

STANDARDISERADE DOKUMENTATIONSFORMER OCH RÄTTSSÄKERHET VID ÖPPEN PSYKIATRISK TVÅNGSVÅRD*

av Lotta Wendel

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Under 1990-talet påbörjades en omfattande förändring av hälso- och sjukvårdens organisation, styrsystem och kontrollformer i Sverige. Förändringarna är inte unika för hälso- och sjukvården, utan har skett i olika former vid offentligt organiserade verksamheter inom stat och kommun. Centralt för dessa förändringar är målet att öka kostnadseffektivitet och kvalitet inom verksamheterna. För att uppnå dessa mål har nya metoder och standarder för att mäta och utvärdera verksamheten införts, ofta inspirerade av de styrningsformer som gäller inom marknadsorienterad privat verksamhet. Inom hälso- och sjukvården märks förändringen inte minst rättsligt, genom en rad författningar som införts i syfte att främja kvalitetsarbete. Kvalitetsarbetet innebär i sin tur omfattande krav på dokumentation och standardiserade rutiner, avsedda att underlätta mätning och utvärdering av olika insatser.¹ Styrformernas verkningar inom hälso- och sjukvården har undersökts från flera olika vetenskapliga perspektiv.² Däremot har styrformernas rättsliga konsekvenser knappast analyserats.

1.2 Syfte

I denna artikel beskrivs och analyseras en undersökning av hur patientens rättssäkerhet kommer till uttryck i sådana dokument som är typiska för den styrform som beskrivs ovan. Analysen är koncentrerad till området för öppen

* Artikeln har peer review-granskats.

¹ Bejeroth, Eva & Hasselbladh, Hans, Nya kontroll- och maktrelationer inom sjukvården, *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, årg 9, nr 2, 2003.

² Se exempelvis Nordgren, Lars, *Från patient till kund: intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*, 2003, Bejeroth, Eva & Hasselbladh, Hans, Nya kontroll- och maktrelationer inom sjukvården, *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, årg. 9, nr 2, Berlin, Johan, *Beställarstyrning av hälso- och sjukvård: om människor, marginaler och miljoner*, 2006 samt Hasselbladh, Hans et al. (red.) *Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård*, 2008.

psykiatrisk tvångsvård. Valet av undersökningsområde gjordes med hänsyn till att ingen rättsordning är bättre än det skydd som tillhandahålls de allra mest skyddsvärda. Patienter som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården är särskilt sårbara i flera avseenden. I en välfärdsstat som den svenska, där hälso- och sjukvård fortfarande huvudsakligen är en offentlig tjänst snarare än en vara som köps på en marknad, uppfattas den rättsliga relationen mellan patienten och det allmänna som en offentligrättslig relation, reglerad av förvaltningsrättslig författning. Det allmänna förväntas följaktligen tillhandahålla adekvat skydd för patienten, i egenskap av skyddsvärd och sårbar part.³ Det hör till sakens natur att patienter i allmänhet kan ha svårt att tillvarata sina rättigheter. En patient som tvångsvårdas är dessutom omhändertagen emot sin vilja eller saknar förmåga att ta ställning till vården. Genom tvångsomhändertagandet har patientens mest fundamentala fri- och rättigheter alltså begränsats helt eller delvis. En förutsättning för att en patient ska tvångsomhändertas inom den psykiatriska vården är att patienten lider av en allvarlig psykisk störning, vilket inte sällan innebär en förvrängd verklighetsuppfattning. Detta innebär ytterligare en sårbarhetsfaktor. Likväl kan man anta att den rättsliga positionen för en patient som tvångsvårdas på en sluten psykiatrisk klinik är tydlig, i den meningen att patienten verkligen är underkastad distinkta och påtagliga begränsningar av olika slag, till skillnad mot den patient som är föremål för ett beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård.

Tvångsvård i öppenvård framstår som en begreppsmässig motsättning och även i sin tillämpning har det visat sig vara en vårdform som kännetecknas av otydlighet. Den rättsliga regleringen av själva tvånget i den öppna tvångsvården har kritiserats för att vara ofullständig och missvisande.⁴ Erfarenheten visar dessutom att för den patient som tvångsvårdas i öppenvården framstår linjen mellan öppen vård å ena sidan och integrerade tvångskomponenter å den andra, som otydlig och svårgripbar.⁵ En ytterligare faktor som kan göra patientens rättsliga ställning mera sårbar vid öppen psykiatrisk tvångsvård är att denna vård, till skillnad från den slutna vården, kan ske i samverkan mellan två vårdgivare, landsting och kommun. Vid samverkan kring patienten är det särskilt viktigt att huvudmännen är tydliga gentemot såväl varandra som

³ Rynning, Elisabeth, Still no Patients' Act in Sweden. Reasons and Implications. I: Rynning, Elisabeth & Hartlev, Mette. (red.) *Nordic Health Law in a European Context: Welfare state perspectives on Patients' Rights and Bioethics*, 2011, s. 122–136.

⁴ Vahlne Westerhäll, Lotta, Tvång, proportionalitet och likhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård – Är lagstiftningen om öppen psykiatrisk tvångsvård rättssäker? *Juridisk tidskrift*, 24 (2012–13) (4) s. 827–844.

⁵ Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens slutrapport – Nationell tillsyn av kommunernas insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning 2009–2011*, 2012.

patienten rörande vem som ansvarar för vilka inslag i vården. Ansvar för patienten riskerar annars att ”falla mellan stolarna”. Detta är en huvudanledning till de rättsliga fordringarna på samverkan, vilka märks i de lagstadgade kraven på gemensamma överenskommelser om vårdplanering.⁶ Dessa infördes efter att Nationell psykiatrisamordning, den så kallade Miltonutredningen, i sitt slutbetänkande bedömt att kommuner och landsting dittills inte gjort tillräckligt för att åstadkomma ett gemensamt ansvarstagande för de grupper som behöver hjälp från båda huvudmännen.⁷ Detta är ytterligare en anledning till valet av undersökningsföremål.

Sammantaget visar flera faktorer på att dokumentationen inom den öppna psykiatriska tvångsvården är ett mycket komplext område där det finns anledning att undersöka om patientens grundläggande rättssäkerhetsintressen tillgodoses.

Det centrala dokumentet i den öppna psykiatriska tvångsvården är den samordnade vårdplan som ska fogas till en ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård.⁸ I syfte att effektivisera dokumentationen och utvärderingen av densamma har den samordnade vårdplanen varit föremål för olika former av standardiseringsåtgärder.⁹ Syftet med undersökningen har varit att undersöka hur utformningen av standardiserade vårdplaner förhåller sig till klassiska rättssäkerhetsprinciper.¹⁰ Hur väl tillgodoser utformningen av standardiserade vårdplaner inom öppen psykiatrisk tvångsvård kraven på transparens, objektivitet, likabehandling och legalitet?

1.3 Material och metod

För att undersöka hur utformningen av standardiserade vårdplaner inom öppen psykiatrisk tvångsvård förhåller sig till klassiska rättssäkerhetsprinciper begärdes dokumentationsmaterial ut från samtliga 21 landsting i landet.¹¹ Materialet samlades in under hösten 2013. Efter två påminnelser svarade

⁶ 8 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) samt 5 kap. 8 a § socialtjänstlagen (2001:453) (SoL).

⁷ SOU 2006:100 *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionsbinder*. Se även prop. 2008/09:193 *Vissa psykiatrifrågor m.m.*

⁸ Se 7 § lagen (1991:1138) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) samt 12 a § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

⁹ Sveriges kommuner och landsting. *Cirkulär 09:4 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården. Ansvarsfördelning mellan kommun och landsting m.m.*

¹⁰ Marcusson, Lena (red.), *Offentligrättsliga principer*, 2012.

¹¹ Begreppet landsting används genomgående och inkluderar i denna artikel såväl landsting som regioner.

samtliga utom Landstinget Blekinge samt Landstinget Gävleborg. Det innebär att material från 19 landsting ingår i underlaget.

