beredas även på rättspsykiatrisk klinik. Såsom kommittén i olika sammanhang (kap 9–13) framhållit bör psykiatrisk vård, frivillig eller med stöd av LSPV, kunna beredas vissa patientkategorier på rättspsykiatrisk klinik i de fall detta av praktiska skäl är lämpligare än intagning på sjukhus inom den allmänna sjukvården. I första hand avses anhållna och häktade samt intagna i kriminalvårdsanstalt. Även de som av domstol överlämnats till öppen psykiatrisk vård skall enligt förslaget kunna omhändertagas på dessa kliniker. Däremot skall de som dömts till sluten psykiatrisk vård regelmässigt vårdas inom den allmänna sjukvården. I undantagsfall – framför allt om det uppstått en terapeutisk relation mellan en patient och läkare vid rättspsykiatrisk klinik vid tidigare kontakter – bör emellertid en domstolsöverlämnad patient kunna tas in på rättspsykiatrisk klinik för vård i stället för på psykiatriskt sjukhus. Detta bör dock inte ske mot patientens vilja.

I enlighet med vad som nu sagts har i paragrafens andra stycke stadgats att sluten psykiatrisk vård skall kunna beredas även på rättspsykiatrisk klinik ävensom att vad i lagen sägs om sjukhus skall i tillämpliga delar gälla även sådan klinik.

Att de rättspsykiatriska klinikerna tilldelas vårduppgifter förutsätter ändringar i instruktionen för dessa kliniker. Det bör åligga socialstyrelsen att utarbeta förslag till ny instruktion.

### 3 och 16 §§

Såsom en följd av kommitténs förslag om upphävande av e)-indikationen skall vad i 3 och 16 §§ stadgas om intagning och kvarhållande med stöd av denna indikation utgå.

### 4 §

I fjärde stycket har tillagts att även åklagare som handlägger brottsutredning skall kunna göra ansökan om intagning av den för brottet misstänkte. Skälen härför har utvecklats i kap. 9 (se s. 277). Det sagda gäller oavsett var den misstänkte befinner sig vid tiden för ansökan, således även om han är intagen i häkte, kriminalvårdsanstalt eller annan institution.

### 6 §

I paragrafens andra stycke har såsom huvudregel uppställts att intagning på sjukhus inte får ske med stöd av vårdintyg som utfärdats av läkare vid sjukhuset. Om betydande olägenhet skulle uppstå genom anlitande av annan läkare, får dock vårdintyg utfärdat av läkare vid sjukhuset godtagas för intagning på annan klinik än den där han är verksam. Denna begränsning av



möjligheten till undantag från huvudregeln kan av praktiska skäl inte upprätthållas vid intagning på rättspsykiatrisk klinik. Kommittén har därför föreslagit (se kap. 10 s. 295) att intagning på sådan klinik skall kunna ske med stöd av vårdintyg utfärdat av läkare vid kliniken. Det är härvid att märka att intagning på rättspsykiatrisk klinik med stöd av vårdintyg i regel kommer att ske endast för vård under kortare tid av personer som redan är omhändertagna av det allmänna. Förutsättningen för en avvikelse från huvudregeln är dock att betydande olägenhet eljest skulle uppstå. Man bör i första hand söka anlita annan läkare än sådan som är anställd vid den rättspsykiatriska kliniken för utfärdande av vårdintyg. Av regeln i 10 § följer att under inga omständigheter samma läkare får utfärda vårdintyg och besluta om intagning.

## 12 §

Paragrafen ger bestämmelser om placering av patient som av domstol överlämnats till slutna psykiatrisk vård. Enligt kommitténs förslag skall placering på sjukhus ske så snart det är möjligt efter domen och utan att avvakta att domen vunnit laga kraft. Detta bör dock inte ske mot patientens vilja annat än i undantagsfall, såsom t. ex. om patienten är svårt sjuk. Under inga omständigheter får patientens möjligheter att förbereda överklagande av domen genom samtal med advokat eller liknande försvåras genom placering på sjukhus långt från domstolsorten. Intagning skall ombesörjas av överläkaren vid den rättspsykiatriska klinik till vars upptagningsområde den dömda hör, dvs. i regel vid den klinik där han blivit undersökt. Överläkaren bör, om han inte själv utfört undersökningen, inhämta undersökningsläkarens åsikt före beslutet. Beslutet innebär i allmänhet att intagning skall ske vid hemortssjukhuset. Om överläkaren redan från början är av den uppfattningen att intagning bör ske på specialenhet, dvs. fast paviljong eller någon av specialavdelningarna vid Sundsvalls eller S:t Sigfrids sjukhus eller eljest på sjukhus utom hemortssjukhuset, skall han omedelbart anmäla detta till socialstyrelsen som har att fatta beslut i frågan. Om överläkaren vid hemortssjukhuset motsätter sig patientens intagning där – t. ex. på grund av platsbrist eller med hänsyn till patientens förmodade farlighet – skall frågan likaledes hänskjutas till socialstyrelsen.

## 12 a §

Vad kommittén i den allmänna motiveringen föreslagit beträffande överlämnande till öppen psykiatrisk vård såsom brottspåföljd (se kap. 6 s. 181 ff.) gör det nödvändigt att den, som dömts till sådan påföljd, inskrives vid det sjukhus vid vilket vården bör beredas honom. Bestämmelse härom har införts i ny paragraf – 12 a § – i det avsnitt av LSPV som handlar om intagning.

Av den föregående framställningen framgår att inskrivningen regelmässigt bör ske vid hemortssjukhuset eller vid den rättspsykiatriska klinik som gjort undersökningen. Åtgärd för inskrivning till öppen vård skall vidtagas av överläkaren vid kliniken. Beträffande förfarandet härvid skall vad i 12 §

stadgats om intagning av den som överlämnats till sluten psykiatrisk vård äga motsvarande tillämpning.

#### 17 §

I ett nytt stycke har i denna paragraf upptagits en erinran om vad som skall iakttagas, om domstol med stöd av det föreslagna stadgandet i 31:3 BrB förordnat att utskrivning eller utskrivning på försök av den som av domstolen överlämnats till sluten psykiatrisk vård inte får ske utan att beslutet dessförinnan fastställts av psykiatriska nämnden. Enligt kommitténs förslag får sådant förordnande endast ske beträffande den som på grund av psykisk störning kan anses farlig för annans personliga säkerhet. Skälen till hithörande bestämmelser har redovisats i det föregående (se s. 261 och 319).

#### 20 a §

Bestämmelserna i denna paragraf har tillkommit som en följd av kommitténs förslag till ny utformning av påföljden öppen psykiatrisk vård. Enligt 19 § LSPV skall utskrivning på försök ske för viss tid, högst sex månader. Beträffande den som av domstol överlämnats till öppen psykiatrisk vård skall emellertid alltid gälla en bestämd tid av sex månader, som sedan kan förlängas med högst sex månader åt gången. Eftersom inskrivning skett på grund av domstols beslut, skall utskrivningsfrågorna handläggas av utskrivningsnämnden. Härutöver gäller för ifrågavarande patienter samma regler som för övriga försöksutskrivna. Patient kan sålunda åläggas att iakttaga särskilda föreskrifter eller ställas under tillsyn av lämplig person. Han får intagas på sjukhuset efter beslut av överläkaren om förhållandena påkallar det. Hur kommittén tänkt sig att reglerna bör tillämpas framgår av vad som anförts i kap. 6 och 11 (se s. 186 och 322).

### *Tillämpningskungörelsen*

#### 3 §

I enlighet med vad som anförts i 12 kap. (se s. 330) har i stadgandet intagits föreskrift om att den som från kriminalvårdsanstalt överförs till sjukhus för sluten psykiatrisk vård inte får tillåtas att vistas utanför sjukhuset utan att samråd skett med vederbörande kriminalvårdsmyndighet.

#### 3 a §

Paragrafen som är ny stadgar viss underrättelseplikt för sjukhuset, innan utskrivning sker av patient som är häktad eller som tagits in på sjukhus i samband med brottsutredning eller som varit intagen på kriminalvårdsanstalt och skall återföras dit. Avsikten är att förhindra att – såsom skett i enstaka fall – sådan utskrivning sker utan att den som är ansvarig för tillsynen eller brottsutredningen får tillfälle att vidtaga de åtgärder som kan vara erforderliga, såsom återintagning i häkte eller anstalt, anhållande eller liknande.



## 5 §

De föreslagna ändringarna är en följd av att åtgärd för intagning på sjukhus enligt 12 § LSPV i första hand lagts på överläkaren vid den rättspsykiatriska kliniken (se s. 317).

### 14.3 Förslagen till ändringar i omsorgslagen och i stadgan angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda

#### 35 och 40 §§ omsorgslagen

Specialindikationen i 35 § andra stycket och vad som sägs om denna i 40 § skall enligt kommitténs förslag upphävas. Skälen härför har utvecklats i kap. 6.3 (se s. 201).

## 37 §

Paragrafen, som motsvarar 12 § LSPV, innehåller bestämmelser om placering av psykiskt utvecklingsstörd som av domstol överlämnats till vård i vårdhem eller specialsjukhus. Placering på vårdhem eller specialsjukhus skall enligt vad kommittén föreslagit i 11 kap. (se s. 323) kunna ske snarast möjligt efter domen och utan att avvakta att denna vunnit laga kraft. Åtgärd för den dömdes placering skall till skillnad mot vad nu är fallet i första hand ankomma på överläkaren vid den rättspsykiatriska klinik, inom vars upptagningsområde den dömda vistas. Då det gäller vård av utvecklingsstörd finns det inte alltid – särskilt inte då det gäller specialsjukhus – resurser inom hemlandstingskommunen. I kap. 6 har framhållits att undersökningsläkaren vid valet av förslag till vårdform skall ha rådgjort med omsorgsstyrelsen i vederbörandes hemort. Redan i samband därmed torde styrelsen i de flesta fall ha angivit vilken institution som den anser vara lämplig. Om så inte har skett, bör överläkaren vid den rättspsykiatriska kliniken ta kontakt med omsorgsstyrelsen. Om vårdchefen vid det vårdhem respektive överläkaren vid det specialsjukhus, där intagning enligt överläkaren vid den rättspsykiatriska kliniken bör ske, motsätter sig intagning, skall intagningsfrågan hänskjutas till socialstyrelsen för avgörande.

## 41 §

Utskrivning av den som är intagen i vårdhem beslutas i regel av vårdchefen. Beträffande den som intagits på grund av domstols förordnande bör emellertid denna fråga avgöras av beslutsnämnd. Bestämmelse härom har införts i denna paragraf.

## 42 a §

Enligt kommitténs förslag skall domstol kunna förordna att den som på grund av psykisk störning – varmed även avses psykisk utvecklingsstörning – anses farlig för annans säkerhet eller hälsa inte får skrivas ut utan att beslutet

underställts psykiatriska nämnden. Av beslutsnämnden fattat beslut om utskrivning skall i enlighet härmed omedelbart översändas till psykiatriska nämnden för prövning. Det sagda gäller både för den som är intagen på vårdhem och den som är intagen på specialsjukhus.

I 98 § i 1968 års stadga angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda har endast vidtagits den förändringen, att 5 § tillämpningskungörelsen till LSPV, som handlar om överlämnande av avskrift av handlingar till det sjukhus där den dömda skall intagas, förklarats gälla även vid intagning i vårdhem.

#### 14.4 Förslaget till ändringar i RB

De i kommitténs förslag upptagna ändringarna i 20 kap. RB överensstämmer med vad åtalsrättskommittén föreslagit om befogenhet för åklagare att underlåta åtal mot lagöverträdare som är psykiskt störda. För den närmare innebörden därav har redogjorts i kap. 9 (se s. 277).

Enligt den i RB 20:7 p. 4 intagna reservationen får åtal ej underlåtas, om åtal är påkallat av särskilda skäl. I åtalsrättskommitténs förslag motsvaras denna bestämmelse av ett för hela paragrafen gemensamt stadgande att en förutsättning för åtalsunderlåtelse skall vara att hinder ej möter med hänsyn till viktigt allmänt eller viktigt enskilt intresse. Begränsas, såsom skett i förevarande betänkande, ändringen av 20:7 till p. 4 torde den i gällande lag upptagna begränsningen av befogenhet att underlåta åtal böra bibehållas. Påkallas åtal av "viktigt allmänt eller viktigt enskilt intresse" torde detta innefatta "särskilda skäl" att åtala.

Av framställningen i kap. 9 framgår att vilandeförklaring av åtal inte bör få längre varaktighet än tre månader. Såsom åtalsrättskommittén funnit bör tidsfristen ej inskrivas i lagtexten. Nämnda kommitté har till stöd härför framhållit att med en bestämd tidsfrist skulle följa behov för åklagaren att särskilt bevaka att tidsfristen ej överskrids och en sådan bevakning skulle innebära ett tyngande moment. En strikt tidsbegränsning är därjämte beträffande lagöverträdare, som är psykiskt störda, mindre lämplig med hänsyn till störningarnas skiftande art och grad. 3-månaderstiden bör därför endast tjäna som en riktpunkt för praxis.

#### 14.5 Förslaget till lag om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål

Den av kommittén i 10 kap. föreslagna ordningen för rättspsykiatriska undersökningar skiljer sig så väsentligt från den nu gällande, att erforderliga bestämmelser ansetts böra ges i en helt ny lag.

##### 1 §

Rättspsykiatrisk undersökning i brottmål skall enligt förslaget liksom hittills beslutas av rätten. Förslaget utgår från att sådan undersökning skall helt onödiggöra de läkarundersökningar med stöd av 7 § personundersökningslagen som med nuvarande ordning i stor utsträckning föregår rättspsykiatrisk



undersökning. Detta påkallar vissa ändringar i sistnämnda lag.

Rättspsykiatrisk undersökning skall enligt förslaget utföras främst av läkare vid undersökningsenhet inom den rättspsykiatriska organisationen. Enligt gällande ordning sker undersökningarna vid rättspsykiatriska kliniker eller stationer. Uttrycket undersökningsenhet har valts med hänsyn till att, om utredningens förslag genomföres, stationerna kommer att successivt avvecklas i samband med att klinikerna byggs ut. Liksom hittills bör socialstyrelsen bestämma om undersökningarnas fördelning på undersökningsenheter. Detta sker i särskilda instruktioner.

## 2 §

I denna paragraf regleras förutsättningarna för förordnande om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål. Enligt gällande rätt förutsätts för sådant förordnande att den misstänkte erkänt gärningen eller övertygande bevisning förebragts att han begått den. I förslaget krävs för normalfallet endast att den misstänkte erkänt gärningen eller eljest sannolika skäl föreligger att han begått den. Detta krav överensstämmer med förutsättningarna för förordnande om personundersökning. Om den misstänkte ej erkänt gärningen gör domstolen vanligen en bedömning vid häktningsförhandling, om sådan äger rum, och eljest med ledning av förundersökningsprotokollen sedan åtal väckts. I enstaka fall kan det förekomma att rätten har särskild förhandling i frågan (tolkningen av beviskravet i personundersökningslagen behandlas utförligt i prop. 1973:173 s. 25 ff).

Kravet på att beslut om rättspsykiatrisk undersökning skall föregås av en prövning, att övertygande bevisning förebragts om att den misstänkte begått gärningen, måste ses mot bakgrunden av den långa tid en sådan undersökning tar f. n. Man kan inte beröva en misstänkt friheten i månadtal i avbidan på läkarundersökning utan att övertygande bevisning om skuld förebragts. Om undersökningstiden beträffande häktade i det övervägande flertalet fall kan nedbringas till högst 14 dagar, behöver huvudförhandling i dessa fall inte i någon nämnvärd grad fördröjas av en rättspsykiatrisk undersökning. I de fall åter, då undersökningen kräver längre tid, blir undersökningen mera ingripande för den misstänkte. Därmed blir kravet på övertygande bevisning i skuldfrågan såsom förutsättning för en förlängning av den tid, inom vilken utlåtande skall avges, mera oeftergivligt.

Om häktningsförhandling äger rum, bör domstolen redan i samband med denna kunna förordna om rättspsykiatrisk undersökning.

En förutsättning för att rättspsykiatrisk undersökning skall få äga rum är att den kan få betydelse för målets avgörande. Vid bötesbrott gäller att undersökning får beslutas endast om särskilda skäl föreligger. Förslaget överensstämmer i sistnämnda hänseende med gällande rätt.

## 3 §

I denna paragraf upptas bestämmelser om när undersökning obligatoriskt skall ske. Enligt nu gällande bestämmelser får förordnande om överlämnande till sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus inte meddelas utan att ha föregåtts av rättspsykiatrisk undersökning. I personundersökningslagen

stadgas att överlämnande till öppen vård, internering, eller ungdomsfängelse beträffande den som ej fyllt 18 år måste föregås av § 7-undersökning. Ådömande av samtliga nu nämnda påföljer, liksom överlämnande till vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda, skall enligt kommitténs förslag föregås av rättspsykiatrisk undersökning. Det nu gällande stadgandet att undersökning inte behöver äga rum före förordnande om sluten psykiatrisk vård eller vård i specialsjukhus, om den misstänkte redan är intagen på sjukhus eller försöksutskriften från sådant, har bibehållits. I sådant fall är att enligt nu gällande bestämmelser tillräckligt att i målet föreligger ett utlåtande av socialstyrelsen att det är uppenbart att den misstänkte kan beredas fortsatt vård. Enligt förslaget skall utlåtande i stället inhämtas av den vårdansvarige överläkaren vid det sjukhus, där den misstänkte är intagen. Såvitt gäller intagen i vårdhem skall yttrandet avgas av vårdchefen. Det bör åligga socialstyrelsen att utarbeta formulär för yttrande jämlikt 3 §. Rätten kan naturligtvis, om det anses erforderligt, inhämta socialstyrelsens yttrande över överläkarens respektive vårdchefens utlåtande.

#### 4 §

Stadgandet innehåller bestämmelser om tiden för avgivande av rättspsykiatriskt utlåtande till rätten. Enligt gällande rätt skall utlåtande över rättspsykiatrisk undersökning avgas till rätten inom sex veckor, med rätt för socialstyrelsen att medge anstånd i särskilt fall. För § 7-undersökning finns inga motsvarande bestämmelser.

Av vad som anförts i 10 kap. framgår att tiden för genomförande av en normalundersökning beräknas uppgå till två veckor och för en mer omfattande undersökning till omkring fyra veckor. Man har då förutsatt att det inte skall förekomma några som helst väntetider. Med hänsyn till den alltjämt rådande läkarbristen måste man, särskilt vid ojämn arbetsanhopning, räkna med att längre tid erfordras i åtskilliga fall. Kommittén har därför föreslagit en tidsgräns om två veckor för det fall att den misstänkte är häktad och eljest sex veckor, med möjlighet för rätten att ge anstånd i särskilt fall.

I fråga om misstänkta som icke är häktade torde någon begränsning av den tid, inom vilken anstånd kan ges, inte erfordras. I de flesta fallen kommer undersökningen, vare sig det är fråga om en normalundersökning eller en mera omfattande undersökning, att kunna göras inom den tid målet normalt skulle utsättas till huvudförhandling. Rätten bör givetvis vid bedömning av begäran om anstånd se till att inte huvudförhandlingen i onödan fördröjs. Om det är fråga om s. k. förtursmål eller om det eljest anses viktigt att huvudförhandling sätts ut inom kort tid från det åtal kommit in bör man således vara restriktiv med att tillåta uppskov.

Om den misstänkte är häktad bör man emellertid, som framhållits i 10 kap., ställa högre beviskrav för att tiden för utlåtandets avgivande skall få utsträckas utöver den lagstadgade. Bortsett från de påfrestningar själva häktningen kan innebära, riskerar man ju att en person som sedermera kan komma att frikännas får sin häktningstid förlängd. Beträffande häktade bör därför tillstånd till förlängning av undersökningstiden utöver en sammanlagd tid av tre veckor inte få ske med mindre den misstänkte erkänt gärningen eller övertygande bevisning förebragts att han begått den, dvs. samma krav som



nu uppställs för rättspsykiatrisk undersökning. Om åtal ej väckts inom treveckorstiden bör tiden kunna utsträckas till dess åtal väcks. I sådant fall är det ju f. ö. omöjligt att bedöma bevisläget utöver den bedömning som gjorts vid häktningsförhandlingen.

Om undersökningsläkaren märker att undersökning av häktad inte kan genomföras inom utsatt tid, skall läkaren anmäla förhållandet till rätten och begära anstånd för så lång tid som undersökningen kan beräknas ta i anspråk. Om den misstänkte inte erkänt gärningen, men åtal väckts, bör rätten sätta ut målet till huvudförhandling för avgörande om det föreligger övertygande bevisning om att han begått brottet. Undersökningen får då avbrytas för att senare återupptagas, om huvudförhandlingen utmynnar i beslut om fortsatt undersökning. Om undersökningen, vilket i regel torde vara fallet, kan färdigställas inom två veckor efter rättens beslut, kan fortsatt huvudförhandling enligt bestämmelserna i 46:11 RB äga rum. Eljest måste i regel målet utsättas till ny huvudförhandling.

Enligt stadgad praxis sätts mål rörande häktad ut till huvudförhandling inom en vecka efter det utlåtande över rättspsykiatrisk undersökning inkom till rätten. Denna praxis bör gälla även för det fall, att undersökningsläkaren begär uppskov utöver en tid av tre veckor. Målet bör således sättas ut till huvudförhandling inom en vecka sedan läkaren begärt uppskov. Det kan då inträffa att läkaren i förväg meddelar att han visserligen inte kan färdigställa utlåtandet inom treveckorstiden, men väl inom ytterligare en vecka. Hinder bör då inte föreligga mot att medge uppskov till tre veckor och sätta ut målet inom en vecka därefter samt låta undersökningen fortgå under denna tid. Om treveckorstiden överskridits, innan åtal väckts, bör målet, sedan åtal väckts, sättas ut inom en vecka därefter. Vad nyss sagts om färdigställande av utlåtande under tid fram till huvudförhandlingen bör gälla även detta fall.

## 5 §

Stadgandet innehåller bestämmelser om vad ett rättspsykiatriskt utlåtande skall innehålla och överensstämmer i sak med gällande rätt. Utlåtandet skall sålunda innehålla uttalanden om förutsättningen för att bereda den misstänkte vård med stöd av LSPV eller vård i specialsjukhus eller vårdhem med stöd av omsorgslagen. Om öppen psykiatrisk vård enligt BrB 31:4 kan ifrågakomma, dvs. om läkaren anser att den misstänkte väl kan beredas sluten vård med stöd av LSPV, men att förutsättningar för försöksutskrivning finns, skall han även uttala sig om detta. Uttalandet om förutsättningarna för vård skall hänföra sig till tiden för utlåtandets färdigställande. Undersökningsläkaren skall också uttala sig om den misstänktes tillstånd vid tiden för gärningens begående. Att detta är av betydelse framgår av bestämmelserna i 31:3 och 33:2 BrB. Vad förut sagts om utlåtandets innehåll skall gälla om annat ej följer av förordnandet.

Om undersökningsläkaren anser att den misstänkte bör bli föremål för annan åtgärd skall han anmäla detta i utlåtandet. Annan åtgärd kan avse såväl anvisningar om påföljdsval som t. ex. att vederbörande bör underkastas viss ytterligare observation efter domen eller beredas viss typ av vård inom eller utom kriminalvården.

Slutligen skall i utlåtandet angivas de omständigheter på vilka undersökningsläkaren grundar sina bedömningar. Om utlåtandet utmynnar i att den misstänkte är i behov av sluten psykiatrisk vård, bör intagningsindikation anges. Detta är särskilt viktigt om b)-indikationen i 1 § LSPV anses tillämplig, dvs. den misstänkte bedöms som farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa eller för eget liv.

#### 6 §

Stadgandet, som avser inhämtande av yttrande från socialstyrelsen över undersökningsläkarens utlåtande, är likalydande med nu gällande bestämmelser därom. Det bör observeras att, om den tilltalade är häktad, häktningstiden kan komma att avsevärt förlängas genom beslut om inhämtande av sådant yttrande. Särskilt i fall då den misstänkte inte erkänt gärningen bör rätten hemställa att ärendet handläggs med förtur. Rätten bör planera huvudförhandlingen så att målet kan sättas ut omedelbart efter det styrelsens yttrande kommit in.

#### 7 §

Paragrafen reglerar var häktad som skall genomgå rättspsykiatrisk undersökning skall vistas under olika stadier i förfarandet.

Första stycket avser tiden från beslut om undersökning till dess utlåtande avgivits. Enligt nu gällande regler skall häktad alltid överföras till rättspsykiatrisk klinik om undersökningen skall utföras där. Enligt förslaget skall intagning på klinik ske, om det anses behövt för undersökningens genomförande eller om den misstänktes hälsotillstånd ger anledning till det. Detta innebär alltså att han i regel skall vara kvar i häktet. Det torde emellertid ofta inträffa att han för undersökning mer eller mindre tillfälligt behöver överföras till kliniken, t. ex. för läkarsamtal eller viss somatisk undersökning. Därom stadgas i 2 § tillämpningsförfordningen. Längre tids vistelse på klinik på grund av undersökningens beskaffenhet blir aktuell främst vid mera omfattande undersökningar.

Ibland kan intagning vara erforderlig på grund av vederbörandes psykiska tillstånd. I häkteslagens 4 § stadgas att läkares anvisning rörande vården av häktad som är sjuk skall iakttagas. Att intagning på rättspsykiatrisk klinik skall kunna ske på grund av vårdbehov framgår av framställningen i 9 kap.

Andra stycket avser tiden från utlåtandets avgivande, till dess dom meddelats. Enligt gällande rätt skall misstänkt, som för undersökning varit intagen på rättspsykiatrisk klinik, återföras till häktet efter undersökningens avslutande, om han inte enligt undersökningsläkarens utlåtande är i behov av vård, i vilket fall han skall stanna kvar på kliniken. Förslaget överensstämmer med gällande rätt utom såtillvida att den misstänkte, oavsett innehållet i utlåtandet, skall kunna vara kvar på kliniken för vård, om hans hälsotillstånd föranleder det.

Tredje stycket avser tiden från domen, tills dess den dömda tas in på sjukhus eller vårdhem. Liksom enligt gällande rätt skall den, som i dom



överlämnats till vård, under tiden fram till sjukhusintagningen vårdas på kliniken. Enligt nu gällande bestämmelser kan han under denna tid även förvaras på psykiatrisk avdelning inom kriminalvårdsanstalt. Kommittén har emellertid föreslagit att dessa avdelningar successivt skall avskaffas och att de rättspsykiatriska klinikerna skall få betydande möjligheter att utöva vård (se kap. 13). Någon bestämmelse om förvaring på psykiatrisk avdelning i kriminalvårdsanstalt har därför inte ens ansetts erforderlig. Enligt § 7 a i nuvarande lag om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål skall den misstänkte, om väntetiden före undersökning kan förväntas bli lång, i stället för i häkte kunna förvaras i slutna kriminalvårdsanstalt. Med den föreslagna ordningen torde något behov av en motsvarande bestämmelse inte föreligga.

#### 8–12 §§

§§ 8–9 och 11–12 handlar om undersökning av den som är på fri fot och överensstämmer med motsvarande stadganden i nuvarande lag utom såtillvida att intagning på rättspsykiatrisk klinik av den som inte inställer sig frivilligt begränsats till att avse två veckor med möjlighet till två veckors förlängning. Detta följer av att undersökningen för normalfallet skall kunna färdigställas på två veckor och mera djupgående undersökning på fyra veckor. Med hänsyn till att frihetsberövande skall kunna bestå under högst fyra veckor har det för dessa fall inte ansetts erforderligt att införa högre beviskrav än att den misstänkte erkänt gärningen eller att sannolika skäl föreligger att han begått den. I de allra flesta fall torde frihetsberövandet endast behöva vara några dagar. – § 10 motsvarar nuvarande § 9 a och handlar om brevcensur som kan anses motiverad på grund av sjukdomstillståndet hos den som är intagen på rättspsykiatrisk klinik. Stadgandet tillkom i samband med häkteslagen 1976.

#### 13 §

Denna paragraf, som motsvarar § 11 a i den nu gällande lagen, upptar besvärstämmelser. § 11 a infördes i lagen i samband med förvaltningslagens tillkomst. Stadgandet avser bl. a. besvär över socialstyrelsens beslut om anstånd med avgivande av utlåtande över rättspsykiatrisk undersökning. Enligt kommitténs förslag skall emellertid sådant anstånd beviljas av rätten. Rättens beslut om förordnande av rättspsykiatrisk undersökning kan överklagas på den grund att målet onödigt uppehålls (RB 49:6). Samma bör gälla rättens beslut om anstånd. I 11 a § stadgas vidare att talan mot beslut i särskilt fall av kriminalvårdsstyrelsen eller socialstyrelsen rörande tillämpningen av 7 eller 9 § skall föras hos kammarrätten genom besvär. Dessa paragrafer avser såväl i gällande rätt som enligt förslaget behandlingen av häktade som skall genomgå rättspsykiatrisk undersökning eller som enligt rättens beslut skall överlämnas till slutna psykiatrisk vård (7 §) och av sådana personer som enligt rättens beslut tagits in på rättspsykiatrisk klinik för att de inte inställt sig till undersökning (9 §). Besvärstämmelserna har medtagits oförändrade i förslaget såvitt avser 7 och 9 §§. – Talan mot andra beslut av kriminalvårds-

styrelsen eller socialstyrelsen rörande lagens tillämpning skall liksom hittills föras hos regeringen genom besvär. – Det bör framhållas att kriminalvårdsstyrelsen numera är huvudman för endast en klinik, Härnösandskliniken, och att denna beräknas upphöra så snart Umeåkliniken färdigställts.

#### 14 §

Denna paragraf, som motsvarar 12 § i nu gällande lag, stadgar att närmare föreskrifter om lagens tillämpning meddelas av regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer.

### 14.6 Förslaget till förordning angående tillämpning av lagen om rättspsykiatrisk undersökning i brottmål

#### 1 §

Socialstyrelsen skall, liksom hittills, bestämma upptagningsområde för varje rättspsykiatrisk undersökningsenhet. I vissa fall, särskilt på grund av för stor arbetsbelastning vid en viss enhet, kan det vara lämpligt att indelningen frångås. Enligt gällande ordning skall socialstyrelsen förordna därom. Enligt kommitténs mening bör sådant beslut i första hand fattas på lokalplanet genom överenskommelse mellan cheferna för undersökningsenheterna. Även socialstyrelsen måste kunna förordna därom.