Tre typer av material efterfrågades, nämligen;

1. *Generella överenskommelser* mellan landsting och kommuner angående samordnad vårdplanering vid psykiatrisk tvångsvård. För det fall landstinget eller regionen inte ingått någon sådan generell överenskommelse efterfrågades istället motsvarande dokument avseende vård enligt HSL.
2. Mallar/blanketter avsedda för *samordnad vårdplanering* enligt LPT och LRV.
3. Mallar/blanketter avseende *särskilda villkor* vid öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LPT och LRV.

Juridisk metod användes i syfte att klarlägga gällande rätt på området för vårdplanering inom den öppna psykiatriska tvångsvården. Den traditionella rättskällevärdet har emellertid getts en bredare innebörd, då även olika typer av uttalanden från, tidigare tillsynsmyndigheten numera kunskapsmyndigheten, Socialstyrelsen har tillmätts en normativ tyngd.¹² Till styrelsens uppgifter hör bland annat att: utforma evidensbaserade riktlinjer för åtgärder inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten och att skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer inom sitt verksamhetsområde.¹³ Utan att vara formellt bindande har Socialstyrelsens riktlinjer och anvisningar en mycket stor betydelse för vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. Det framgår bland annat av förarbeten och doktrin att skyldigheten för hälso- och sjukvårdspersonal att arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet oftast förutsätter att yrkesutövaren följer de riktlinjer och anvisningar som beslutas av Socialstyrelsen.¹⁴

När innehållet i gällande rätt klarlagts komparerades detta med det insamlade dokumentationsmaterialet, för att se om utformningen har skett i enlighet med kraven i gällande rätt. Det innebär att lagstiftningen och dess syften, kunskapsmyndighetens anvisningar och råd samt uppfattningar i doktrin använts för att belysa det insamlade dokumentationsmaterialet. Utöver detta har det insamlade materialet också granskats utifrån ett traditionellt rätts-

¹² Socialstyrelsens tillsynsverksamhet flyttades under 2013 till den nya myndigheten Inspektionen för vård och omsorg. Se prop. 2012/13:20 *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

¹³ 3 § 10–11 förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

¹⁴ Skyldigheten att arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet regleras för närvarande i 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL). Den närmre innebörden av begreppet är inte fullständigt klarlagt, men beskrivs i exempelvis i Axelsson, Ewa, *Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård. En medicinrättslig studie*, 2011, s. 229–241.

säkerhetsperspektiv. Det är fråga om en kvalitativ ansats med en rättsociologisk prägel. En övergripande diskursanalys har gjorts på materialet i sin helhet.¹⁵

1.4 Några begrepp

Det råder en betydande begreppsförvirring när det gäller olika former för dokumentation av vård och omsorg. Framväxten av utökade dokumentationsrutiner i lagstiftning och praktik har skett utan någon samordning eller generell samsyn.¹⁶

Att terminologin inte är samordnad har uppmärksammats och inom ramen för det förslag till psykiatrilagstiftning som är under beredning när detta skrivs, föreslås att Socialstyrelsen ska se över terminologin i syfte att göra denna enhetlig och överskådlig.¹⁷

I denna artikel används begreppet *standardiserad* vårdplan för sådana mallar och blanketter som är upprättade för att kunna fungera som ram för och underlag vid upprättandet av en vårdplan för en enskild patient. När en standardiserad vårdplan används för en enskild patient blir det en *individuell* vårdplan. En *samordnad* vårdplan är en plan som är upprättad i samverkan mellan landsting och kommun.

2. Bakgrund – Svensk hälso- och sjukvård och New Public Management

I forskningen hänförs de olika förändringarna som sedan 1990-talet inträffat i organisationen av välfärdsadministrationen till begreppet New Public Management (NPM). Termen används för att beskriva styrformer för olika offentliga institutioner, som trots att de fortfarande är offentligt finansierade och organiserade genom skatter har organiserats i enlighet med metoder och modeller baserade på en ideologi om marknadsmässighet. Ofta innebär det att stora verksamheter organiserats i mindre specialiserade enheter med eget kostnadsansvar. Verksamheter kan även vara organiserade som en intern marknad, där enheter köper och säljer varandras varor och tjänster. Verksam-

¹⁵ Se exv. Widerberg, Karin, *Kvalitativ forskning i praktiken*. Studentlitteratur 2002, s. 168 ff.

¹⁶ Begreppet *samordnad individuell vårdplan* (SIP) förbehålls i verksamheterna för planer som upprättats med stöd av SoL och HSL. Motsvarande vårdplaner som upprättats med stöd av LPT respektive LRV kallas alltså enbart samordnade vårdplaner. (se Socialstyrelsen, *Begreppsdiagram planer inom vård och omsorg*).

¹⁷ Se SOU 2012:7 *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd*, s. 465 ff.

heterna är kontinuerligt föremål för utvärdering och rationalisering i syfte att uppnå kostnadseffektivitet. Det innebär att verksamheten även måste organiseras och samordnas på ett sådant sätt att jämförelser och utvärderingar underlättas, exempelvis genom standardiserade former för dokumentation.¹⁸

Förändringen i riktning mot dessa styrformer inom människobehandlande organisationer har varit föremål för omfattande forskning, hittills främst från ekonomer, sociologer och statsvetare. Området har däremot inte behandlats ur rättsligt perspektiv, även om en del studier har genomförts med en lyhördhet för rättsliga frågor.¹⁹ Det har också uppmärksamats att förändringen från en monocentrisk administration i riktning mot en polycentrisk sådan, vilket innebär en styrning av det offentliga genom decentraliserade institutioner, vilka var och en tillämpar rätten på sitt sätt.²⁰

Begreppet New Public Management (NPM) brukar tillskrivas Christopher Hood, som använde det under tidigt 1990-tal för att beskriva hur idéer om en fiktiv marknad användes som utgångspunkt vid transformationen av den offentliga administrationen.²¹ Utvecklingen mot NPM-influerade styrsystem påbörjades i anglosaxiska länder under sent 1970-tal och tidigt 1980-tal. Nyordningen byggde på specifika historiska förutsättningar. Transformationen var en reaktion mot den snabba tillväxten av offentlig administration under 1900-talet. Den offentliga administrationen uppfattades allmänt vid tiden som ineffektiv, icke-flexibel, dyr och inte särskilt användarvänlig. Den första nationen där den offentliga administrationen organiserades i enlighet med marknadens rationalitet var Storbritannien, där reformen initierades av den dåvarande premiärministern Margaret Thatcher. Andra nationer i samväldet följde efter detta exempel. Eftersom förändringarna betraktades som framgångsrika, kom de att implementeras i nästan samtliga OECD-länder.²² Sverige betraktas som ett av de länder där NPM haft allra störst inflytande

¹⁸ Hasselbladh, Hans et al. (red.) *Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård*, 2008.

¹⁹ Se exempelvis Carney, Terry, Mental Health Law in Postmodern Society: Time for New Paradigms? *Psychiatry, Psychology and Law* Volym 10, Issue 1, 2003, Hasselbladh, Hans et al. (red.) *Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård*, 2008 samt Nordgren, Lars, *Från patient till kund: intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*, 2003.

²⁰ Zahle, Henrik, Polycentri i retskildelære. I: *Festskrift til Tørstein Eckhoff*. Oslo: Tano. 1986 samt Petersen, Hanne, Zahle, Henrik (red.), *Legal polycentricity: consequences of pluralism in law*. Aldershot: Dartmouth. 1995.

²¹ Hood, Christopher, A Public Management for all Seasons? *Public Administration*, Volym 69, Issue 1, 1991 s. 3–19.

²² Grüning, Gemod, *Grundlagen des New Public Management: Entwicklung, theoretischer Hintergrund und wissenschaftliche Bedeutung des New-Public-Management aus Sicht der politisch-administrativen Wissenschaften USA*. ManagementWissen. 2000.