#### 2 §

Enligt nuvarande bestämmelser skall rättspsykiatrisk undersökning av den som är häktad utföras på rättspsykiatrisk klinik, om socialstyrelsen ej beslutar annat. Något stadgande om var § 7-undersökning skall äga rum finns inte. Såsom framgår av kap. 10 anser kommittén att rättspsykiatriska undersökningar av häktade skall framdeles, liksom de nuvarande § 7-undersökningarna, i de flesta fall kunna ske på häktet. Fördjupad undersökning bör i regel utföras på klinik. Även i andra fall kan detta vara lämpligt, antingen därför att själva undersökningen, eller vissa moment i denna, kräver tillgång till de resurser som finns på kliniken eller därför att det på grund av avstånd, tidsbrist för läkaren eller liknande är mera praktiskt.

Det ankommer på undersökningsläkaren att besluta var undersökningen skall utföras. I vissa fall, särskilt om fråga är om person som är starkt rymningsbenägen eller som av utredningsskäl måste hållas avskild, kan inställandet till klinik vara förenat med vissa svårigheter för kriminalvårdsmyndigheterna. Samråd bör därför ske med dessa myndigheter.

#### 3 §

Det föreslagna stadgandet överensstämmer med innehållet i 3 § första stycket i nu gällande tillämpningskungörelse och innehåller bestämmelser om översändande av handlingar till undersökningsenheten och underrättelse till



häktesföreståndare eller styresman för kriminalvårdsanstalt om att beslut fattats om rättspsykiatrisk undersökning.

Någon anledning att bibehålla den i nu gällande tillämpningsföreskrifter upptagna bestämmelsen om att alla undersökningsfall skall anmälas till socialstyrelsen synes ej föreligga.

#### 4 §

Stadgandet, som innehåller en bestämmelse om undersökningens omfattning, överensstämmer helt med gällande bestämmelser. Ytterligare anvisningar har lämnats i ett cirkulär utfärdat av socialstyrelsen. Cirkuläret bör omarbetas i enlighet med de av kommittén i kap. 10 angivna riktlinjerna.

#### 5 §

Liksom enligt gällande föreskrifter skall anstånd med avgivande av utlåtande kunna ges, om det är nödvändigt på grund av undersökningens särskilda beskaffenhet eller på grund av arbetsbelastning, i sistnämnda fall dock endast om undersökningen inte kan utföras av annan.

Enligt förslaget skall anstånd medges av rätten och inte såsom nu av socialstyrelsen. Av 4 § i förslaget till lag om rättspsykiatrisk undersökning framgår att anstånd med utlåtandets avgivande skall kunna medges i viss utsträckning. Beträffande häktad skärps beviskravet, om anstånd medges utöver en vecka. Undersökning av häktade bör utföras med förtur.

Uppgiften att ombesörja flyttning av undersökningen vid arbetsbelastning har lagts på överläkaren vid undersökningsenheten. Om denne emellertid inte kan finna någon ersättare att utföra undersökningen bör socialstyrelsen undersöka möjligheterna därtill. Liksom hittills skall parterna underrättas om beviljat anstånd.

#### 6 §

I denna paragraf ges bestämmelser om vart utlåtandet skall expedieras. Den enda skillnaden i förhållande till tidigare är att socialstyrelsen inte längre skall erhålla något exemplar av utlåtandet. Detta synes inte erforderligt, enär styrelsens befattning med de rättspsykiatriska undersökningarna enligt kommitténs förslag väsentligt minskas. Det är angeläget att medel ställs till förfogande till kriminologiska centralarkivet så att det kan tillgodose de krav som ställs för rättspsykiatrisk forskning m. m.

#### 7 §

Liksom hittills skall rätten underrättas om den tid som misstänkt kan ha varit intagen för undersökning på rättspsykiatrisk klinik i anledning av att han inte frivilligt inställt sig (jfr 9 § i förslaget till lag om rättspsykiatrisk undersökning). Anledningen härtill är att sådan tid enligt 33:5 BrB skall tillgodoräknas vid verkställighet av frihetsberövande påföljd.

## 8-9 §§

Dessa paragrafer innehåller bestämmelser om ersättning till utomstående undersökningsläkare (8 §) och till den som befinner sig på fri fot och på anmaning inställer sig för undersökning (9 §). Bestämmelserna överensstämmer med gällande rätt, utom såtillvida att något fast belopp inte angivits för läkararvode. Detta torde inte vara möjligt med hänsyn till att undersökningarna kan få mycket olika omfattning. Det bör åligga socialstyrelsen att utfärda närmare bestämmelser om ersättningen.

## 10 §

Stadgandet, som avser inhämtande av utlåtande från socialstyrelsen, överensstämmer helt med gällande bestämmelse.

## 11 §

Liksom hittills skall socialstyrelsen meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för tillämpningen av lagen om rättspsykiatrisk undersökning och tillämpningsförfordningen.

#### 14.7 Förslagen till ändringar i lagen om personundersökning i brottmål och i kungörelsen angående tillämpningen av samma lag

Då alla bestämmelser om läkarundersökning av misstänkt sammanförts i lagen om rättspsykiatrisk undersökning, måste de bestämmelser som hänför sig till läkarundersökning enligt 7 § personundersökningslagen utgå ur denna lag och ur personundersökningskungörelsen. Dessa författningsändringar nödvändiggör vissa ändringar av redaktionell art i vad som i 9 och 110 §§ personundersökningslagen och 13 § tillämpningskungörelsen stadgats om befogenheten för chefen för justitiedepartementet och för högsta domstolen att i nådeärenden inhämta läkarintyg.

#### 14.8 Förslaget till ändring av lagen den 19 april 1974 om kriminalvård i anstalt

Hur behandling av dem som under anstaltsvistelse får behov av psykiatrisk vård bör organiseras har utvecklats i kap. 11. Enligt förslaget skall psykiatrisk vård kunna beredas även inom den rättspsykiatriska organisationen, d.v.s. i detta fall rättspsykiatriska kliniker och Karsuddens sjukhus. Även andra institutioner kan emellertid tänkas föras till denna organisation i framtiden. I förslaget till 1 § LSPV har stadgats att slutna psykiatrisk vård med stöd av lagen skall kunna bedrivas även på rättspsykiatrisk klinik. För att även frivillig vård skall kunna förekomma inom den rättspsykiatriska organisationen, har i 37 § lagen om kriminalvård i anstalt tillagts att vård av



anstaltsintagen skall kunna beredas inom den rättspsykiatriska organisationen. Om behov av vård eller av ytterligare observation konstaterats redan före domen bör det inte vara hinder att direkt efter domen placera vederbörande på rättspsykiatrisk institution. Om intagning inte sker med stöd av LSPV, måste det dock vara fråga om frivillig placering.

#### 14.9 Förslagen till ändringar i lagen den 20 maj 1976 om behandlingen av häktade och anhållna m. fl. och i förordningen om behandlingen av häktade och anhållna m. fl.

Såsom framgår av 9 kap. skall även häktad kunna vårdas inom den rättspsykiatriska organisationen, såväl frivilligt som med stöd av LSPV. Med hänsyn härtill har tillägg därom gjorts i 4 § häkteslagen och 6 § häktesförordningen. I övrigt hänvisas till vad nyss anförts angående 37 § KvaL.

Enligt kommitténs förslag skall 7 a § i nu gällande lag om rättspsykiatrisk undersökning upphävas utan att ersättas av liknande bestämmelser. Som en följd härav måste 19 § i häkteslagen upphävas.





## Summary

In accordance with its terms of reference, the Committee's task has been to make a comprehensive survey of the sanctions imposed by law on mentally abnormal offenders and, in conjunction therewith, to attempt to expose, and propose means for overcoming the deficiencies in the examination procedure followed in forensic psychiatry.

### *Practice as regards the application of current regulations and deficiencies in the present legal procedure*

According to the Swedish Penal Code, psychiatric care may be adjudged as sanction for a crime of which a person is convicted by a court of law and if he is in need of such care at the time of the sentence. Chapter 31, § 3, decrees that, if a person who has committed a crime is entitled to care under the Act on the Provision of Closed Psychiatric Care in Certain Cases (Mental Health Act), the Court may direct, if it considers a need thereof to exist, that he shall be consigned to such care. If, however, the crime has not been committed "under the influence of mental disease, feeble-mindedness or other mental abnormality of such profound nature that it must be considered equivalent to mental disease", such a measure may be directed only if special cause exists. Under the Mental Health Act institutional (closed) psychiatric care may be provided for a person, without his or her own consent, who is suffering from a mental illness or abnormality of such a nature that institutional care is imperative and if, in addition, certain special indications stated in the Act exist. If any of the states mentioned in the Penal Code exists – mental disease, feeble-mindedness or other mental abnormality equivalent to mental disease –, the Court may, according to Chapter 33, § 2, of the Penal Code, award only certain specially prescribed sanctions, namely institutional psychiatric care, non-institutional psychiatric care, care as prescribed in the Temperance Act and the Child Welfare Act, probation, or a fine. A sentence of imprisonment may thus not be awarded in such cases. The provision in Chapter 33, § 2, of the Penal Code may to some extent be said to constitute an equivalent to the imputability provisions in other countries' legislation.

As a basis for judging the need for reforms, the Committee has sought to form an opinion as to how current regulations concerning mentally abnormal offenders are applied. With the information available to it as a guide, the

Committee has tried to illustrate how offenders who have been committed to institutional psychiatric care have been affected by the treatment they have received and how things have worked out for them in the sequel. Especial interest has been devoted to the group considered "equivalent to mentally diseased". This group has proved to be heterogeneous as regards both diagnosis and need for care. Many of them have suffered from personality disorders ("psychopathy"). The group also contains many alcoholics and/or drug addicts. They have in some cases been hospitalized for more than 10, sometimes 20–30, years; others have been discharged very soon after admission. Often the need for care has been differently judged by the hospital physician and by the examining forensic psychiatrist. Even among hospital physicians there are very varying opinions as to how these patients should be treated.

In many of the cases studied by the Committee the documents – in the opinion of the psychiatrists on the Committee – have not revealed sufficient cause to commit the person to institutional psychiatric care in accordance with the ordinary rules of the Mental Health Act, i. e. admission as a general administrative procedure. In their judgment the person would not have come under hospital care unless he had committed a crime. That institutional psychiatric care has nevertheless been adjudged may be explained in many cases by the fact that, by virtue of a special indication in the Mental Health Act – which is not applicable in the case of administrative admissions –, an offender may be consigned to institutional psychiatric care if, owing to his abnormality, he is judged a danger to another's property. It may justifiably be questioned, the Committee states, whether it is meaningful and expedient to commit to hospital care mentally abnormal offenders in cases when there are insufficient medical or sociomedical grounds therefore under the usual admission rules of the Mental Health Act. A revision of the current regulations concerning the penal treatment of mentally abnormal offenders is evidently necessary.

#### *Certain medical aspects on the choice of sanction for persons with different mental disorders*

The Committee has attempted to illustrate the medical effect of the type of sanction adopted in the case of different mental disorders and to indicate in which cases imprisonment or other deprivation of liberty appears to be an unsuitable penalty for crime and in which cases commitment to institutional psychiatric care is preferably to other sanction.

There would seem to be general unanimity that a person who, at the time of committing a crime, suffered from *psychosis* – in which group of diseases is counted also states of dementia caused by brain injury – should not be sentenced to imprisonment. This principle should apply even if, at the time of the judgment, the offender is not in need of hospital care and commitment to institutional psychiatric care can therefore not take place. Certain psychotic patients can advantageously be treated as outpatients, e. g. patients in a schizophrenic defect state. Non-institutional psychiatric care or probation should in such cases be a sufficiently radical measure. If a crime of violence has been committed under the influence of a psychotic state, it must usually



be assumed that a need for institutional psychiatric care existed at the time of the crime. Even if the need for care has ceased at the time of the judgment, commitment to institutional psychiatric care may be warranted in order to keep the offender under observation during a period sufficient to ensure that his state of health has become stabilized and that there is no manifest risk of deterioration, with new acts of violence in consequence. An exception in respect of the penalty for a person who was in a psychotic state when committing a crime should, however, in some cases be made if the psychosis was self-inflicted through the use of habituating agents and there was no direct connection between the psychosis and the crime.

It is not uncommon that a person who has committed a crime is later afflicted with depression or similar state. Such reactive insufficiencies are empirically of a transient nature. If the need for care may be assumed to be of brief duration, there is no medical objection to a sentence of imprisonment provided that one can count on the offender receiving the hospital care which his state requires.

When deciding on the most appropriate sanction in a particular case for a *mentally retarded* person who has committed a crime, it is important to make a thorough examination of the degree of retardment and of any complications in the form of other mental disorders. A person who is so mentally retarded that, according to present practice, he is judged to be "feble-minded" should not be sentenced to imprisonment or other penological deprivation of liberty. For a minor offence, probation in combination with some form of care may be a suitable measure. For more serious offences, especially if they comprise violence, a sanction embracing institutional care should however be adopted. Occasionally, when the offender is only mildly mentally retarded, penological deprivation of liberty may be considered. In view of the fact that a mentally retarded person often has difficulty in standing up to a prison environment and is liable to be exploited by his co-internees, great caution should be observed in this respect.

By *personality disorder* the Committee means such abnormalities as are not essentially characterized by intellectual retardment, psychosis, neurosis, or mental disorder caused by brain injury. A large number of those who, according to present practice, are judged to be "equivalent to mentally diseased" have personality disorders of different kinds. The possibility of effectively treating such disorders is, as just pointed out, very limited. In the Committee's opinion institutional psychiatric care as sanction for crime should be adopted only in cases when the personality disorder is of such nature and severity that hospitalization of the offender is indubially called for on medical grounds. This means that most offenders with personality disorders will be sentenced to a penalty within the penal system. In the case of imprisonment the need for temporary psychiatric care, which not seldom arises, should be provided for by increased flexibility between the penal and public health systems.

Certain types of personality disorder may, however, in themselves be reason for commitment of an offender to psychiatric care. This applies, for example, to certain so-called schizoids, who may be said constantly to balance on the threshold of psychosis. It applies also to certain paranoid persons who, without being clearly psychotic, are mentally disordered to a serious degree;

also to certain constitutionally hypomanic persons.

By *psycho-organic syndromes* is meant disorders caused by injury to or destruction of nerve cells in the brain. This may be due to toxic action, e. g. from alcohol or central nervous stimulating agents, or to a permanent loss of nerve cells after a brain operation or brain haemorrhage, or diffusely in the entire brain as in senile dementia. For such cases it is impossible to state in detail which symptoms should indicate commitment to institutional psychiatric care and in which cases imprisonment should not be adjudged. In the case of progressive brain disease, e. g. early senile or presenile dementia, penological deprivation of liberty should be ruled out. This applies also in cases when a distinct relation between brain injury and criminal conduct is recognizable.

*Neuroses* are now seldom treated institutionally. Institutional psychiatric care as sanction will therefore seldom be relevant in these cases. In severe cases of neurosis, when the state is such as to give a strong suspicion of psychosis, penological deprivation of liberty should not occur.

*Altered states of consciousness and compulsory instinctual acts.* The term altered state of consciousness is used by the Committee to devote a number of, usually brief, states when an individual performs actions which, to a greater or lesser extent, are foreign to his ordinary personality. In some cases, e. g. incipient schizophrenia, epileptic states and hysterical states of split personality, the altered states of consciousness are of a psychotic character and should be a ground for exemption from penal liability. Sexual crimes are not seldom committed in altered states of consciousness or under the influence of morbid compulsion. The same applies to certain forms of pyromania and kleptomania. If the acts have been committed in an altered state of consciousness connected with impulsion of a psychotic character or in the form of compulsory instinctual action foreign to the personality, penological deprivation of liberty should usually not occur. Institutional psychiatric care would be indicated in most cases.

*Abuse of alcohol and drugs.* The Committee has dealt extensively with the treatment of abusers of habituating agents and has grouped such cases as follows: cases of habituation, i. e. when dependence on the agent is evidently the main problem; psychotic cases, i. e. in which a psychosis brought on by the abuse existed at the moment of the act; cases in which the abuse led to a psycho-organic syndrome with lowering of level of mental functions; and cases of abuse with underlying mental disorder.

As regards the habituation cases, it is stated initially that alcoholic habituation is usually treated on an outpatient basis. Since the need for institutional care is usually of short duration, the commitment to institutional psychiatric care is not an appropriate sanction for an offender who is an alcoholic. From the Committee's case studies it is also evident that lengthy institutional care is not an effective method of overcoming the abuse of alcohol.

As regards drug addicts the general opinion of psychiatrists appears to be that initial treatment for detoxication should take place under institutional medical control, while the longer-term treatment, which often consists of resocialization measures, should if possible be given on a voluntary basis. An examination of practice shows that drug addicts, to a greater extent



than alcoholics, are considered "equivalent to mentally diseased", even if, in these cases as well, personality disorders are stated to be the main reason for the need of treatment. But hospitals are unable to ensure that drug patients are kept free from drugs, which is a condition for social rehabilitation. The periods of hospitalization are generally very short. The rapid discharge of drug addicts committed to hospital by courts of law should, in the Committee's opinion, be viewed as a sign that physicians do not consider hospital treatment warranted after detoxication has taken place. For the often seriously socially handicapped group constituted by lawbreaking drug addicts, however, the after-care has not always been sufficiently effective, and most cases have almost immediately fallen back into abuse and criminality after their discharge. It appears hardly rational to commit drug addicts to institutional psychiatric care, whether the result is quick discharge or the patient is kept in hospital for a long period contrary to what may be considered best from the psychiatric aspect. Commitment to institutional psychiatric care is a sanction hardly calculated to free the condemned person from his addiction or to deter him from renewed crime.

In cases of minor offence, and when there is reason to believe that the lawbreaker is willing to cooperate in treatment, commitment to non-institutional care or probation subject to regulations governing treatment may be a suitable sanction. More radical measures will be required in the case of extensive criminality. It is unrealistic to believe that care in freedom, without other sanction than brief periods of hospitalization, would suffice for resocialization. If the criminality consists of the sale of drugs, consideration of the public requires that the guilty party is deprived of the possibility of continued criminality.

The Committee points out that a condition for freeing a drug addict from his addiction is that he is kept detoxicated over a lengthy period. The possibility of keeping him cut off from drugs should be greater in a penal institution than in a hospital. The long-term rehabilitating treatment in other respects can be given equally well within the framework of incarceration as of hospitalization.

It has been maintained that humanitarian grounds are opposed to a prison sentence for an offender who is a drug addict. One argument has been that, for example, opiates give rise to very painful abstinence symptoms and that a drug addict who, from fear of such symptoms, commits a crime in order to obtain the means for purchase of the toxic agent, cannot be held liable therefore. The Committee states on this point that antidotal treatment by the methods employed in modern medicine is not usually attended by undue pain. The possibility of seeking treatment is open to all and should be evident as an alternative to continued abuse. Abstinence symptoms or the fear of such symptoms should therefore not usually be a ground for exemption from legal penalty.

For these reasons the Committee considers that imprisonment should be the normal penalty in cases when no serious mental disorders other than the actual habituation existed at the time of the crime. It should be emphasized, however, that the Committee's recommendation is subject to the condition that abusers sentenced to imprisonment receive adequate medical care for detoxication or other need within the framework of their sentence.

As regards the other group, the psychotic cases, the Committee states that it is comparatively common that the abuse of certain habituating agents gives rise to psychotic states which may be more or less of a transitory nature. If the committer of a crime was at the time in a manifest, profound psychotic state, and there was a clear relation between that state and the crime, he should not be sentenced to imprisonment in the Committee's opinion. But if, owing to constant abuse of drugs, the culprit occasionally falls into more or less quickly transitory psychotic states – and if he was in such a state at the time of the crime –, he should be sentenced to imprisonment if warranted by the crime. This may apply particularly to unlawful dealing in drugs. Exceptionally, punishment should also be considered in cases when abuse has given rise to serious mental disorders. In the event of repeated criminality in conjunction with drug psychosis, especially if the offender has refused to cooperate in a program of treatment, the court should be at liberty to sentence to imprisonment. The reason for this is that the community would otherwise have no means of protection against this criminality.

Lengthy abuse of alcohol or drugs often leads to brain injury, which manifests itself in a lowering of level of the mental functions. If the lowering of level is considerable, the criminal should be committed to institutional psychiatric care.

Cases of abuse with underlying mental disorder should be judged in accordance with the general principles set out above.

#### *Indications for guidance in the choice of sanction*

Against the background of the medical aspects concerning the choice of sanction, as related above, the Committee has considered whether there is reason to retain the present prohibition against sentencing to imprisonment, or to other penal deprivation of liberty, a person who has committed a crime under the influence of mental disease or equivalent disorder.

Deprivation of liberty is in many cases a directly inexpedient sanction for a mentally disordered lawbreaker. But, at all events as regards other mental disorders than psychoses, it is hardly possible to specify clearly when a mental disorder should constitute a hindrance to deprivation of liberty. It is also desirable, in view of the varying nature especially of personality disorders, that the court – and the examining physician – should not be bound by strictly framed rules but can base their verdict on all existing circumstances. The present prohibition in the Penal Code should therefore be replaced by indications for guidance in the choice of sanction. The main principle should be that a mentally disordered offender should not be sentenced to imprisonment or other penal deprivation of liberty unless such penalty appears more appropriate than other sanction. A basic assumption for a mental disorder, other than mental retardation, to constitute a hindrance to penal deprivation of liberty in a case when this would otherwise be warranted should be that the disorder, by reason of its nature and degree, and of the consequent need for treatment, is so serious that the person could have been committed to institutional psychiatric care without his consent at the time of the crime. The need for treatment is, however, only one of the factors which should affect the choice of sanction. It may be inadvisable to sentence to imprisonment even if



the need for treatment has ceased at the time of the judgment. On the other hand the circumstance that commitment to institutional psychiatric care can or could have been adjudged under the Mental Health Act does not always constitute a ground against sentence to imprisonment. As earlier stated, such a sentence should, for example, be awardable to a drug addict even if, at the time of the crime, he could have been admitted to institutional psychiatric care on account of his addiction.

Another factor of importance for the choice of sanction is the connection of the disorder with the crime. If the disorder arose after commitment of the crime, there is no reason to give any special indications of this kind. The connection between disorder and crime is, however, not without significance for the choice of sanction. There may sometimes be grounds – regardless of the person's need for psychiatric care – not to sentence him to penal deprivation of liberty for the reason that, owing to mental disorder, he cannot be held liable for the criminal action. In the case of serious mental disorder a relation between the disorder and the crime may usually be presumed, but even in cases of profound mental disorder such as psychosis there may sometimes be reason to question the relation. An example of this is a person who regularly carries on a unlawful sale of drugs and, at the time of committing some crime, was temporarily psychotic owing to use of drugs. The circumstance that the psychotic state may be suspected to lack significance for the crime must, in the Committee's opinion, be taken into account in such a case.

In view of the foregoing remarks the Committee has proposed that 33:2 of the Penal Code shall be given the import that a person who has committed a crime when suffering from such a mental disorder that he could have been consigned to institutional psychiatric care under the Mental Health Act may not be sentenced to penal deprivation of liberty unless such penalty appears more appropriate than other sanction. In forming a judgment, the nature and degree of the disorder, its connection with the crime, and the culprit's need of treatment, should be specially taken into account.

#### *Prerequisites for commitment to institutional psychiatric care as sanction for crime*

One condition for committing a criminal to institutional psychiatric care should of course be, as hitherto, that at the time of the judgment he is suffering from so serious a mental disorder that he is entitled to treatment under the Mental Health Act. This implies that such treatment shall be imperatively called for in view of the disorder and of one of the special indications set out in the Act.

According to the Committee's proposal the need for treatment shall be decided entirely on medical or sociomedical grounds. The Committee has therefore proposed that the indication in the Mental Health Act which relates to a person who, owing to mental disorder, is of danger to another person's property or other legally protected interest than the personal safety of another person, and which is applicable only to an offender committed by a court, shall be annulled. The prerequisites for commitment by a court to institutional psychiatric care and for administrative admission for such care will

then coincide. As a collective designation for all the disorders of mental function which shall occasion commitment to institutional psychiatric care under the Mental Health Act, the Committee proposes the term "mental disorder". The same term is used in the Penal Code.

The Penal Code requires at present as condition for commitment to institutional psychiatric care as sanction for crime the existence of causality between the mental disorder and the crime. If the offender is in imperative need of institutional psychiatric care – and this is a condition for commitment by a court – there is no reason to limit the court's choice of sanction merely because a relation between the disorder and the crime cannot be corroborated. If the disorder has arisen after commitment of the crime, consignment to institutional psychiatric care shall, according to the Committee's proposal, not be adjudged if the need for care is considered to be of short duration. For, empirically, states of mental insufficiency arising after commitment of a crime are often of a transient nature. With greater flexibility between the penal and public health systems an offender should in such case be able to expect the hospital treatment required by his mental state even if he is sentenced to prison.

#### *Non-institutional psychiatric care*

Commitment to non-institutional psychiatric care is a sanction that is very seldom used. The reason probably is that a person so committed often evades treatment and there are no means for enforcing it. The need for this sanction in its present form would appear to be slight. In the opinion of the Committee, however, there is a need for non-institutional care in the form of controlled after-care. In its case studies the Committee has found several examples of lawbreakers who at the time of the crime were undoubtedly in need of institutional psychiatric care but, when admitted to hospital, which was often much later, they had recovered to such an extent that effective after-care would have been a more suitable form of treatment. The Committee therefore proposes that the sanction "non-institutional psychiatric care" shall be taken to mean that the person convicted is regarded as discharged on trial from institutional psychiatric care and is subject to the rules governing such discharge. The sanction may thus be attended by statutory regulations of different kinds, e. g. abstention from alcohol or drugs, medication, form of habitation, etc. Failure to observe the regulations shall, if the circumstances so dictate, result in commitment to a mental hospital. The proposal is aimed particularly at such cases when the person is in need of treatment, e. g. of medication for prevention of new pathological phases, but can receive this treatment as an outpatient. This form of care may also be relevant to mildly demented, chronic alcoholics and occasionally to drug addicts who, when committing a crime, were in a temporary psychotic state induced by drugs.

#### *Sanctions for crimes committed by mentally retarded persons*

Offenders who are mentally retarded may, according to the Committee's proposal, be consigned for care in a special hospital or nursing home for the



mentally retarded.

For a crime committed by a person so mentally retarded that he may be consigned to a special hospital or nursing home under the Act on Treatment of Certain Mentally Retarded Persons penal deprivation of liberty should, in the Committee's opinion, not be adjudged unless such penalty appears more appropriate than other sanction. In forming a judgment, the degree of mental retardation, its relation to the crime, and the need for treatment, shall be specially taken into account. Regulations to this effect are contained in the Penal Code (33:2).

### *Proposal concerning greater flexibility between penal and public health systems*

The Committee's proposal concerning the choice of sanction for mentally abnormal offenders implies that numerous persons with personality disorders and many abusers of habituating agents, who under the present practice are consigned to institutional psychiatric care, will be sentenced to imprisonment or other penal deprivation of liberty. Such persons have undoubtedly a considerable greater need for psychiatric supervision and treatment than others who receive these sentences. A condition for change of the present practice as regards the boundary-line between the jurisdiction of the penal and public health systems is, of course, that these needs can be met notwithstanding the penalty adjudged. According to the Committee's proposal the need of persons sentenced to prison for psychiatric treatment should be provided for by greater flexibility between the penal and public health systems. Transfer to hospital should be possible on application by a prison authority as soon as the conditions therefore exist as stipulated in the Mental Health Act. Treatment within the public health services should, however, be provided not only when the Mental Health Act is applicable, but also at the request of the convicted party under the Public Health Act. An imprisoned person should, accordingly, be voluntarily admissible to hospital to receive the treatment he needs with the consent of the prison authorities.

The Committee strongly emphasizes the principle that a person undergoing a sentence involving deprivation of liberty shall, if needed, have the same access to the public health services as other citizens. Even under the present law the time during which a prisoner is treated in hospital is included in the execution unless there are special reasons to the contrary. If the need for treatment ceases before the expiry of the term of punishment, he shall usually be returned to prison. The provisions concerning leave and conditional release, however, allow wide scope for after-care in non-penal institutions.

### *Power to grant cessation of penalty*

The Committee's proposal concerning sanctions for mentally abnormal persons will have the consequence that a greater number of mentally labile persons are placed in prison establishments. It may be presumed that many of them will be in need of hospital treatment for shorter or longer periods. If the

need for treatment, as provided in the Mental Health Act, is found to be of long duration, the Committee proposes that a central board of the prison administration shall be able to grant cessation of punishment.

#### *Measures in conjunction with apprehension, arrest and detention*

The Committee assumes that the fundamental principle, that mentally disordered offenders shall quickly and effectively receive the psychiatric treatment their condition requires, shall apply as far as possible also at the investigation stage, even at the neglect to some extent of the interests of investigation and security. It is by no means uncommon that psychic insufficiencies of different kinds arise in persons held under detention. The present psychiatric care of persons under detention and arrest has manifest deficiencies. These should be remedied as far as possible by drawing upon the general medical services. In some cases, however, it is necessary that the suspect is placed under effective supervision to prevent his escape or contact with accomplices. In such cases the Committee proposes that the person should be committed for care in an institution of forensic psychiatry.

In cases of admission to hospital the circumstances may often be such that the prosecutor can abstain from prosecution. Sometimes it may be warranted to postpone prosecution pending the result of treatment. Well performed treatment may also have the effect that the court, if prosecution is brought, chooses sanctions such as probation with regulations governing treatment or non-institutional psychiatric care.

#### *Report on mental examination*

The examination procedure adopted in forensic psychiatry has for a long time been the subject of criticism. The main criticism has been the long times of waiting for examination. These have not seldom amounted to several months. It has also been maintained that the examination is altogether too extensive and one-sided and that the forensic psychiatrists are isolated from practical psychiatry.

The Committee's proposals concerning mental examination are aimed at eliminating or considerably reducing the time of waiting for examination and at releasing resources for psychiatric treatment.

The following proposals are made concerning the examination procedure.

Mental examination shall be decided by the court and shall be made before a decree of commitment to psychiatric care or to treatment under the Act on Treatment of Certain Mentally Retarded Persons and before a sentence of internment or a sentence to youth imprisonment for persons under 18 years of age. If the suspect has been admitted to a mental hospital or to a special hospital or nursing home for mentally retarded persons, however, a mental examination should not be compulsory provided that the possibility of continued treatment is substantiated by a report of the responsible chief physician or of the National Board of Health and Welfare.

A condition for decreeing mental examination should be that the suspect has confessed the crime or that there are probable grounds for supposing his



guilt. This implies that a court can often decree a medical examination at the time of the proceedings for formal arrest, when such occur. Should the investigation be more than normally prolonged, however, the requirement should be, if the suspect is under detention, that he has confessed the crime or that there is convincing evidence of his guilt.

■ A normal examination should be possible within the space of a period of two weeks. In the case of persons under detention there should seldom be need to exceed this period.