över offentlig förvaltning.²³ Inom svensk offentlig förvaltning märks inflytandet framförallt när det gäller rutiner för dokumentation, utvärdering och tillsyn, inom hälso- och sjukvården såväl som inom den offentliga förvaltningen i övrigt. Ordningen för dokumentation vid vårdplanering är ett sådant exempel.²⁴

Jag bedömer att fyra aspekter av NPM är av särskild relevans för bedömningen av hur väl de standardiserade vårdplanerna inom psykiatrisk tvångsvård tillgodoser rättssäkerhetsmässiga grundkrav.

Transparensen riskerar att äventyras i den *samverkan* mellan landsting och kommun som sker inom ramen för den öppna psykiatriska tvångsvården. Samverkan mellan myndigheter innebär alltid en risk för att det blir otydligt vem som är ansvarig för olika delar av vården av patienten. I psykiatrisk tvångsvård gäller detta särskilt för upprätthållandet av de särskilda villkor som vården kan vara förenad med.

För det andra har förändringen i riktning mot decentraliserad vård också skett parallellt med en övergång till ett marknadsorienterat språkbruk och, om inte i realiteten, så till föreställningar om, *en kontraktuell relation* mellan patient och vårdgivare. Detta har skett samtidigt med ett återkommande betonande av styrningsidealet *patienten i centrum*. Detta ideal har influerat regleringen och baseras på en föreställning om patienten som rationell, beslutsförmögen och ansvarsfull på samma sätt som medborgare förväntas vara på andra samhällsområden. Att vara patient på detta vis förutsätter också en förmåga att hävda sina rättigheter på ett sätt som kan vara svårt för en orolig, sjuk eller förvirrad person.²⁵ Detta är särskilt relevant för patienterna inom den psykiatriska tvångsvården, vilka i många fall varken kan eller får välja mellan olika alternativa vårdinsatser. Att tillskriva patienten en sådan aktiv roll kan innebära att likabehandlingen riskeras, eftersom patienter som är svaga och förvirrade och inte förmår hävda sin rätt, missgynnas.

För det tredje har målsättningen att skapa en effektiv och utvärderbar administration en avgörande inverkan på dokumentationen av vården, inte minst i form av vårdplanering. *Standardiserade dokumentationsmodeller* har kritiserats för sin statiska form och för svårigheterna att anpassa formen till sådana unika omständigheter och förutsättningar, som kan aktualiseras i det enskilda fallet. Standardiserade former för dokumentation tenderar att få ett

²³ Pollitt, Christopher & Bouckaert, Geert, *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Third ed, Great Britain: Oxford University Press, 2011.

²⁴ Hasselblad, Hans et al. (red.) *Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård*, 2008.

²⁵ Bejerot, Ewa. Patienten i centrum – ett tvingande styrningsideal. I: Hasselblad et al. (red.): *Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård*, 2008, s. 137–154.

eget liv, där det blir viktigare att fylla i en formell blankett på riktigt vis än att applicera professionellt kunnande och grannliga reflektion vid vården av en enskild patient.²⁶

Slutligen har standardiserade dokumentationsformer en direkt inverkan på hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att använda sitt professionella skön. Med Ronald Dworkins metafor är skön (discretion) som hålet i en flottyrkokt munk.²⁷ Skön är alltså ett relativt begrepp, som är beroende av de gränser som omger beslutsfattandet. Inom forskningen om professioner betraktas skön som något mycket centralt.²⁸ Förmedlingen av välfärdstjänster karaktäriseras ofta av att de professionella på området förväntas tillämpa sin specialistkunskap och sitt professionella skön i enskilda ärenden. För denna artikels vidkommande innebär det sagda att den standardiserade vårdplanens utseende har konsekvenser för, i vad mån yrkesutövare inom hälso- och sjukvården tillåts använda sitt professionella skön vid bedömningen av vilken vård, omsorg och särskilda villkor som ska gälla för en enskild patient. Ur ett rättssäkerhetsperspektiv kan inverkan av professionellt skön å ena sidan innebära att formella rättssäkerhetskrav på förutsägbarhet, legalitet och likabehandling sätts ur spel. Å andra sidan kan resultatet av en bedömning baserad på skön innebära att patientens behandling uppnår väsentliga materiella rättssäkerhetskrav om god vård, då insatserna blir väl övervägda och anpassade till den enskilda patientens behov och förutsättningar.²⁹

3. Introduktionen av standardiserade dokumentationsformer inom svensk hälso- och sjukvård

Förändringen mot standardiserade former för dokumentationen inom hälso- och sjukvården introducerades under tidigt 1990-tal, i samband med att Socialstyrelsen utfärdade föreskrifter avsedda att förtydliga den dåvarande patientjournalen.³⁰ Syftet med dessa föreskrifter var att förbättra dokumentationen av patienters vård och behandling genom att integrera sjuksköterskornas omvårdnadsdokumentation med den medicinska dokumentation som fördes av läkare. Om dokumentationen fördes gemensamt hoppades

²⁶ Forsberg, Anna & Edlund, Karin, *Standardvårdplaner*. 2003.

²⁷ Dworkin, Ronald, *Taking Rights Seriously*, Cambridge: Harvard University Press, 178, s. 31–32.

²⁸ Freidson, Eliot, *Professionalism: The third logic. On the practice of knowledge*. Chicago: University of Chicago press, 2001. Se även Lipsky, Michail *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services* NewYork: Russell Sage Foundation, 1980.

²⁹ Jfr Molander, Anders, et al., Professional discretion and accountability in the welfare state. *Journal of Applied Philosophy*, 29(3), 214–130.

³⁰ Patientjournalen (1985:562), SOSFS 1993:20 *Omvårdnad inom hälso- och sjukvården*.

man uppnå en mera holistisk beskrivning av patientens vårdbehov, behandling och välbefinnande. Innehållet i patientjournalerna och formerna för dokumentation fortsatte emellertid att variera kraftigt mellan olika vårdgivare och enskilda yrkesutövare, trots olika försök att introducera generella rutiner och ett gemensamt språkbruk. Den första modellen – VIPS – introducerades 1993. Förkortningen står för Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet. VIPS-modellen omfattade inte vårdplaneringen, utan var avsedd att tillhandahålla en standardiserad rutin för den kontinuerliga dokumentationen under den tid patienten vårdades på sjukhus.³¹

Men efterhand blev även vårdplaneringen och dokumentationen av densamma föremål för standardisering. Idag märks denna utveckling främst i försöken att finna standardiserade former för planering av behandling av patienter med samma diagnos. Allt flera sådana enhetliga planer har introducerats. Socialstyrelsen samverkar kontinuerligt med andra myndigheter och organisationer i syfte att ta fram standardiserade vårdplaner för olika diagnoser, men arbetet pågår även lokalt inom landstingen och kommunerna. Inspirationen kommer från anglosaxiska förebilder, där motsvarande arbete bedrivs under rubrikerna care and clinical pathways, care protocols och care guidelines.³² Det övergripande syftet med standardisering hänger samman med NPM och är att reducera variationer i medicinsk praxis och omvårdnad och att uppnå effektivitet vad gäller dokumentation och utvärdering av insatser. De standardiserade vårdplanerna är avsedda att utgöra ett stöd för evidensbaserat arbete och ett underlag för resurstilldelning. Socialstyrelsen menar att standardiserade vårdplaner medför en effektiv processorienterad dokumentation. Styrelsen framhåller att detta underlättar registrering och insamling av data inför kvalitetsarbete och tillsyn.³³

Eftersom standardiserade vårdplaner oftast är utformade med en särskild diagnos i åtanke är dessa olämpliga att använda för multi-sjuka patienter, en grupp som exempelvis ofta innefattar äldre patienter. I de fall patienter behöver en mera komplex vårdplanering finns det alltså starka skäl för att undvika standardiserade planer.³⁴

Evidensen för att standardiserade vårdplaner verkligen underlättar dokumentation, bedömning och diagnos vid medicinsk behandling och omvård-

³¹ Forsberg, Anna & Edlund, Karin, *Standardvårdplaner*, 2003.

³² Socialstyrelsen, *Standardvårdplaner (SVP). En kartläggning av förekomsten av SVP i akutsjukvården*, 2006. Se även Ilott, Irene et al., How do nurses, midwives and health visitors contribute to protocol-based care? A synthesis of the UK literature, *International Journal of Nursing Studies* 47, 2010, s. 770–780.

³³ Socialstyrelsen, *Resultat av remiss för begreppet standardiserad vårdplan*. Dnr 27796/2011, 2011.

³⁴ Statens beredning för medicinsk utvärdering, *Evidensbaserad äldreomsorg – en inventering av det vetenskapliga underlaget*, 2003.

nad i allmänhet är emellertid väldigt låg.³⁵ Under hösten 2012 undersökte Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) om det fanns några studier som utvärderade standardiserade samordnade vårdplaner vid behandling av personer med psykiska funktionshinder. SBU fann att resultatet var magert och att effekterna av standardiserade vårdplanerna var oklara.³⁶

Idag sker dokumentationen av samordnade individuella vårdplaner huvudsakligen i standardiserade former. Flertalet enskilda landsting och kommunerna inom respektive landstings geografiska område har med bistånd från Sveriges kommuner och landsting (SKL) arbetat fram gemensamma mallar, som personalen förväntas använda sig av vid planeringen av den öppna tvångsvården.³⁷

4. Närmre om öppen psykiatrisk och rättspsykiatrisk tvångsvård

4.1 Bakgrund

Lagen om psykiatrisk tvångsvård introducerades, tillsammans med lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård, år 1992. Den senare reglerar framförallt omhändertaganden av lagöverträdare med allvarliga psykiska störningar. Dessa båda lagar skiljer sig åt vad gäller hur och var de initieras, men regleringen av vården och de konkreta tvångsåtgärderna är i det närmsta uniform. Införandet av LPT och LRV har beskrivits som ett paradigmskifte vad gäller synen på patientens rättigheter och betydelsen av integritet och autonomi.³⁸ En avsikt med lagstiftningen var att minska användandet av tvångsåtgärder. I förarbetena hävdade lagstiftaren att tvångsvård skulle uppfattas som en sista utväg efter att alla möjligheter till vård med samtycke var uttömda. När tvångsvård väl beslutades skulle tvångsvårdsperioderna vara så korta som möjligt.³⁹ Det har emellertid visat sig svårt att hitta en rimlig balans mellan effektiv och framgångsrik vård å ena sidan och respekt för patientens fri- och rättigheter å den andra. Sådana avvägningar har särskild relevans vid tillämpningen av vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård, vilken introducerades 2009. Det övergripande syftet med tvångsvård under öppna former är just att balansera

³⁵ Rycroft-Malone Jo et al., Protocol-based care: the standardization of decision-making? *Journal of clinical nursing*, 18, 2009, s. 1490–1500 samt Rycroft-Malone, Jo et al., realistic evaluation: The case of protocol-based care, *Implementation Science* 5:38, 2010.

³⁶ Statens beredning för medicinsk utvärdering, Svar från SBU:s upplysningstjänst på fråga om samordnade individuella vårdplaner, 1 oktober 2012.

³⁷ Se till exempel Sveriges kommuner och landsting. *Cirkulär 09:4 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården. Ansvarsfördelning mellan kommun och landsting m.m.* 2009.

³⁸ Staaf, Annika. et al., *Hälsa- och sjukvårdsrätt – en introduktion för professionsutbildningar*, 2012.

³⁹ Prop. 1990/91:58 *Om psykiatrisk tvångsvård m.m.*, s. 233.

mellan tvång och frihet på ett sådant sätt att patienten så småningom samtycker till medicinsk vård och behandling eller rehabilitering. Sjöström et al har beskrivit hur det allmänna har experimenterat med olika vårdformer för att hitta en rimlig balans, men konstaterar att inga av de formella rättsliga instrument, som introducerats hittills, har medfört någon betydande förbättring ur patienternas perspektiv.⁴⁰

Tidigare lagstiftning, lag (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) innehöll regler om försöksutskrivning (se 19–20 §§ LSPV). Försöksutskrivningen medgav att patienterna skrevs ut från den slutna vården under förutsättning att vissa villkor uppfylldes från patientens sida. Villkoren innefattade vanligtvis föreskrift om medicinering. Inför lagstiftningsarbetet 1992 fann regeringen att de rättsliga förutsättningarna för försöksutskrivning hade tillämpats alltför generöst.⁴¹ Möjligheten att försöksutskrivna patienter avskaffades också när LPT och LRV introducerades 1992. Istället introducerades en möjlighet att besluta om permissioner. Syftet med permissionsinstitutet var att underlätta patienternas övergång till vård i kommunens regi. Snart kom emellertid även permissionsinstitutet att tillämpas på annat sätt än vad som varit avsikten. Permissionerna beslöts för långa perioder, ibland årsvisa och i vissa fall ännu längre. Detta kom att ifrågasättas, inte minst ur ett legalitetsperspektiv, eftersom patienten på permission hamnade i ett oklart rättsligt läge. Samtidigt som patienten var föremål för tvångsvård var hon i realiteten lämnad helt åt sig själv. Ett centralt rekvisit för beslut om vård var (och är fortfarande, åtminstone när vården inleds) att patienten har behov av vård på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnet-runtvård.⁴² Om patienten har permission från vården på sjukvårdsinrättningen under långa perioder, kan det med rätta ifrågasättas om detta rekvisit är uppfyllt.⁴³

Denna kritik utlöste ett första initiativ rörande öppen tvångsvård med särskilda villkor, vilket Tvångspsykiatrikommittén presenterade i en utredning under 1998. Den föreslagna lagstiftningen skulle användas för patienter som ansågs vara i behov av uppföljande insatser efter sjukhusvården, samtidigt som regleringens utformning skulle tillgodose legalitetskravet. Redan i detta förslag noterades att öppen tvångsvård skulle kräva noggrann planering och uppföljning i samverkan mellan landsting och kommun, för att vårdformen

⁴⁰ Sjöström, Stefan et al., Why community compulsion became the solution – reforming mental health law in Sweden, *International Journal of Law and Psychiatry* 34, s. 419–428, 2011. Se särskilt s. 423 ff.

⁴¹ Prop. 1990/91:58 *Om psykiatrisk tvångsvård m.m.*, s. 155.

⁴² 3 § första stycket 1 LPT.

⁴³ SOU 1998:32 *Rättssäkerhet, vård och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård* s. 300 ff.

skulle kunna genomföras. Landstingen och kommunerna uppmanades därför att samverka och dokumentera sina insatser i gemensamma vårdplaner.⁴⁴

Argumenten för en ny lagstiftning ansågs emellertid väga för lätt och ingen ny lagstiftning kom att beslutas. Att legalitetsprincipen inte följdes och att patienten hamnade i en oklar rättslig ställning var inte tillräckligt starka argument för att motivera en uppdaterad lagstiftning. Istället fortsatte användningen av de långvariga permissionerna att öka som utslussningsåtgärd. Efter mordet på Anna Lindh år 2003 uppkom emellertid ett förnyat intresse för tillämpningen av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen. En särskild utredare tillsattes för att se över regleringen och organisationen av tvångsvården.⁴⁵

Utredaren valde att åter plocka upp det tidigare föreslaget om öppen psykiatrisk tvångsvård kombinerad med särskilda villkor, men denna gång argumenterade man för förslaget med andra argument än de som tidigare anförts. Istället för att fokusera på patientens rättsliga ställning argumenterade utredaren för att det var tid för lagstiftaren att förändra rättstillämpningen i riktning mot en mera restriktiv permissionspraxis. Med den nya vårdformen skulle det vara möjligt att hitta en pragmatisk lösning på de tillämpningsproblem som kunde uppstå vid permissioner, exempelvis att patienter inte följde föreskriven medicinering.⁴⁶

Regleringen av öppen psykiatrisk tvångsvård infördes slutligen under hösten 2008. Målet med lagstiftningen var bland annat att tillhandahålla bättre möjligheter att, i samverkan med patienten, anpassa vården efter patientens behov. Allt i syfte att möjliggöra ett liv utanför den slutna sjukvårdsinstitutionen. När den nya regleringen infördes fanns det en förhoppning om att denna skulle leda till färre beslut om återupptagen vård på slutna sjukvårdsinrättningar. I förarbetena antyds att öppen psykiatrisk tvångsvård kan komma att pågå under väldigt långa, även livslånga, perioder.⁴⁷

4.2 Regleringen av öppen psykiatrisk och rättspsykiatrisk tvångsvård

Psykiatrisk tvångsvård kan beslutas om rekvisiten i 3 § LPT är uppfyllda. Det innebär att patienten ska lida av en allvarlig psykisk störning, ha ett ound-

⁴⁴ SOU 1998:32 *Rättssäkerhet, vård och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård* s. 306 ff.