The report on the medical examination should contain a statement concerning the possibility of providing the suspect with treatment under the Mental Health Act or the Act on Treatment of Certain Mentally Retarded Persons. If the examining physician considers that other measures are necessary, this should be stated. After a decree of institutional psychiatric care or of treatment under the Act on Treatment of Certain Mentally Retarded Persons, admission to hospital or nursing home should take place as quickly as possible.

#### *Commitment to psychiatric treatment, etc.*

Institutional psychiatric care of patients committed by a court of law should take place as hitherto, within the public health system, with the possibility, in occasional cases, of placing the patient in the forensic psychiatric organization. The principle, as hitherto, should be that patients are sent to their local hospitals. Occasionally, however, it may still be necessary to assign them to a special unit with extra security arrangements.

■ The discharge of persons committed by a court of law should follow the same rules as for other patients, i. e. as soon as the conditions stipulated in the Mental Health Act for provision of treatment no longer exist. As hitherto, the right of decision should lie with the discharge board.

The Committee strictly emphasizes the significance of effective after-care. This should aim at providing not only for purely medical treatment but also for social welfare. It is also important that, before discharging a patient, the medical services cooperate with the social services on the question of problems of social adaptation. Final discharge of a patient committed by a court of law should not take place until he has proved over a lengthy period that he can function well without the help and supervision provided by a well organized after-care system.

#### *Treatment of mentally disordered persons in the penal system*

Even among persons at present in prison there are many who suffer from mental disorders and have difficulty in getting the necessary treatment in the prison organization. These are to a large extent alcoholics and drug addicts. If the Committee's proposals are adopted, the number of prisoners with mental ailments will increase still further. Some of them will probably have long sentences. One must therefore count on an increased need for psychiatric treatment among prisoners, both ambulant and hospital treatment. This need must be met in an acceptable manner.

■ According to the proposal the need of prisoners for qualified psychiatric

treatment will be met primarily by the public health services and to some extent by the forensic psychiatric organization. The present psychiatric departments in the penal system should be successively abolished.

If the many mentally disordered persons, especially drug addicts and alcoholics, in prison establishments are to be able to receive medical care to the necessary extent, it is unrealistic to imagine that this can be provided solely by the public health services. Apart from drug addicts and alcoholics, there are also certain groups of criminals, especially sexual offenders, who should be able to obtain better help than hitherto by special treatment. The Committee therefore proposes the establishment of special treatment resources in the forensic psychiatric organization for these groups.

A great problem in the rehabilitation of prisoners is the abundance of drugs in prisons. In the Committee's opinion a proper responsibility for prisoners necessitates measures aimed at the prevention of abuse in prisons. As a step in the tracing of drugs and their entry routes, it should be possible to make random urine tests and similar checks.

#### *Trials in the spirit of the "civil commitment system"*

The Committee has discussed the possibility of introducing into Swedish legislation on the foreign pattern a form of civil commitment for drug addicts who have been guilty of crime. The Committee is in principle positive to this idea. Such legislation, however, is technically complicated and requires thorough consideration. Treatment resources would also be required which at present exist only to a limited extent. The Committee nevertheless recommends the institution of a trial in the spirit of the civil commitment system within the framework of present legislation. The trial should cover persons who have manifest drug problems and who have been sentenced to imprisonment of at most one year. If medical grounds are found to exist, as well as the prerequisites in other respects, and the convicted party declares his willingness to take part in a drug treatment program, the matter should be brought up for consideration by the probation committee. If the latter gives its consent, the convicted party should as soon as possible be transferred to hospital for detoxication and planning of subsequent treatment. When hospital treatment is no longer considered necessary, the patient should be discharged for outpatient care. This care, regardless of the form adopted, should comprise regular checks that the patient is abstaining from the use of drugs and is conducting himself properly in other respects. If he is not, he may be remitted to prison. The Committee assumes that the trial will be planned in such a way that the results can be evaluated as a basis for further investigation of the need for civil commitment legislation.

#### *The forensic psychiatric organization*

This organization should primarily be in charge of mental examinations. Among other tasks which would be assigned to it are institutional psychiatric care of persons under detention and of prisoners insofar as they are not taken in hand by the public health services. The organization should also to some extent undertake the ambulant psychiatric treatment of prisoners and, in



some cases, of those committed by a court to non-institutional psychiatric care. According to the proposal, drug addicts sentenced to imprisonment should to a certain limited extent be given the opportunity of voluntary assignment to departments associated with the forensic psychiatry organization, working initially in an institutional form but successively changing to more non-institutional forms – inside or outside the prison organization. Possibilities of voluntary treatment, e. g. on the principles of group therapy, should be created also for alcoholics. The Committee furthermore, recommends, as already noted, the creation in the forensic psychiatric organization of special therapy groups for voluntary specialized treatment of mentally disordered sexual offenders. Reasons may also be adduced for placing pyromaniacs in a special group. Another important task for the forensic psychiatric organization is research and training.

Översättning:  
John Hogg





## Bilaga 1 Översikt över utländsk rätt

### *Danmark*

Reglerna om straffansvar för och behandling av psykiskt avvikande lagöverträdare i dansk rätt har nyligen genomgått en omfattande revision. Fram till den 1.7.1973, då en delreform genomfördes, gällde i huvudsak följande.

Jämlikt § 16 i Straffeloven skulle sådana handlingar vara straffria som företagits av personer som var otillräkneliga på grund av sinnessjukdom eller tillstånd som kunde jämföras därmed eller utvecklingsstörning i högre grad. Begreppet sinnessjukdom hade samma innebörd som i den svenska brottsbalken, dvs. psykos, medan "tillstånd som kan jämföras med sinnessjukdom" tolkades väsentligt mera restriktivt än det svenska jämförhetsbegreppet. Till utvecklingsstörda i högre grad räknades personer med en intelligenskvot understigande 55. Kravet på otillräknelighet ansågs förhindra att ett läkarutlåtande av innebörd att vederbörande var sinnessjuk under alla omständigheter skulle utesluta ådömande av straff. I § 17 stadgades, att om gärningsmannen då den straffbara handlingen företogs befann sig i ett av utvecklingshämning, försvagning eller annan rubbning av själsförmögenheterna, inbegripet sexuell abnormitet, betingat varaktigt tillstånd som inte föll under 16 §, domstolen på grundval av inhämtat läkarutlåtande och övriga föreliggande omständigheter skulle avgöra om den tilltalade kunde anses mottaglig för påverkan genom straff. Till § 17 hänfördes huvudsakligen lättare utvecklingsstörda, psykopater och sexuellt avvikande personer. § 18 stadgade att berusning inte uteslöt användning av straff med mindre gärningsmannen handlade "uden bevidshed". Bestämmelsen tolkades mycket restriktivt.

De som av domstol förklarades vara otillräkneliga eller straffoemottagliga kunde med stöd av § 70 när det ansågs erforderligt med hänsyn till rättssäkerheten, av domstolen underkastas en rad åtgärder som inte betecknades som straff. Under förutsättning att mindre ingripande åtgärder, såsom föreskrifter av olika slag, övervakning eller liknande inte ansågs tillfyllest kunde domstolen sålunda förordna om intagning på sinnessjukhus, vårdanstalt för utvecklingsstörda, alkoholistanstalt eller särskild förvaringsanstalt. Sinnessjuka och utvecklingsstörda lagöverträdare intogs i institutioner inom den allmänna sjukvården eller socialvården. Psykopaterna däremot dömdes vanligen, om § 70 ansågs tillämplig, till särförvaring (psykopatförvaring). Sådan förvaring kunde äga rum i någon av anstalterna Herstedvester eller Horsens. Dessa anstalter stod under psykiatrisk ledning och hade en väl utbyggd psykiatrisk behandlingsverksamhet.

Påföljderna enligt § 70 var tidsbestämda. Byte av påföljd, försöksutskrivning eller slutlig utskrivning av åtgärd som utdömts med stöd av § 70 skulle avgöras av den underrätt som dömt i brottmålet i första instans. Inom de av rätten uppdragna gränserna skulle i övrigt administrativa myndigheter fatta beslut om behandlingens utformning.

De lagöverträdare som, ehuru psykiskt avvikande, förklarades vara tillräkneliga och straffemottagliga kunde dömas till alla såsom straff betecknade påföljder. Enligt § 17 andra stycket kunde rätten bestämma att frihetsstraff skulle verkställas i en för psykiskt avvikande personer avsedd anstalt, kallad särfångelse (psykopatfångelse). En förutsättning var därvid att den tilltalade led av något av de tillstånd som nämdes i paragrafens första stycke och förklarats vara straffmottaglig. Särfångelse var en tidsbestämd påföljd, men verkställdes i samma anstalt som särförvaring, nämligen Herstedvester eller Horsens. Under första delen av 1950-talet dömdes omkring hundra personer om året till särförvaring och ett tjugotal till särfångelse. Därefter ändrades praxis så att särförvaring blev den vanligare av de två påföljderna. 1970 dömdes 35 personer till särförvaring och 147 till särfångelse.

1972 avgav Straffelovrådet ett förslag, "Betænkning om de strafferetlige særforanstaltninger", med förslag bl. a. till lagändringar rörande behandlingen av de psykiskt avvikande lagöverträdarna. Bakgrunden till förslaget var framför allt en häftig debatt om och kritik av de tidsbestämda påföljderna. Förslaget innebar i korthet följande. För sinnessjukdom och utvecklingsstörning i högre grad skulle införas ett rent psykiatriskt kriterium, innebärande att straffriheten knöts direkt till förekomsten av ett av dessa tillstånd vid gärningstillfället. Kriteriet jämställt med sinnessjukdom (ligestillet med sindssygdom) föreslogs bibehållet. Beträffande sådana tillstånd skulle emellertid straffriheten vara fakultativ på så sätt att domstolarna kunde statuera straffansvar när särskilda omständigheter talade för det. Beträffande samtliga tillstånd skulle böter kunna ådömas. § 18, som avsåg handlingar som begåtts under rus, skulle upphävas och ersättas av ett tredje stycke i § 16 av innehåll att den som till följd av förtäring av alkohol eller andra berusningsmedel befann sig i ett övergående tillstånd av sinnessjukdom eller därmed jämställt tillstånd skulle kunna ådömas straff om särskilda omständigheter talade för det. Begreppet straffoemottaglig (straffuegnet) utmönstrades ur lagen. § 17 skulle få ett nytt innehåll. I denna skulle stadgas att personer som handlat i tillstånd av lindrig utvecklingsstörning eller tillstånd som kan jämföras med utvecklingsstörning inte skulle ådömas straff med mindre särskilda omständigheter talade för det. Kriterierna överensstämde med dem i lagen om omsorger om utvecklingsstörda. – I påföljdshänseende föreslogs bl. a. följande. En ny tidsbestämd påföljd, förvaring, skulle införas. Denna skulle kunna användas när det krävdes till förebyggande av fara för andras liv, hälsa eller frihet och vederbörande hade gjort sig skyldig till vissa allvarliga särskilt uppräknade brott. Påföljden avsågs komma till användning beträffande personer som präglades av uttalade karaktärsavvikelser. Påföljderna särförvaring och särfångelse avskaffades. Formerna för verkställigheten av tidsbestämt straff skulle beslutas av kriminalvårdsmyndigheterna. Gällande regler om behandlingen av otillräkneliga bibehölls i övrigt enligt förslaget och togs upp i en ny § 65–§ 68 i det



slutligen antagna förslaget. Vidare infördes en ny bestämmelse om nedsatt tillräknelighet av innebörd att om gärningsmannen vid gärningstillfället befann sig i ett tillstånd som berodde på bristande utveckling, nedsättning eller störning av de psykiska funktionerna (mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse av de psykiske funktioner) som inte var av den i § 16 nämnda beskaffenheten rätten, om det ansågs ändamålsenligt, i stället för att döma till straff kunde träffa bestämmelser om sådana speciella åtgärder som nämndes i § 65. Vid institutionsplacering i sistnämnda fall skulle rätten bestämma en längsta tid som vanligtvis inte fick överstiga ett år, men som under särskilda omständigheter kunde förlängas genom domstolsbeslut efter begäran av åklagarmyndigheten. Ändring eller upphävande av en tidsobestämd åtgärd skulle beslutas av domstol. Förslaget innebar bl. a. också att påföljden ungdomsfängelse skulle avskaffas.

I juni 1973 antogs såvitt anser påföljdsbestämmelserna ett av justitieministern framlagt, på straffelovrådets betänkande baserat lagförslag av Folketinget. Förslaget till nya tillräknelighetsbestämmelser bordlades emellertid. Den huvudsakliga anledningen till bordläggningen var betänkligheter mot att avskaffa tillräknelighetskriteriet. Under 1975 framlades ett nytt lagförslag, som antogs av Folketinget. Genom detta upphävdes Straffelovens 16–18 §§ och ersattes med en ny § 16 av innehåll att den som vid gärningstillfället var otillräknelig på grund av sinnessjukdom eller tillstånd som kan jämföras därmed eller utvecklingsstörning i högre grad inte skall straffas. Om gärningsmannen till följd av förtäring av alkohol eller andra rusmedel befann sig i ett övergående tillstånd av sinnessjukdom eller tillstånd som jämföras därmed skall dock enligt stadgandet straff kunna ådömas när särskilda omständigheter talar för det. Den som befann sig i ett tillstånd av lättare utvecklingsstörning eller tillstånd som kan jämföras därmed straffas inte med mindre särskilda omständigheter talar därför. – De av Straffelovrådet föreslagna bestämmelserna om nedsatt tillräknelighet intogs i lagen som § 69.

Sedan påföljderna särförvaring och särfängelse avskaffats utnyttjas Herstedvesteranstalten som en kriminalvårdsanstalt med speciell uppgift att ge psykiatrisk service till häktade och intagna inom hela det danska fängelsesystemet. Den administreras helt av kriminalvården, men anstaltschefen är psykiater. Antalet läkare och övrig medicinalpersonal är högt i förhållande till antalet intagna och anstalten erbjuder medicinsk och social terapi i olika former.

Rättspsykiatrisk undersökning utföres av distriktsläkare eller vid särskild undersökningsklinik i Köpenhamn. I tveksamma fall kompletteras undersökningen av en mera djupgående sådan på mentalsjukhus.

### *Finland*

I den finska strafflagen (SL 3:3) stadgas straffrihet för gärning som begås av den, vilken är "afvita", eller "af ålderdomssvaghed eller annan sådan orsak saknar förståndets bruk". De tillstånd som omfattas av stadgandet är enligt praxis psykoser, höggradig utvecklingsstörning och vissa allvarliga psykopatiformer. Samma gäller om någon "råkat i sådan tillfällig sinnesförvirring att han ej vet till sig". Detta stadgande tar sikte på den som är fullt normal, men

som vid gärningstillfället på grund av ett övergående förvirringstillstånd var berövad förståndets bruk. Bestämmelsen omfattar bl. a. rustillstånd. Vidare finns det i SL 3:4 en bestämmelse om nedsatt tillräknelighet. Sålunda stadgas, att om den som begått brott därvid saknat förståndets fulla bruk fastän han ej kan anses för otillräknelig, straffet kan nedsättas. Bestämmelsen om förminskad tillräknelighet tillämpas på vissa former av psykopati, debilitet, vissa neuroser och vissa mer eller mindre övergående förvirringstillstånd. Bestämmelsen omfattar emellertid inte självförfällt rus.

Regler om rättspsykiatrisk undersökning finns i rättegångsbalken. Rätten må sålunda när det anses erforderligt förordna att sinnestillståndet hos den som kan anklagas för brott skall undersökas. Beträffande den som inte är häktad och åtalats för brott som kan medföra strängare straff än fängelse i ett år får emellertid rätten inte förordna om sinnesundersökning mot vederbörandes egen vilja. Sinnesundersökning utförs i fängelse eller vid psykiatriskt sjukhus. Efter undersökningen skickar läkaren sitt utlåtande till medicinalstyrelsen, som avger förklaring till rätten. Det slutliga avgörandet ligger emellertid hos rätten. – Om den som lagts in på sjukhus för observation är i behov av psykiatrisk behandling får han kvarstanna på sjukhuset. Om han av domstol sedermera befinns vara otillräknelig skall behandlingen fortsätta till dess medicinalstyrelsen beslutar om utskrivning. Medicinalstyrelsen fastställer därvid de villkor som skall gälla vid utskrivningen.

Om den tilltalade emellertid döms till straff men av medicinalstyrelsen befinns vara i behov av vård kan han hållas kvar på sjukhuset som kriminalpatient. Om han befinns otillräknelig men ej vårdbehövande kan rätten bestämma att han skall överföras till sin hemstad "för vederbörlig vård och övervakning". Slutligen kan den som under straffavtjänandet drabbas av psykisk sjukdom överföras till ett särskilt s. k. fångsinnessjukhus.

För "farliga återfallsförbrytare" finns en särskild påföljd, internering. Denna begränsas till fall då lagöverträdare begått något i lagen uppräknat allvarligt våldsbrott samt dömts till frihetsstraff på viss tid, minst två år. Vidare skall han under den senaste 10-årsperioden före brottet gjort sig skyldig till brott som visar att han är våldsam eller farlig för annans liv eller hälsa. Då strafftiden utgått sker försöksutskrivning om inte vederbörande efter särskild prövning av en s. k. fängelsedomstol befinns vara ansedd som farlig för annans liv eller hälsa. Frågan om försöksutskrivning tas sedan upp kontinuerligt med sex månaders mellanrum.

### *Norge*

Den norska strafflagen stadgar i § 44 att en gärning inte är straffbar när gärningsmannen då han begick den var sinnessjuk eller "bevisstlös". Enligt § 45 är emellertid medvetandestörning till följd av självförfällt rus inte straffriande. I praxis omfattar uttrycket sinnessjuk också den som är utvecklingsstörd i högre grad. Det norska tillräknelighetskriteriet är alltså rent medicinskt. Med uttrycket sinnessjuk menas psykos. Utvecklingsstörning blir i allmänhet straffriande vid en IK understigande 50.

Uttrycket bevisstlös användes beträffande mer eller mindre djupa förändringar av medvetandet. Det har således tillämpats på typiska alkoholrus, feberdilerier, epileptiska tillstånd och hysteriska anfall. Enligt § 56 kan



straffet nedsättas när gärningen har begåtts under övergående stark medvetandestörning.

Straffriförklaring föregås av rättspsykiatrisk undersökning. En sådan undersökning utförs av särskilda sakkunniga, i regel två. Utlåtandet skickas till den rättsmedicinska kommissionen, som gör en viss kontroll av detsamma. De sakkunniga har bara en rådgivande funktion, men som en konsekvens av den medicinska principen följer rätten så gott som alltid rekommendationerna i utlåtandet.

I norsk rätt finns ett särskilt institut för psykiskt avvikande lagöverträdare, s. k. sikring. Denna har till syfte såväl att skydda allmänheten som att tillgodose lagöverträdarens behandlingsbehov, men det förstnämnda syftet får anses vara det primära. Sikring kan användas både beträffande otillräckliga och tillräckliga lagöverträdare. Förutsättningarna för ådömande av sikring är att en eljest straffbar handling har företagits under sinnessjukdom eller medvetandestörning eller att en straffbar handling har begåtts under medvetandestörning till följd av självförvållat rus eller under en övergående nedsättning av medvetandet eller av en person med bristfälligt utvecklade eller varaktigt försvagade själsförmögenheter och det är fara för att gärningsmannen till följd av den abnorma sinnesbeskaffenheten åter skall begå en brottslig handling. Förordnande om sikring innebär att domstolen överlåter till åklagarmyndigheten att vidta vissa åtgärder. Dessa åtgärder kan bestå i anvisning av eller förbud mot viss uppehållsort, tillsyn av polismyndighet eller särskild tillsynsman, alkoholförbud, inackordering i enskilt hem, intagning på psykiatriskt sjukhus eller vårdanstalt eller arbetshus samt hållande i fängsligt förvar. Enligt en särbestämmelse kan domstolen efter begäran av åklagarmyndigheten besluta om sikring utan att åtal kommer till stånd (s. k. ren sikring). Detta sker i praxis inte sällan då det gäller lagöverträdare som varit psykotiska vid gärningstillfället. Sådana lagöverträdare kan tas in med tvång på psykiatriskt sjukhus i enlighet med lov om psykisk helsevård. Villkoren för sådan intagning är att vederbörande skall ha en "allvarlig sinslidelse", vilket närmast sammanfaller med psykos, att hans närmaste eller offentlig myndighet begär intagning och att sjukhusets överläkare finner att det är till den sjukas bästa eller nödvändigt för att avvärja väsentlig fara för andras liv eller hälsa. Om utskrivning beslutar överläkaren. Vid s. k. ren sikring blir den dömda underkastad samma regler som om sikring hade bestämts i samband med åtal och dom. Ifall begäran om sikring inte framställts skall, beträffande lagöverträdare som begått ett lagbrott under sinnessjukdom, åklagarmyndigheten underrättas före utskrivning från det psykiatriska sjukhuset. Utskrivning får inte ske utan att åklagaren haft tillfälle att föranstalta om dom på sikring.

En sikringsdömd som lider av en allvarlig sinnessjukdom kan tas in på psykiatriskt sjukhus. I Norge upprätthålles emellertid mycket strängt principen om "asylsuveränitet", innebärande att det är överläkaren vid sjukhuset som har avgörandet om intagning, kvarhållande och utskrivning med rätt för kontrollkommissionen att överpröva beslutet. Om intagning inte kan ske på grund av att överläkaren vid psykiatriskt sjukhus motsätter sig det eller om det eljest, med hänsyn till vederbörandes farlighet är lämpligt, kan intagning ske på ett specialsjukhus, Reitgjerdet. Inom fängelseväsendet finns särskilda sikringsanstalter, Ila för män och Bredtveit för kvinnor. Rätten kan

bestämma vilket sikringsmedel som skall användas, men i regel nöjer man sig med att ge anvisning på en ram inom vilken åklagarmyndigheten kan välja sikringsmedel. Flera olika sikringsmedel kan användas samtidigt. För de otillräkneliga är sikring den enda påföljden, men då det gäller tillräkneliga lagbrytare utdöms i allmänhet straff. Systemet är beträffande dessa vad man kallar dubbelspårigt. På verkställighetsstadiet kan emellertid justitiedepartementet förordna om straffets upphävande, helt eller delvis. Sikringen skall pågå så länge den befins påkallad. I domen fastställs en längsta tid, vanligen fem år. På begäran av åklagarmyndigheten kan rätten genom dom bestämma förlängning av tiden. Departementet kan förordna om upphörande före utgången av längsta tiden.

Begäran om sikringsdom kan framställas även efter att den tilltalade blivit dömd till straff, senast inom ett år efter straffavtjänandet. I praxis har antalet sikringsdomar varit omkring hundra per år. Förutom av sinnessjuka och utvecklingsstörda består sikringsklientelet i mycket stor utsträckning av psykopater.

1974 framlade Straffelovrådet en utredning "Straferettslig utilregnelighet og strafferetslige særreaksjoner", som innehåller åtskilliga förslag till förändringar av det nuvarande systemet. Innehållet i § 44, som behandlar tillräknelighet, är enligt förslaget i stort sett oförändrat. I stället för sinnessjuk har man emellertid infört uttrycket "allvorlig sindslidende", som överensstämmer med den beteckning som används i lov om psykisk helsevern. Vidare har man uttryckligen angivit att den som är psykiskt utvecklingsstörd (åndssvak) i högre grad inte skall straffas. En nyhet är också att böter skall kunna ådömas. Uttrycket "allvorlig sindslidende" omfattar endast den som lider av psykoser. Med "åndssvak" avses personer som har en IK upp till omkring 55. I förslagets § 45 stadgas vidare, att om gärningsmannen handlat under stark medvetandestörning (bevissthetsförstyrrelse) eller i annat djupgående abnormtillstånd, rätten kan frita honom från ansvar. I ett andra stycke samma paragraf sägs att om störningen var en följd av självförvållat rus gärningsmannen kan fritas från straff endast då särskilda skäl talar för det.

Motiveringen till förslagets § 45 är att också andra psykiska abnormtillstånd än sinnessjukdom och utvecklingsstörning vid vissa tillfällen bör kunna leda till straffrihet. Avsikten är att regeln skall få ett mycket begränsat användningsområde. Såsom exempel på medvetandestörning som bör kunna medföra straffrihet nämnes tillstånd där individens uppfattnings- och orienterings-, förnufts- och värderingsförmåga är starkt nedsatt eller allvarligt störd, medan förmågan att handla aktivt är i behåll. Till sådana tillstånd räknas organiska tillstånd som beror på hjärnskada, vissa toxiska tillstånd, symtomatiska tillstånd som beror på allmänt kroppsligt sjukdoms- eller svaghetstillstånd eller funktionella tillstånd som beror på starka emotionella och affektiva spänningstillstånd. Toxiska tillstånd som framkallats av alkohol eller narkotika, kommer emellertid i de flesta fall att omfattas av specialregeln om självförvållat rus. I anknytning till den föreslagna fakultativa straffrihetsregeln föreslås också en ny bestämmelse om straffnedsättning för handlingar som har företagits under stark medvetandestörning eller annat djupgående abnormtillstånd som inte medför straffrihet.

I påföljdshänseende föreslås sikringsinstitutet avskaffat och ersatt med särskilda reaktioner för tillräkneliga och otillräkneliga. Vidare skall enligt



förslaget i fortsättningen domstolarna själva bestämma åtgärder och inte såsom hittills överlåta detta till andra myndigheter. För tillräkneliga lagbrytare skall reglerna för villkorlig dom och tillsyn ersätta de nuvarande reglerna om s. k. fri sikring. När frihetsstraff anses nödvändigt skall i största möjliga utsträckning dömas till tidsbestämt sådant. Vid våldsbrott föreslås emellertid starkt begränsade möjligheter att döma till tidsobestämt frihetsstraff. Sålunda skall de som gjort sig skyldiga till vissa i lagen uppräknade allvarliga våldsbrott kunna dömas till den tidsbestämda påföljden förvaring. En förutsättning är att gärningen sammanställd med lagöverträdarens sinnestillstånd och tidigare kriminalitet ger anledning anta att han är särskilt farlig för andras liv, lem, hälsa eller frihet. För andra brott skall förvaring kunna ådömas om de övriga villkoren är uppfyllda och lagöverträdaren tidigare har begått eller försökt begå våldsbrott av nämnt slag. Dom på förvaring skall i regel föregås av rättspsykiatrisk undersökning.

För verkställigheten föreslås följande regler. I domen fastställs en längsta tid för förvaring, högst 15 år. När rätten finner skäl till det kan den bestämma en minsta tid på upp emot fem år. På begäran av åklagarmyndigheten skall rätten kunna förlänga längsta tiden med upp till tre år åt gången. Om minsta tid har fastställts kan frågan om frigivning inte upptas förrän denna utgått. Annars kan sådan fråga tas upp ett år efter domen. Frigivning sker på prov. Om det anses ändamålsenligt kan den som undergår förvaring i anstalt överföras till institution inom den psykiska hälsovården eller andra grenar av socialvården. Utskrivning före längsta tidens utgång och eventuellt fråga om återintagning avgörs vid domstolen.

För dem som bedömts som otillräkneliga föreslås tre typer av särreaktioner, nämligen omsorger i frihet, institutionsomsorg och institutionsintagning. Omsorger i frihet motsvarar "fri sikring" enligt gällande rätt. En förutsättning är att det kan antas vara nödvändigt för att förebygga nya lagbrott. Längsta tiden är tre år. Omsorg i institution under den psykiska hälsovården eller andra grenar av socialvården skall kunna ådömas om brottets art och lagöverträdarens sinnestillstånd eller tidigare uppförande ger anledning till att anta att åtgärd i frihet inte är tillräcklig för att förebygga nya brott. Utskrivning sker efter beslut av institutionens medicinska ledare. Den kan vara slutlig eller på försök. Utan samtycke av kontrollkommissionen kan institutionsuppehåll inte vara längre än sex månader.

På samma grunder som stadgas för förvaring av den som är tillräknelig kan rätten döma en otillräknelig till intagning i institution under den psykiska hälsovården eller andra grenar av socialvården. Utskrivning sker då efter beslut av kontrollkommissionen. Före utskrivning skall åklagarmyndigheten beredas tillfälle att yttra sig. Vistelsen kan under inga omständigheter vara utöver fem år utan samtycke av kontrollkommissionen. Utskrivning sker i regel på prov med en prövotid av mellan två till fem år. Kontrollkommissionen kan ge föreskrifter av olika slag under försöksutskrivningen. Om förhållandet gör det nödvändigt och den intagne inte är allvarligt sinnessjuk kan han överföras till anstalt inom fängelseväsendet. Straffelovrådet konstaterar att dess förslag förutsätter vissa ingrepp i asylsveräniteten och föreslår att man skall ge närmare administrativa föreskrifter härom.

Det av straffelovet avgivna förslaget har ännu inte lett till ny lagstiftning.

### England

Det engelska rättssystemet skiljer sig när det gäller otillräknelighetsreglerna i åtskilliga hänseenden från de kontinentala. Enligt engelsk rätt betraktas sålunda sinnessjukdom som en straffrihetsgrund, som skall åberopas av lagöverträdaren själv. Bevisning förs genom vittnen. Vid misstanke om att den tilltalade inte är i stånd att uppträda inför rätta brukar frågan om hans processhabilitet tas upp av domstolen *ex officio*. Domstolen (jury) skall då avgöra om den tilltalade kan förstå åtalet och processföringen samt sköta sitt försvar. Om så inte är fallet förklaras han "unfit to plead" eller "unfit to stand trial". Rätten förordnar då, att han skall tas in på sjukhus. Valet av sjukhus bestäms av vederbörande departementschef och utskrivning kan icke ske utan dennes samtycke.

Tillräknelighetsreglerna bygger enligt praxis fortfarande på de principer som domarna 1843 avgav på frågor av överhuset i ett brottmål, där straffrörelse ägt rum, de s. k. *Mc Naughton*-reglerna. Reglerna innebär att gärningsmannen, för att bli frikänd på grund av sinnessjukdom, måste visa att han vid gärningens begående handlat i en sådan av sinnessjukdom härrörande rubning av självsamheten (*defect of reason, from disease of the mind*) att han inte kunnat inse gärningens art och betydelse eller att gärningen innebar något orätt. Även utvecklingsstörning går enligt praxis in under begreppet sinnessjukdom. Den tämligen stränga princip som *Mc Naughton*-reglerna innebär har med åren fått en alltmer liberal tolkning. Om den tilltalade vid brottets begående var sinnessjuk brukar han numera i regel frikännas på grund av otillräknelighet.

Regler om nedsatt tillräknelighet finns endast i mål som gäller mord (*Homicid Act*). Om gärningsmannen vid brottet led av en själslig abnormitet som väsentligt nedsatte hans ansvarighet döms han inte för mord utan för dråp. Detta kan vara av stor betydelse eftersom straffet för mord, men icke för dråp, enligt lag alltid måste bli livstids fängelse.