⁴⁵ Sjöström, Stefan et al., Why community compulsion became the solution – reforming mental health law in Sweden. In: *International Journal of Law and Psychiatry* 34, s. 419–428, 2011, s. 423. Se även kommittédirektiv 2003:133 *En nationell psykiatrisamordnare*.

⁴⁶ Prop. 2007/2008:70 appendix 1. Se även Sjöström, Stefan et al., Why community compulsion became the solution – reforming mental health law in Sweden. In: *International Journal of Law and Psychiatry* 34, s. 419–428, 2011.

⁴⁷ Prop. 2007/2008:70 *Ny vårdform inom den psykiatriska vården*, s. 75. Se även Gustafsson, Ewa, *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet. En rättsvetenskaplig monografi om LPT*, 2010, s. 176.

gängligt vårdbehov som bara kan tillgodoses på en vårdinrättning för kvalificerad psykiatrisk heldygnsvård samt motsätta sig vården eller sakna förmåga att ta ställning till vården. För den öppna psykiatriska tvångsvården gäller motsvarande rekvisit, med den skillnaden att vårdbehovet kan tillgodoses genom att öppen vårdform kombineras med särskilda villkor, istället för ett krav på heldygnsvård på vårdinrättning. Vården måste emellertid alltid inledas i slutna form.

Den svenska regleringen är ett exempel på sådan tvångslagstiftning, vars inledning får en rättslig prövning först om den överklagas av patienten (after-the-event review).⁴⁸ Det skiljer lagstiftningen från exempelvis tvångsregleringen inom socialtjänsten, där beslut om omhändertagande tas av domstol och även akuta omhändertaganden måste underställas domstol. Beslut om omhändertagande sker istället av två läkare i förening, ett så kallat tvåläkarförfarande. Det består av en läkares utfärdande av vårdintyg, följt av en chefsöverläkares intagningsbeslut.⁴⁹ Om chefsöverläkaren anser att vården bör fortsätta längre tid än fyra veckor efter intagningsbeslutet ska han eller hon ansöka om medgivande för sådan vård hos förvaltningsrätten.⁵⁰

Beslutet om att omvandla den slutna psykiatriska tvångsvården till öppen psykiatrisk tvångsvård fattas däremot i domstol. Det är chefsöverläkaren som har befogenhet att ansöka hos förvaltningsrätten om att den psykiatriska tvångsvården ska omvandlas till öppen psykiatrisk tvångsvård. Ansökan ska innehålla argument för öppenvård samt uppgift om vilka särskilda villkor som bedöms vara nödvändiga för att tillgodose vårdbehovet. Ansökan ska också innehålla en samordnad vårdplan.⁵¹

Rättspsykiatrisk tvångsvård kan inledas genom ett beslut i allmän domstol, som ett alternativ till fängelsestraff, då gärningsmannen begått brott under inverkan av en allvarlig psykisk störning, i enlighet med 31 kap. 3 § Brottsbalken. Sådan vård kan också inledas för personer som är anhållna, häktade, intagna för rättspsykiatrisk undersökning, intagna eller på väg till kriminalvårdsanstalt eller särskilt ungdomshem till följd av dom om slutna ungdomsvård. För dessa grupper går intagningsförfarandet till på samma sätt som för de som omhändertas med stöd av LPT.⁵²

⁴⁸ Carney, Terry, The mental health service crisis of neoliberalism – An antipodean perspective, In: *International Journal of Law and Psychiatry* 31, 2008, s. 101–115, särskilt s. 104.

⁴⁹ 4 §, 6 b § LPT.

⁵⁰ 7 § LPT.

⁵¹ Se 7 § LPT.

⁵² Se 1 § samt 4–5 §§ LRV.

4.3 Regleringen av generella överenskommelser, vårdplanen för den enskilda patienten och de särskilda villkoren avseende öppen psykiatrisk och rättspsykiatrisk tvångsvård

Sveriges kommuner och landsting är förpliktigade att ingå generella överenskommelser med varandra angående ramarna för samverkan kring människor med psykiska funktionshinder. Regler med detta innehåll infördes 2010, då paragrafer med identiska lydelse infördes i hälso- och sjukvårdslagen och i socialtjänstlagen.⁵³ Syftet med dessa generella överenskommelser är att de ska utgöra ramverk för de samordnade individuella vårdplaner, som upprättas för de patienter som behöver insatser av såväl landsting som kommun. Av den enskilda patientens vårdplan ska det framgå vilka insatser som hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten ansvarar för.⁵⁴ Genom de generella överenskommelserna förväntas ansvariga huvudmän således ha inarbetat rutiner för samverkan och ha identifierat väsentliga samverkansområden och eventuella problem och hinder i förväg, så att beredskap finns när vårdplaneringen ska göras för den enskilda patienten.

En vårdplan ska upprättas snarast efter det att patienten tagits in för tvångsvård. Av vårdplanen ska det framgå vilka behandlingsinsatser och andra insatser som behövs. Patientens delaktighet och inflytande ska tillgodoses i den samordnade vårdplaneringen. Såväl utformandet av vårdplanen som överväganden rörande insatser från socialtjänsten ska så långt det är möjligt göras i samråd med patienten. Chefsöverläkaren ska undersöka om patienten behöver insatser från socialtjänsten och det ska också framgå av vårdplanen om sådant behov inte finns, eller om patienten inte önskar sådana insatser.⁵⁵

När det sedan blir aktuellt att omvandla den slutna tvångsvården till öppen tvångsvård ska det bifogas en samordnad vårdplan till chefsöverläkarens ansökan om att vården av patienten ska omvandlas. Den samordnade vårdplanen för den individuella patienten ska innehålla information om vilken medicinsk vård och vilket bistånd från landsting respektive kommunens socialtjänst som patienten bedöms behöva, beslut om vård och/eller sociala omsorgsinsatser, vilken enhet som ansvarar för respektive insats och eventuella åtgärder som ska vidtas av andra än landsting och kommun.⁵⁶ Chefsöver-

⁵³ 8 a § HSL samt 5 kap. 8 a § SoL. Se även prop. 2008/09:193 *Vissa psykiatrirågor m.m.*

⁵⁴ 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL.

⁵⁵ 16 § LPT, 6 § LRV samt 3 kap. 9 § SOSFS 2008:18 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*. Se även författningsförslaget i Ds 2014:28 *Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård*.