Om juryn finner att den tilltalade icke är skyldig på grund av sinnessjukdom uttalas detta i en s. k. "special verdict". Frikännande på grund av "special verdict" leder alltid till intagning på sinnessjukhus, vanligen en s. k. kriminalasyl, på obestämd tid. Förutom genom "special verdict" kan frikännande ske på grund av s. k. automatism. Automatism omfattar gärningar som begåtts under medvetandestörning, men kan också avse handlingar som eljest företas utanför viljans kontroll, t. ex. reflexrörelser. I de fall uppsåt är en förutsättning för fällande dom kommer automatism att innebära att uppsåt saknas. Vid frikännande på grund av automatism finns inga bestämmelser om sjukhusintagning. Ibland har man skilt på sjuklig och icke sjuklig automatism. I det förra fallet har tillståndet bedömts efter *Mc Naughton*-reglerna.

Några särskilda regler för handlingar som begåtts under rustillstånd finns inte i engelsk rätt. Sinnessjukdom som följd av allvarligt, långvarigt alkoholmissbruk bedöms efter *Mc Naughton*-reglerna. Enligt praxis bedöms eljest den berusades handling som om gärningsmannen var nykter vid dess begående, med det undantaget att man i vissa fall, då brottet förutsätter särskild subjektiv kvalifikation (s. k. *specific intention*), inte får presumera sådan. "Specific intention" kan närmast sägas vara uppsåt som sträcker sig



utöver själva handlingen. Stöld kräver t. ex. sådant uppsåt liksom mord, däremot inte dråp, våldtäkt eller liknande handlingar.

Slutligen kan rätten, om den tilltalade lider av psykisk sjukdom, psykopatisk avvikelse eller utvecklingsstörning (mental illness, psychopathic disorder, subnormality or severe subnormality) och tillståndet är sådant att det kräver sjukhusbehandling, förordna att den dömda skall tas in på sjukhus om rätten finner att detta är det mest ändamålsenliga och det dessutom står klart att sjukhusintagning kan komma till stånd. Denna möjlighet står emellertid inte öppen i fall där straffet är absolut bestämt i lagen, såsom vid mord. Sjukhusintagning, som då sker med stöd av Mental Health Act, av 1959, utgår från vederbörandes tillstånd vid tiden för domen. Om rätten med beaktande av handlingens art, lagöverträdarens bakgrund och risken för nya lagöverträdelse finner det nödvändigt för att skydda allmänheten kan den bestämma att den dömda inte får skrivas ut utan samtycke av vederbörande departementschef. I fall då rätten finner att sjukhusintagning inte ger tillräcklig säkerhet döms vederbörande i stället till fängelse.

1972 tillsattes en utredning med uppdrag att göra en översyn av rättsregler och frågor som rör behandlingen av psykiskt abnorma lagöverträdare. Kommittén publicerade 1975 ett betänkande som innehöll åtskilliga förslag till ändringar av det rådande systemet. Förslaget kan i korthet sägas innebära följande. Reglerna om processabilitet blir i stort sett oförändrade. När sådan inhabilitet konstaterats skall domstolen kunna skjuta upp målets handläggning i högst sex månader. Om den misstänkte tillfrisknar inom denna tid tas rättegången omedelbart upp. Om så inte är fallet skall domstolen ändå ta upp fakta i målet till bedömning och avgöra skuldfrågan. Om den tilltalade inte befinns vara oskyldig skall domstolen konstatera att vederbörande skall behandlas såsom en processinhabil person (person under disability). Rätten kan då besluta om hans intagning på psykiatriskt sjukhus.

Kommittén föreslår införandet av en ny tidsbestämd påföljd avsedd för farliga lagöverträdare som är psykiskt avvikande men som inte faller under Mental Health Act och för vilka livstids fängelse är olämpligt. Påföljden avtjänas i fängelse men vid behov skall vederbörande kunna överföras till sjukhus. Frågan om utskrivning av dessa lagöverträdare tas upp av utskrivningsnämnd varannat år och utskrivning skall alltid vara förenad med övervakning. Om lagöverträdaren samtidigt döms för annat brott som inte är av sådan karaktär att det bör föranleda tidsbestämd förvaring skall han kunna dömas särskilt till tidsbestämd påföljd för detta brott.

Frikännande på grund av otillräknelighet, "special verdict", skall alltjämt kunna ske. Mc Naughton-reglerna är emellertid föråldrade. Dom på sådant frikännande (not guilty on evidence of mental disorder) skall kunna ske på två grunder. Frikännandet skall sålunda ske om domstolen finner att den tilltalade visserligen utförde gärningen, men på grund av psykiskt störning inte befann sig i ett sådant tillstånd att förutsättning föreligger för att ett brott skall anses begånget (uppsåt, förutseende, kunskap). Straffrihet skall emellertid inte kunna åberopas på grund av övergående tillstånd som uteslutande härrör från intag av alkohol eller andra gifter eller på grund av fysisk skada. Straffrihet skall också kunna inträda om gärningsmannen vid gärningstillfället led av allvarlig psykisk sjukdom eller utvecklingsstörning trots att han inte uppfyller förutsättningen i det förstnämnda kriteriet därför att han var i

stånd att hysa uppsåt och utföra handlingar i enlighet därmed.

I anledning av "special verdict" skall domstolen kunna förordna om intagning på sjukhus med eller utan bestämmelse att utskrivning inte får ske utan tillstånd av vederbörande departementschef (restriction order), öppen vård, övervakning samt föreskrifter av olika slag.

Reglerna om obligatoriskt livstidsfängelse för mord bör upphävas och det finns då inte behov av några regler om förminskad tillräknelighet.

Kommittén har också förslag för tillgodoseende av de säkerhetskrav som kan uppstå vid sjukhusvård av psykiskt avvikande lagöverträdare som kan betraktas som farliga, antingen de frikänns på grund av otillräknelighet, förklaras processinhabila eller överlämnas till sjukhusvård med stöd av Mental Health Act. Då det gäller psykopater föreslås inrättandet av särskilda behandlingsenheter på specialavdelningar inom fängelsesystemet.

Slutligen föreslår kommittén att domstolarna före domslutet skall kunna för en kortare tid sända den tilltalade till sjukhus för vård eller undersökning som kan vara av betydelse för det slutliga avgörandet.

### *Vissa andra europeiska länder*

Lagstiftningen på ifrågavarande område i de europeiska länderna är till sitt innehåll tämligen likartad, framför allt då det gäller beskrivningen av tillräknelighetskriterierna. De flesta länder har ett medicinskt-psykologiskt eller s. k. blandat kriterium, medan vissa andra länder har ett rent medicinskt kriterium.

I den belgiska strafflagen stadgas att brottsligt förfarande inte föreligger när den tilltalade vid gärningens begående befann sig i ett "état de démente". Med detta uttryck menas sinnessjukdom. Enligt praxis innefattas också psykisk utvecklingsstörning. Vidare stadgas i en särskild lag (lagen om défense sociale) att straffrihet i förening med förvaring i särskild anstalt kan ifrågakomma när den tilltalade övertygas om brott och antingen är sinnessjuk, utvecklingsstörd eller befinner sig i "une état grave de déséquilibre mental". I sistnämnda uttryck innefattas olika tillstånd såsom psykopati, alkoholism, narkomani, epilepsi, hysteri och andra psykiska störningar av allvarlig och varaktig natur. Vidare innefattas i uttrycket grövre fall av utvecklingsstörning. Ett ytterligare rekvisit är att tillståndet skall vara sådant att vederbörande är oförmögen att kontrollera sina handlingar.

Enligt den franska strafflagen är gärning inte att betrakta som brottsligt om gärningsmannen vid gärningstillfället befunnit sig i ett "état de démente". I termen innefattas sinnessjukdom och höggradig psykisk utvecklingsstörning.

Den holländska strafflagen stadgar att ingen skall straffas för brott för vilket han på grund av bristfällig utveckling eller nedsättning av själsförmögenheterna inte kan göras ansvarig.

I den polska strafflagen stadgas att gärning inte skall anses som brott om gärningsmannen på grund av utvecklingsstörning, psykisk sjukdom eller annan rubbning av själsverksamheten vid tiden för gärningens begående inte förmådde uppfatta dess betydelse eller råda över sitt handlande. Om förmågan var i betydande grad begränsad kan strafflindring inträffa. Undantag gäller vid självförvållat rus.



Den schweiziska strafflagen föreskriver att straffrihet skall inträda när gärningsmannen på grund av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller högggradig rubbning av medvetandet vid tiden för handlingen var oförmögen att inse dess rättsstridighet eller handla efter sådan insikt. Straffnedsättning kan ske om den brottslige vid tiden för gärningen på grund av rubbning av det själsliga hälsotillståndet eller medvetandet eller på grund av utvecklingsstörning vid tiden för gärningen saknade full förmåga att inse dess rättsstridighet eller handla efter sådan insikt. Undantag gäller om gärningsmannen själv framkallat det abnorma sinnestillståndet i uppsåt att begå den brottsliga handlingen.

I Sovjetunionen finns bestämmelser om straffrättslig särställning för dels personer som i tillstånd av otillräknelighet har begått sådana för allmänheten farliga gärningar, som särskilt uppräknats i lagen och dels personer som efter brottets begående, men innan avkunnande av dom, drabbas av sinnessjukdom. Såsom otillräkneliga anses personer som vid tidpunkten för fullbordandet av sådan samhällsfarlig gärning som faller under strafflagens bestämmelse inte har insikt om sina handlingar eller inte kan styra dessa på grund av kronisk sinnessjukdom, tillfällig sinnesförvirring, sinnesslöhet eller annat sjukligt tillstånd. Straffrättslig särställning intar också de som befinner sig i ett sådant psykiskt tillstånd efter brottets begående men före avkunnande av domen i det aktuella fallet. Personer som drabbas av sinnessjukdom efter brottet kan, om de tillfrisknar, underkastas straff om detta anses nödvändigt på grund av brottets svårhetsgrad.

Enligt den tjeckiska strafflagen kan den inte straffas som vid brottets begående på grund av rubbning av själsversamheten är oförmögen att inse dess fara för samhället eller kontrollera sina handlingar. Vid förminskad tillräknelighet kan straffrihet inträda om rätten anser att medicinsk behandling bättre är ägnad att förbättra brottslingen och skydda samhället. Eljest kan förminskad tillräknelighet medföra strafflindring. Bestämmelserna gäller ej vid självförvållat rus.

Enligt den i Förbundsrepubliken Tyskland gällande strafflagen, som trädde i kraft 1973, stadgas att den är utan skuld som vid brottets begående på grund av sjuklig rubbning av själsversamheten, djup medvetandestörning, utvecklingsstörning eller annan svår själslig abnormitet är oförmögen att inse det oriktiga i handlingen eller handla efter denna insikt. Om gärningsmannens förmåga att inse det oriktiga i handlingen eller handla efter denna insikt är avsevärt nedsatt kan strafflindring medges.

Enligt bestämmelser i den österrikiska strafflagen, som trädde i kraft 1.1.1975 kan den som vid gärningens begående på grund av sinnessjukdom, sinnessvagheter, övergående medvetandestörning eller annan svår med dessa tillstånd jämnställd rubbning av själsversamheten är oförmögen att inse det orätta i sin gärning eller handla efter denna insikt, inte straffas. Som straffminskningsgrund upptas bl. a. att gärning begåtts under inflytande av abnormt sinnestillstånd eller att gärningsmannen har "klent förstånd". Med "jämnställdhetstillstånd" avses bl. a. neuroser, defekttillstånd efter utläkta sinnessjukdomar, svåra störningar av driftslivet och affekttillstånd samt svåra personlighetsavvikelser, inbegripet psykopati.

I de flesta länders strafflagstiftning finns särskilda regler för behandlingen av dem som bedömts som otillräkneliga eller förminskat tillräkneliga.

Undantag härifrån utgör den franska strafflagen. Enligt denna föreligger, som tidigare nämnts inte brott om den tilltalade vid gärningens begående befunnit sig i ett visst tillstånd, "etat de démente". Den tilltalade frikänns i sådana fall och det ankommer sedan helt på administrativ myndighet att föranstalta om eventuell intagning på psykiatriskt sjukhus eller liknade. – I maj 1975 avgavs en rapport från en särskild arbetsgrupp tillsatt av justitieministeriet med förslag till ändringar i den franska strafflagen rörande psykiskt avvikande lagöverträdare. Förslaget innebär bl. a. en omformulering av den nuvarande tillräknelighetsparagrafen av innebörd att straffbar handling inte skall föreligga då gärningsmannen vid tiden för brottet led av psykisk sjukdom, som upphävde hans omdömesförmåga eller förmåga att kontrollera sina handlingar. Vidare föreslås ett nytt stadgande av innebörd att, beträffande den som vid gärningstillfället lidit av andra psykiska störningar och särskilt om störningen är av sådan natur att den varaktigt påverkar hans uppförande, rätten skall ta hänsyn härtill vid utdömande av påföljd. Vidare föreslås att domstolen i vissa fall skall kunna förordna om den dömdes intagning på psykiatriskt sjukhus och andra åtgärder som kan finnas erforderliga, såväl beträffande sinnessjuka som övriga som lider av psykiska störningar.

Enligt belgisk lag kan förvaring ifrågakomma för dem som vid tiden för domen lider av sinnessjukdom, psykisk utvecklingsstörning eller sådana tillstånd som innefattas i uttrycket "grave déséquilibre mental" oberoende av om tillståndet förelegat vid gärningen eller inte. Förvaringen är i princip tidsbestämd och verkställs i ett särskilt s. k. annex psychiatrique, som är beläget i fängvårdsanstalt. Förvaringen kan förlängas genom särskilda beslut om domstol.

Enligt holländsk lagstiftning kan rätten, om man finner att den tilltalade inte kan göras ansvarig för brottet och att han vid lagföringen fortfarande lider av själslig defekt besluta att han skall överlämnas till mentalsjukhus för en period som inte överstiger ett år. Frågan om förlängning av tiden liksom om hans behandling i övrigt regleras i en särskild sinnessjuklag. I stället för överlämnande till mentalsjukhus kan rätten överlämna honom till s. k. TBR-förvaring (ter beskicking stelling van de Regering). Sådan förvaring kan ifrågakomma för såväl otillräkneliga som förminskat tillräkneliga, men används huvudsakligen för s. k. psykopater. Längden av förvaringen är preliminärt fastställd till två år, men kan förlängas med ytterligare ett eller två år i taget genom beslut av domstol. Den kan också upphöra efter beslut av justitieministern. Om den tilltalade inte befinner sig i behov av vistelse på psykiatrisk institution men ändå behöver sociopsykiatrisk hjälp kan han erhålla villkorlig TBR-dom. Domstolen har också möjlighet att förordna att vederbörande först skall överlämnas till mentalsjukhus och därefter erhålla TBR-behandling. Vid dom till både fängelse och TBR-förvaring skall fängelsestraffet avtjänas först. Lagen ger emellertid möjlighet till avtjänande av fängelsestraffet i TBR-institution. TBR-behandlingen har mycket starka terapeutiska inslag. För eftervården finns särskilda organisationer.

Enligt polsk rätt kan domstolen, om gärningsmannen bedömts som otillräknelig och hans vistelse i frihet skulle innebära allvarligt hot mot rättsordningen, döma till vistelse på psykiatriskt sjukhus eller motsvarande institution. Samma gäller den som bedömts som förminskad tillräknelig. Om



straff ådömts verkställs detta efter utskrivning från institutionen. Vistelsen på psykiatriskt sjukhus eller liknande institutioner är tidsbestämd och om dess upphörande beslutar domstol.