⁵⁶ 7 a § LPT, 16 b § LRV samt SOSFS 2008:18 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*. Se även författningsförslaget i Ds 2014:28 *Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård*.

läkaren ska också informera berörda enheter om beslutet att omvandla den slutna psykiatriska vården till öppen. Beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård måste alltid omfatta minst ett särskilt villkor. Det är förvaltningsrätten som beslutar om dessa, men rätten kan också delegera frågan om villkorens innehåll till chefsöverläkaren. Förvaltningsrätterna tenderar att i stor omfattning utnyttja möjligheten till delegation.⁵⁷

För patienter som är föremål för rättspsykiatrisk tvångsvård med särskild utskrivningsprövning ska chefsöverläkaren särskilt redogöra för sin bedömning av risken för att patienten begår nya brott. Chefsöverläkaren ska dessutom redogöra för vilka insatser som planeras i syfte att motverka att patienten återfaller i brottslighet.⁵⁸

Lagstiftaren har specificerat i lagstiftningen vad de särskilda villkoren kan tänkas innefatta, nämligen:

- skyldighet att hålla kontakt med en viss person,
- skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten,
- vistelseort, bostad, utbildning eller arbete,
- förbud mot att använda berusningsmedel,
- förbud mot att vistas på en viss plats eller att ta kontakt med en viss person, eller
- annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen.⁵⁹

Uppräkningen är inte uttömmande.⁶⁰ I realiteten består vanliga villkor av krav på att patienten ska följa ordinationer rörande medicinering, komma på regelbundna läkarbesök, inte missbruka droger samt att patienten är skyldig att vistas på viss institution och följa de regler som gäller där och att öppna sitt hem för boendestöd.⁶¹ Av Socialstyrelsens lägesrapport från 2009 framgår att det förekommer fall där patienten förpliktigas att finnas tillgänglig på telefon hela dygnet. Det förekommer också så kallade vistelsevillkor, vilket innebär att patienten inte får lämna boendet utan sällskap av personal men kan

⁵⁷ 26 § LPT samt 12 a § och 16 a § LRV. Se även Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 17.

⁵⁸ Se 16 b § LRV.

⁵⁹ Se 26 § LPT.

⁶⁰ Prop. 2007/2008:70 *Ny vårdform inom den psykiatriska vården*, s. 111.

⁶¹ Socialstyrelsen, *En ny vårdform. En lägesrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2009 samt Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 17.

beviljas permission i vissa fall.⁶² Gustafsson menar att beslut under vården som innebär att patient hindras från att lämna ett boende inom den öppna psykiatriska tvångsvården strider mot legalitetsprincipen, eftersom det enbart finns uttryckligt lagstöd för sådana frihetsbegränsningar inom den slutna psykiatriska tvångsvården. Om inte patienten bedöms klara sig själv utanför institutionen utan bistånd av personal borde det inte heller beslutas om öppen tvångsvård för denne patient.⁶³

De särskilda villkoren är inte rättsligt sanktionerade. Patienten kan inte återintas till slutna psykiatrisk tvångsvård enbart på den grund att han eller hon inte följt de särskilda villkor som den öppna vården förenats med. Chefsöverläkaren får däremot besluta att patient åter ska ges slutna psykiatrisk tvångsvård om villkoren i 26 a § LPT respektive 3 c och 3 d §§ LRV är uppfyllda. Det innebär att de generella rekvisiten i 3 § LPT om allvarlig psykisk störning, oundgängligt vårdbehov och bristande samtycke ska vara uppfyllda. Dessutom krävs att rättens beslut inte kan avvaktas med hänsyn till risken för patientens eller annans hälsa eller personliga säkerhet. Att patienten inte följer särskilda villkor avseende exempelvis medicinering är alltså inget skäl för att återintaga patienten till slutna psykiatrisk tvångsvård, så länge inte övriga rekvisit är uppfyllda. Det faktum att patienten kan komma att insjukna i sin psykiska sjukdom på nytt längre fram är inte att betrakta som ett oundgängligt vårdbehov.⁶⁴

Ur ett rättssäkerhetsperspektiv får en tvångslagstiftning utan några reglerade tvångsåtgärder betraktas som synnerligen motsägelsefull.⁶⁵

När detta skrivs bereds ett förslag på en förändrad reglering av den psykiatriska tvångsvården, vilket bland annat innebär att LPT och LRV samordnas till en lagstiftning och rekvisitet oundgängligt vårdbehov ersätts med påtagligt vårdbehov. I utredningen där den nya lagstiftningen presenteras konstateras att samverkan mellan kommun och landsting kring patienten inom den psykiatriska tvångsvården fortfarande brister, trots att vårdgivarna under 2010 blev skyldiga att ingå generella överenskommelser rörande samverkan. I den föreslagna regleringen ställs därför ytterligare krav på samordnad vårdplane-

⁶² Socialstyrelsen, *En ny vårdform. En lägesrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2009, s. 21.

⁶³ Gustafsson, Ewa, *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet. En rättsvetenskaplig monografi om LPT*, 2010, s. 174.

⁶⁴ Vahlne Westerhäll, Lotta, Tvång, proportionalitet och likhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård – Är lagstiftningen om öppen psykiatrisk tvångsvård rättssäker? *Juridisk tidskrift*, 24 (2012–13) (4) s. 827–844. Se även RÅ 2010 ref. 93.

⁶⁵ Se även Vahlne Westerhäll, Lotta, Tvång, proportionalitet och likhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård – Är lagstiftningen om öppen psykiatrisk tvångsvård rättssäker? *Juridisk tidskrift*, 24 (2012–13) (4) s. 827–844.

ring och mera detaljerade krav på utformningen av den individuella vårdplanen.⁶⁶

5. Resultat och analys

5.1 Allmänna intryck av materialet

5.1.1 Skillnader mellan och inom landstingen

Av de 19 landsting som ingår i undersökningen hade samtliga ingått generella överenskommelser med kommuner i respektive område. Dock tycktes vissa landsting inte ha ingått generella överenskommelser med samtliga kommuner i sitt område, utan enbart med ett fåtal. Det gäller exempelvis landstinget i Jönköpings län samt Kalmar läns landsting, vars dokumentation enbart hänvisade till överenskommelser med Jönköpings respektive Emmaboda kommun. Östergötlands läns landsting hade även ingått olika överenskommelser med olika kommuner. En av överenskommelserna är mycket kortfattad och fokuserar på instruktioner för hälso- och sjukvårdspersonalen, medan den andra består av en utförlig vårdplan samt en implementering av SKL:s cirkulär om överenskommelser. På motsvarande sätt har Västra Götalandsregionen ingått separata avtal med varje del av regionen. Det kan finnas geografiska och demografiska förklaringar till att överenskommelserna ser olika ut inom ett och samma landsting eller region. Om skillnaderna mellan dokumenten innebär att patienterna också behandlas olika beroende på vilken kommun de tillhör finns det emellertid en uppenbar risk för brister avseende likabehandling.

5.1.2 Överenskommelser avseende psykiatrisk tvångsvård – ett eftersatt område

Av de insamlade överenskommelserna framgår att arbetet med att samverka kring patienter inom den psykiatriska tvångsvården inte kommit lika långt som övrig samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Åtta av de landsting som ingick i undersökningen hade ingått omfattande och ambitiösa överenskommelser med kommunerna rörande samverkan kring bland annat personer med psykisk funktionsnedsättning, men underlätit att här inkludera patienter som är föremål för psykiatrisk tvångsvård eller endast undantagsvis nämnt denna patientgrupp. I dessa sjukvårdsområden saknas således även helt eller huvudsakligen centralt utfärdade instruktioner, mallar eller ramar för hur dokumentationen av den psykiatriska tvångsvården ska gå till. Till viss del kan övriga överenskommelser användas till ledning, men i övrigt lämnas yrkesutövaren att inom ramen för den rättsliga regleringen och för vad jour-

⁶⁶ Se SOU 2012:17 *Psykiatrin och lagen. Tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd*, kap. 20.

nalföringssystemet medger, utforma dokumentationen av tvångsvården enligt eget skön. Detta förutsätter att yrkesutövare har en avsevärd insikt i vad lagstiftningen medger. Att sådan insikt saknas kan vara en förklaring till att det förekommer beslut i vården som strider mot lagstiftningen, exempelvis avseende patients rätt att lämna vårdinrättning.

5.1.3 Förvalda alternativ eller fritext

Materialet från de landsting som i samråd med områdets kommuner valt att inrätta standardiserade dokumentationsmodeller för den psykiatriska tvångsvården, elva landsting, kan indelas i två typer. Merparten har upprättat en ganska enkel mall för den samordnade vårdplaneringen, där olika fält ska fyllas i med uppgifter i fritext om patientens diagnos, behov, insatser, särskilda villkor etc. Dalarnas och Norrbottens läns landsting har istället en mall där fälten inkluderar olika valbara alternativ, vilka den som upprättar vårdplanen kan välja mellan. Mallar där yrkesutövaren är hänvisad till ett färdigt urval av alternativ begränsar yrkesutövarens möjlighet att använda sin kunskap och sitt professionella skön. Å andra sidan ökar förutsättningarna för att legaliteten upprätthålls och att patienter behandlas formellt lika.

5.1.4 Mjukvaran styr

Ett generellt intryck av materialet är att vårdgivarna är ytterst beroende av de mjukvaruprodukter man har valt för sitt journalföringssystem. Journalföringssystemet beskrivs återkommande som styrande för hur och vad som ska dokumenteras, snarare än lagstiftningen, vårdgivarens lokala föreskrifter eller omsorg av patienten. Hur mjukvaran är konstruerad har en avgörande betydelse för hur arbetet gentemot patienten är organiserat. I instruktionerna för personalen vid vårdplanering i Västernorrlands län kan man exempelvis läsa följande:

”För att [mjukvaran] ska stödja vårdplaneringsprocessen krävs att alla vårdplaneringens aktörer läser, signerar och justerar i enlighet med systemets regelverk. Om aktörer med signerings/justeringsansvar inte kvitterar meddelanden i [mjukvaran] försenas processen och patientens vårdtid i den slutna vården riskerar förlängas av rent administrativa skäl...”

Det är naturligtvis oacceptabelt att administrativa lösningar tillmäts en större betydelse än såväl medicinska som rättsliga bedömningar och förfarandet ställer legalitetsprincipen helt åt sidan.

5.1.5 Olika dokumentationsformer för tvångsvård enligt LPT respektive LRV

Vid flera tillfällen framgår av det insamlade materialet att dokumentation enligt LPT respektive LRV separeras på ett sätt som det är svårt att finna

grund för i lagstiftningen. De tydligaste skillnaderna återfinns i materialet från Västernorrlands läns landsting samt från landstinget i Jönköpings län. I Västernorrlands län dokumenteras tvångsvården enligt LPT i samma journalföringssystem som används för dokumentation av övrig hälso- och sjukvård. Tvångsvård med stöd av LRV dokumenteras däremot i en särskild föreskriven ordning utarbetad vid den rättspsykiatriska kliniken samt, i förekommande fall, i enlighet med samverkansrutiner som upprättats med kommun. Även landstinget i Jönköpings län har olika rutiner för samordnad vårdplanering med stöd av LPT respektive LRV. Enbart i den som avser LPT finns det utrymme för att notera om patienten medverkat vid upprättandet av vårdplanen eller inte och i så fall varför. Det är också enbart i den samordnade vårdplanen avseende LPT som det avsatts utrymme för dokumentation av mål med vården samt av de särskilda villkoren.

I materialet från andra landsting förekommer det att personalen uppmärksammas särskilt på den rättsliga insynen över vården enligt LRV. Det gäller exempelvis Jämtlands läns landsting där materialet innehåller en särskild instruktion till personalen om att uppmärksamma att i det fall öppen tvångsvård för personer som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning omvandlas till sluten vård, måste en anmälan om detta göras till förvaltningsrätten inom fyra dagar.⁶⁷ Detta villkor gäller inte patienter som vårdas i öppen tvångsvård enligt LPT eller enligt LRV, men då utan särskild utskrivningsprövning.

Det rättsliga beslutsfattandet i domstol är större inom LRV än inom LPT, där en större del av beslutanderätten ligger hos chefsöverläkaren eller den som denne delegerar till. Det gäller exempelvis beslut om rättspsykiatrisk vård enligt 1 § p. 1 respektive 3 § LRV samt åklagares möjlighet att överklaga chefsöverläkares beslut om permission, se 20 § LRV. I den utsträckning som dokumentationen av LRV är mera detaljerad och transparent än dokumentationen av LPT skulle detta kunna förklaras med att den större insynen från andra myndigheter medför en strävan efter större omsorg om dokumentationen. Å andra sidan finns det inslag i det insamlade materialet, se landstinget i Jönköping ovan, som ger intryck av att dokumentationen är mindre detaljerad när delar av beslutsfattandet finns hos en annan myndighet. I vilket fall finns det anledning att ifrågasätta om det finns kvalitetsskillnader avseende dokumentationen av vård med stöd av LPT respektive LRV.

⁶⁷ Jfr 3 d § samt 16 a § LRV.

5.2 Efterlevnaden av Socialstyrelsens anvisningar angående samordnad vårdplanering

Under 2010 genomförde Socialstyrelsen en utvärdering av den öppna psykiatriska tvångsvården där också implementeringen och tillämpningen av regleringen rörande den samordnade vårdplanen granskades. Styrelsen fann att väsentliga uppgifter, alltså sådana uppgifter som ska finnas med i vårdplanen, saknades i en femtedel av de granskade samordnade vårdplanerna.⁶⁸ Som framgått ovan ska den samordnade planen så långt det är möjligt upprättas i samråd med patienten. Om patienten inte medverkat ska anledningen därtill framgå. Endast i 42 % av de vårdplaner som socialstyrelsen granskade år 2010 framgick detta.⁶⁹ Socialstyrelsen uppmanade därför vårdgivarna att säkerställa att patientens delaktighet och inflytande tillgodosågs i den samordnade vårdplaneringen, samt att den samordnade vårdplanen utgick från patientens behov och innehåller uppföljningsbara mål.⁷⁰

Det vore rimligt att anta att vårdgivarna tagit intryck av Socialstyrelsens kritik vid utformandet av standardiserade former för dokumentation av samordnade vårdplaner. Det material som analyseras i denna artikel tyder emellertid på att det fortfarande är vanligt att den samordnade vårdplanen upprättas utan patientens medverkan. I materialet från sex landsting saknades helt någon mall som inkluderade fält för uppgifter om patientens medverkan. Två landsting använde mallar där patientens medverkan framgick, men där utrymme för att beskriva eventuell anledning till bristande medverkan saknades. Ett landsting, Jönköpings län, hade bara former för dokumentation av patientens medverkan när det gällde vård med stöd av LPT. Patientens medverkan vid upprättandet av samordnad vårdplan när vården beslutats med stöd av LRV saknades helt.

Inte heller Socialstyrelsens andra slutsats, att vårdgivarna borde säkerställa att den samordnade vårdplanen utgick från patientens behov och innehåller uppföljningsbara mål, har satt några särskilda spår i det dokumentationsmaterial som granskades i denna undersökning. För att kunna följa upp vårdplanerna måste det framgå av planerna vad som är målet med insatserna på kort och på lång sikt. Endast fem landsting av de 19 som granskats i undersökningen hade något utrymme på dokumentationsformulären, eller någon annan anvisning, som inkluderade mätbara mål. Eftersom ett alldeles grund-

⁶⁸ Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 28.

⁶⁹ Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 20–21.

⁷⁰ Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 7.

läggande syfte med standardiserade dokumentationsformer är just att tillhandahålla effektiva möjligheter till uppföljning och utvärdering, är det anmärkningsvärt att detta mål inte fått ett större genomslag.

I sin genomlysning framhöll Socialstyrelsen också betydelsen av att de särskilda villkoren för de som vårdas i öppen rättspsykiatrisk tvångsvård är utformade på ett sådant sätt, att de minimerar risken för att patienten begår nya allvarliga brott på grund av sin psykiska sjukdom. De särskilda villkoren ska alltså i dessa fall kopplas till en riskbedömning för patienten. Socialstyrelsen konstaterade att många vårdplaner saknade hänvisningar till hur de särskilda villkoren skulle minimera risken för att patienten återfaller i brottslighet.⁷¹ Av det insamlade materialet att döma tycks riskbedömningar fortfarande inte vara något som särskilt beaktats när mallar och instruktioner för dokumentation upprättats i landets landsting, regioner och kommuner. Frågan om riskbedömning nämns bara vid något enstaka tillfälle i hela det granskade materialet.