I schweizisk rätt stadgas, att domstolen skall förordna om vård om en straffriförklarad eller som förminskat tillräknelig bedömd brottsling sätter den allmänna säkerheten eller ordningen i fara och det framstår som nödvändigt att ta in honom på sjukhus eller vårdanstalt eller om sådan placering erfordras på grund av hans tillstånd. Verkställigheten omhänderhas av de kantonala myndigheterna, som kan upphäva åtgärden när den inte längre är nödvändig. I samband därmed skall domstolen besluta om i vilken utsträckning eventuellt ådömt straff skall verkställas.

Enligt sovjetisk rätt kan domstolen beträffande otillräkneliga och personer som insjuknat i psykisk sjukdom efter brottets begående besluta om tvingande åtgärder av medicinsk karaktär. En förutsättning är att vederbörande övertygats om brott och att det fastställs att hans psykiska tillstånd gör honom farlig för allmänheten. Till tvingande åtgärder av medicinsk karaktär räknas dels vistelse på allmän psykiatrisk klinik och dels vistelse på psykiatrisk klinik, avsedd för sådana sjuka som utgör särskild fara för samhället. Personer som är underkastade tvingande medicinsk behandling genomgår förnyad undersökning var sjätte månad. Beslut om försättning på fri fot fattas av rätten.

Den tjeckiska strafflagen stadgar att rätten kan förordna om medicinsk vård om den dömda anses otillräknelig men på grund av farlighet ej kan vistas i frihet. Samma gäller om han är förminskat tillräknelig, men på grund av farlighet ej kan vistas i frihet eller om han är förfallen till stadigvarande bruk av alkoholhaltiga drycker eller narkotika och begått brottet under påverkan av sådana medel. Behandlingen äger vanligen rum i medicinsk institution.

Enligt strafflagen i Förbundsrepubliken Tyskland skall rätten förordna om intagning på psykiatriskt sjukhus om någon begått rättsstridig gärning i tillstånd av otillräknelighet eller förminskad tillräknelighet och en samlad bedömning av gärningsmannen och gärningen ger vid handen att det till följd av hans tillstånd kan förväntas att han skall begå allvarliga rättsstridiga gärningar och därför är farlig för allmänheten. I stället för intagning på sjukhus kan rätten förordna om intagning i socialterapeutisk anstalt. Förutsättning för intagning i sådan anstalt är att de särskilda terapeutiska och sociala hjälpmedel som man där förfogar över är bättre ägnade än ett psykiatriskt sjukhus att resocialisera den dömda. Intagning i socialterapeutisk anstalt kan ådömas jämte straffet om gärningsmannen lider av svår personlighetsstörning och på grund av uppsåtligt brott dömts till frihetsstraff om minst två år. Ytterligare krävs att gärningsmannen före det aktuella brottet på grund av uppsåtliga brott vid två tillfällen dömts till frihetsstraff på minst ett år och på grund av ett eller flera av dessa brott under minst ett år avtjänat straff eller frihetsberövande "åtgärd för förbättring och säkerhet". Härmed åsyftas vistelse på psykiatriskt sjukhus, alkoholistanstalt, socialterapeutisk anstalt eller säkerhetsförvaring. Vidare skall föreliggande fara för att den tilltalade ånyo begår allvarliga rättsstridiga handlingar. Vistelse på socialterapeutisk anstalt kan också ifrågakomma om gärningsmannen på grund av uppsåtligt brott som beror på hans sexualdrift dömts till frihetsstraff om minst ett år och det finns risk att han på grund av denna drift återigen

kommer att begå allvarliga rättsstridiga handlingar. I nu angivna fall får påföljden ådömas endast om gärningsmannens tillstånd är sådant att de särskilda terapeutiska och sociala hjälpmedel som av läkare ledd socialterapeutisk anstalt förfogar över är ändamålsenliga för hans resocialisering. Slutligen kan vistelse i socialterapeutisk anstalt ådömas jämte straffet om någon på grund av uppsåtligt brott, som begåtts före utgången av hans tjugosjunde levnadsår, dömts till frihetsstraff om åtminstone ett år. Ytterligare förutsättningar i sådana fall är att den dömda före brottet men efter utgången av sitt sextonde levnadsår begått två uppsåtliga med frihetsstraff belagda allvarliga brott och på grund av dessa omhändertagits för samhällsvård eller ådömts frihetsstraff, att han före det sista brottet under minst ett år varit intagen på hem för samhällsvård eller avtjänat frihetsstraff samt att en samlad bedömning av gärningsmannen och hans brott ger anledning till farhågor att han skall utvecklas till återfallsförbrytare.

Reglerna om intagning i socialterapeutisk anstalt skall enligt beslut av den 30 juli 1973 inte träda i kraft förrän den 1 januari 1978.

För svårare återfallsförbrytare finns jämte vanligt straff en särskild påföljd, kallas säkerhetsförvaring. Rätten kan vidare beträffande alkoholister eller andra missbrukare förordna om behandling på alkoholistanstalt om det är risk att vederbörande på grund av missbruket skall begå upprepade brott. Intagning på psykiatriskt sjukhus, terapeutisk anstalt och alkoholistanstalt som ådöms jämte straff skall verkställas före straffet. Om ändamålet med åtgärden kan antagas lättare uppnås vid genomförande efter straffets avtjänande kan rätten förordna därom. Om behandlingen genomförs före straffet skall behandlingstiden avräknas från strafftiden.

Sjukvårdslagstiftningen är en delstatsangelägenhet och tillsynen och genomförandet av sjukhusvistelse varom domstol förordnat handhas av delstatsdomstolarna. Någon behandlingslag för de socialterapeutiska anstalterna har ännu inte antagits. Av det förslag som avgivits därtill framgår emellertid att man inte avser att närmare reglera behandlingsinnehållet.

I den österrikiska strafflagen upptas som specialpåföljd "insättande i anstalt för psykiskt abnorma lagöverträdare". Dessa anstalter är avsedda såväl för otillräkneliga som psykiskt avvikande tillräkneliga. Beträffande de otillräkneliga är det förutsättning att gärningen är belagd med frihetsstraff över ett år, att brottet begåtts under inflytande av otillräknelighetstillstånd som beror på själslig abnormitet i högre grad och att man på grund av gärningsmannens person och tillstånd samt brottets art kan befara att han annars under inflytande av abnormiteten kan begå straffbar handling med svåra följder. För att påföljden skall kunna ådömas den som anses tillräknelig fordras att brottet begåtts under inflytande av själslig abnormitet i högre grad. I övrigt gäller samma förutsättningar som för otillräkneliga. Beträffande de tillräkneliga ådöms påföljden jämte straff. Man har här särskilt tänkt på psykopater.

För svåra återfallsförbrytare finns en särskild påföljd, säkerhetsförvaring. Missbrukare av rusmedel kan ådömas vistelse på avvänjningsanstalt. Dessa påföljder ådöms jämte straff. Förutom avvänjningsanstalt är de s. k. förebyggande åtgärderna tidsbestämda och skall pågå tills dess ändamålet med vistelsen uppnåtts. Om upphörande beslutar rätten, som åtminstone en gång om året skall pröva om åtgärden skall bestå. Samtliga förebyggande åtgärder



avtjänas före utdömt straff och avräknas från strafftiden. Frigivning från psykiatrisk anstalt eller förvaring är alltid förbunden med prøvotid av tio år.

Anita Meyerson





## Bilaga 2 Litteratur

- Albee, G.W.: *Mental health manpower trends*. Basic Books, New York, 1959.
- Alström, C.H.: Alkoholen och samhället. *Läkartidningen*, 71, 805–808, 1974.
- Angst, J.: *Zur Aethiologie und Nosologie Endogener Depressiver Psychosen*. Springer, Berlin, 1966.
- Bejerot, N.: Socialmedicinsk klassificering av toxikomanier. *Läkartidningen*, 67, 2413–2428, 1970.
- Bleuler, E.: *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig, 1911.
- Eitinger, L. & Retterstöl, N.: *Neuroser*. 2 utgave. Oslo–Bergen–Tromsö, 1975.
- Eitinger, L. Retterstöl, N.: *Psykosser*. 2. utgave Oslo–Bergen–Tromsö, 1976 a.
- Eitinger, L. & Retterstöl, N.: *Rettspsykiatri*. 2. utgave. Oslo–Bergen–Tromsö, 1976 b.
- Engel, G.L.: *Psychological Development in Health and Disease*. W.B. Saunders Co., Philadelphia, ch, 29, 1962.
- Eriksson, J.H.: *Personligt meddelande*, 1975.
- Esquirol, J.E.D.: *Des maladies mentales . . .* 1–2, Paris, 1838.
- Freedman, A., Kaplan, H. & Sadock, B. (Editors): *Comprehensive Textbook of Psychiatry I–II*. 2d Ed. Baltimore, 1975.
- Freese, J., Lidberg, L. & Thorén, J.: *Rättspsykiatri*. Stockholm, 1973.
- Gerle, B.: Personlighetsanalys och psykopatiklikhé. Stockholm, 1947.
- Gunne, L.–M.: *Narkomani – medicinska fakta*. Akademiförlaget, Göteborg, 1970.
- Hagnell, O. & Tunving, K.: Alkoholism i en totalbefolkning. *Alkoholfrågan* 8, 293–300, 1971.
- Hare, R.: Psychopathy. I Eysenck, H., Arnold W. and Meili, R. (Eds.), *Encyclopedia of Psychology*, Bungay, 1972.
- Holmstedt, Y.: *Rättspsykiatriska synpunkter på sexualbrottslingarna*. I SOU 1976:9, s. 195–211.
- Inghe, G.: The present state of abuse and addiction to stimulant drugs in Sweden. I Sjöqvist, F. and Tottie, M. (Eds.), *Abuse of central stimulants*. Stockholm, 1969.
- Jellinek, E.M.: *The disease concept of alcoholism*. Hillhouse, New York, 1960.
- Kinberg, O.: On the concept of "Psychopathy" and the treatment of so called "Psychopaths". *Theoria* 12, 1946.
- Kringlen, E.: *Psykiatri*. 2. rev. utgave. Bergen–Oslo–Tromsö, 1975.
- Leonhard, K.: *Aufteilung der endogenen Psychosen*. Berlin 2nd Ed., 1957.
- Otsson, J.O. & Perris, C.: Multidimensional classification of mental disorders. *Psychol. Med.*, 3, 238–243, 1973.
- Partridge, G.E.: Current conceptions of psychopathic personality. *Am. J. Psych.*, 10, 53, 1930.
- Perris, C.: A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta psychiat. scand.* Suppl. 194, 1966.

- Perris, C.: Socialpsykiatri. Stockholm 1974.
- Perris, C.: A study of cycloid Psychoses. *Acta psychiat. scand.* Suppl. 253, 1974.
- Pichot, P.: Psychopathic behaviour. A historical overview. Föredrag vid "Conference on psychopathic behaviour" i Les Arcs 1975. Kommer att publiceras i Hare, R. and Schalling, D. (Eds.), *Psychopathic behaviour: Approaches to research*. London.
- Rylander, G.: *Samhället och de psykiatriskt avvikande*. Stockholm, 1968.
- Salum, I.: Alkoholism och dödlighet. *Aktuellt om gruppliv*, 4, 5-8, 1973.
- Schneider, K.: Die psychopathischen Persönlichkeiten. I Aschaffenburg, G. (Ed.), *Handbuch der Psychiatrie*, Teil 7:1, Leipzig und Wien, 1923.
- Schulsinger, F.: Psychopathy: Heredity and Environment. *Int. J. Mental Health*, 1, 190-206, 1972.
- Slater, E. & Roth, M.: Mayer-Gross-Slater-Roth: *Clinical Psychiatry*. 3rd Ed., London, 1968.
- Socialstyrelsen: *Klassifikation av sjukdomar*, 1968.
- Socialstyrelsen: *Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation*. Rapport från expertgruppen, 1973.
- SOU 1976:9: Sexuella övergrepp.
- Stürup, G.K.: The treatment of chronic criminals. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 28, 229-243, 1964.
- Vangaard, T.: Neurose og psykopati. *Nord. psykiatr. tidskr.*, 22, 277-295, 1968.
- Whiteley, J.S.: The response of psychopaths to a therapeutic community. *Brit. J. Psychiat.*, 116, 517-529, 1970.
- Åmark, C.: A study in alcoholism. *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 70, 1951.



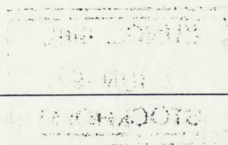


# Statens offentliga utredningar 1977

## Kronologisk förteckning

---

1. Totalförsvaret 1977–82. Fö.
2. Bilarbetstid. K.
3. Utbyggd regional näringspolitik. A.
4. Sjukvårdsavfall. Jo.
5. Kvinnlig tronföljd. Ju.
6. Översyn av det skatteadministrativa sanktionssystemet 1. B.
7. Rätten till vapenfri tjänst. Fö.
8. Folkhögskolan 2. U.
9. Betygen i skolan. U.
10. Utrikeshandelsstatistiken. E.
11. Forskning om massmedier. U.
12. Kommunal och enskild väghållning. K.
13. Sveriges samarbete med u-länderna. Ud.
14. Sveriges samarbete med u-länderna. Bilagor. Ud.
15. Handelsstålsindustrin inför 1980-talet. I.
16. Handelsstålsindustrin inför 1980-talet. Bilagor. I.
17. Översyn av jordbrukspolitiken. Jo.
18. Inflationsskyddad skatteskala. B.
19. Radio och tv 1978–1985. U.
20. Kommunernas ekonomi 1975–1985. B.
21. Svensk undervisning i utlandet. U.
22. Arbete med näringshjälp. A.
23. Psykiskt avvikande lagöverträdare. Ju.



# Statens offentliga utredningar 1977

## Systematisk förteckning

---

### Justitiedepartementet

Kvinnlig tronföljd. [5]  
Psykiskt avvikande lagöverträdare. [23]

### Utrikesdepartementet

Biståndspolitiska utredningen. 1. Sveriges samarbete med u-länderna [13] 2. Sveriges samarbete med u-länderna. Bilagor. [14]

### Försvarsdepartementet

Totalförsvaret 1977-82. [1]  
Rätten till vapenfri tjänst. [7]

### Kommunikationsdepartementet

Bilarbetstid. [2]  
Kommunal och enskild väghållning. [12]

### Budgetdepartementet

Översyn av det skatteadministrativa sanktionssystemet 1. [6]  
Inflationsskyddad skatteskala. [18]  
Kommunernas ekonomi 1975-1985. [20]

### Utbildningsdepartementet

Folkhögskolan 2. [8]  
Betygen i skolan. [9]  
Forskning om massmedier. [11]  
Radio och tv 1978-1985. [19]  
Svensk undervisning i utlandet. [21]

### Jordbruksdepartementet

Sjukvårdsavfall. [4]  
Översyn av jordbrukspolitiken. [17]

### Arbetsmarknadsdepartementet

Utbyggd regional näringspolitik. [3]  
Arbete med näringshjälp. [22]

### Industridepartementet

Handelsstålsutredningen. 1. Handelsstålsindustrin inför 1980-talet. [15] 2. Handelsstålsindustrin inför 1980-talet. Bilagor. [16]

### Ekonomidepartementet

Utrikeshandelsstatistiken. [10]











KUNGL. BIBL.  
2 JUN 1977  
STOCKHOLM



1870  
1871  
1872