Det undersökta materialet ger anledning att anta att implementeringen av regleringen rörande samverkan går trögt. Socialstyrelsens ställning som central förvaltningsmyndighet och normbildare på området för psykiatrisk tvångsvård förefaller inte heller särskilt stark.

5.3 Vårdplaner och rättssäkerhet

5.3.1 Allmänt

Välfärdsstaten förutsätts vara präglad av rättssäkerhetsgarantier.⁷² Rättssäkerhet är ett centralt värde att utgå ifrån när enskilda ska skyddas mot offentlig maktutövning, inte minst eftersom maktutövning alltid kan missbrukas.⁷³ Genomgången av det granskade dokumentationsmaterialet ger upphov till flera frågor avseende rättssäkerheten i den öppna psykiatriska tvångsvården, varav några har berörts ovan. I texten nedan specificeras vilka rättssäkerhetsområden som är särskilt relevanta att diskutera i relation till det granskade materialet.

5.3.2 *Transparens i vårdplaneringen och skyldigheten att informera patienten*

På ett övergripande plan kan man konstatera att regleringen av vårdplaneringen i den öppna psykiatriska tvångsvården är omfattande, svåröverskådlig

⁷¹ Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 28 f.

⁷² Vahlne Westerhäll, Lotta, *Den starka statens fall?: en rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950–2000*, 2002, s. 37.

⁷³ Staaf, Annika *Rättssäkerhet och tvångsvård: en rättssociologisk studie*, 2005, s. 25.

och otydlig. Regleringen finns på flera olika nivåer i normgivningshierarkin och väsentliga instruktioner och riktlinjer presenteras också av Socialstyrelsen i form av rapporter och utvärderingar. Implementeringen lämnas åt vårdgivarna, vilka i sin tur gör olika tolkningar av hur vårdplaneringen ska gå till. Detta ger ytterligare anledning att anta att vårdplaneringen framstår som otydlig och svåröverskådlig för patienten.

Sociologen Stefan Sjöström har undersökt den öppna psykiatriska tvångsvården ur ett patientperspektiv. Han intervjuade patienter i syfte att klarlägga deras allmänna uppfattning av denna vårdform. Det övergripande intrycket är att patienterna har svårt att uppfatta och förstå de regler som gäller för vården. Sjöström fann att patienterna var osäkra över vad som egentligen gällde på flera centrala områden, bland annat om de egentligen var föremål för tvångsvård eller inte men även över vilka särskilda villkor som gällde för vården i det enskilda fallet. Många patienter var inte medvetna om förekomsten av centrala förutsättningar för vården, som exempelvis en samordnad vårdplan. Följaktligen var också kunskapen om det närmre innehållet i vårdplanen liten bland patienterna. I viss utsträckning uppfattade patienterna olika företeelser, som saknar författningsstöd och som inte heller fanns bland de särskilda villkoren, som en del av tvångsvården. Patienter hade exempelvis uppfattat uppmaningar att inte söka arbete, att inte ha husdjur eller att skaffa pass, som delar av beslutet om tvångsvård. Sjöström menar att de intervjuades hälsotillstånd knappast kunde förklara deras okunskap. Han förklarar istället patienternas bristande insikt med lagstiftningens allmänna otydlighet, i kombination med att de inte informerats i den utsträckning som de borde.⁷⁴

Att patienten ska ha grundläggande insikt i vad som är grunden för tvångsvården och vad vården innebär är ett mycket basalt krav, som också framgår av den allmänna regleringen.⁷⁵ Som framgått ovan ska den samordnade planen dessutom så långt det är möjligt upprättas i samråd med patienten. Det standardiserade dokumentationsmaterialet är dessvärre endast undantagsvis utformat med detta mål för ögonen. Benägenheten att inkludera patienten varierar kraftigt mellan de olika vårdplanerna.

Den standardiserade vårdplan som används för patienter som är föremål för öppen psykiatrisk tvångsvård med samordnade insatser mellan Stockholms läns landsting och någon av kommunerna inom Kommunförbundet Stockholms län, är konstruerad som en del av den övergripande överenskommelsen mellan landstinget och kommunerna och består konkret av en bilaga till överenskommelsen. Vårdplanen är väldigt kort och koncis och tillhanda-

⁷⁴ Socialstyrelsen, *Det diffusa tvånget. Patienters upplevelser av öppen tvångsvård*, 2012.

⁷⁵ Se 2 b § HSL, 6 kap. 6 § PSL samt 3 kap. patientlag (2014:821).

håller mycket begränsat utrymme för att beskriva de omständigheter som är relevanta för den individuella patienten. Den övervägande delen av vårdplanen är avsedd för notering av namnen på de som är ansvariga för vården eller kontaktpersoner vid de olika institutioner som patienten kan komma i kontakt med, bland annat beroendevården och frivården. Patienten är snarast osynlig i vårdplanen. Denna framstår mera som en telefonlista än som en dokumentation över planerade vårdinsatser. Patienten nämns i tredje person i två fält; "Patienten har medverkat", samt "Patienten är informerad...", vilka båda följs av en ja- respektive nej-ruta som ska kryssas för. Blanketten tycks konstruerad för att medfölja ansökan om tvångsvård till förvaltningsrätten, eftersom det utrymme som avser särskilda villkor är formulerat "Följande villkor föreslås i ansökan". Hur de särskilda villkoren slutligen kommer att utformas är inte planen anpassad att avspegla. Sammantaget tycks den standardiserade vårdplanen inte vara avsedd att läsas av patienten själv eller vara ett arbetsredskap i någon konkret vårdssituation.

Mellan Norrbottens läns landsting och Kommunförbundet Norrbotten finns en generell överenskommelse om hur samverkan mellan landstinget och kommunerna ska gå till. Det finns ingen standardiserad vårdplan, men ett dokument kallat "Samordnad vårdplanering" som förefaller vara riktlinjer för personalen vid upprättandet av en samordnad vårdplan för en patient inom den öppna psykiatriska tvångsvården. Det konkreta innehållet i planen påminner om innehållet i vårdplanen från Stockholms läns landsting, vilken beskrivs ovan. I planen finns inledningsvis utrymme att notera patientens namn och personnummer och huruvida patienten medverkat vid vårdplaneringen eller inte, i övrigt märks knappast patienten. I de standardiserade vårdplanerna från Stockholms och Norrbottens län framstår patienten inom den öppna psykiatriska tvångsvården som ett passivt och i det närmaste osynligt föremål för vård. Patienten vars vård dokumenteras enligt denna ordning förväntas knappast ta del av information rörande vården och de särskilda villkoren och torde följaktligen knappast ha någon insikt om hur vården är planerad.

Det samverkansavtal med tillhörande standardiserad vårdplan som ingåtts mellan Landstinget i Östergötland och Kinda, Linköping, Ydre samt Åtvidabergs kommuner är på många sätt motsatsen till de vårdplaner som beskrivs ovan. Här finns ingen standardiserad vårdplan avsedd för den psykiatriska tvångsvården, utan istället en generell vårdplan för alla typer av samverkan mellan landsting och kommun. Hälso- och sjukvårdspersonalen kan också i dokumentationssystemet göra egna kompletterande anteckningar. Den generella vårdplanen är mycket utförlig, patienten framträder tydligt i dokumentet och är vid upprepade tillfällen refererad till i första person. Hon uppmanas exempelvis att uppges "Mina tydliga varningssignaler" i en ruta. Flera områden

i dokumentet, avsedda för framtida utvärdering av vårdplanen, har rubrikerna ”Hur går vi vidare?”. Den patient som framträder i denna vårdplan är en aktiv och samarbetsvillig aktör i vårdsituationen. Ur ett rättsligt perspektiv kan detta visserligen ge den missvisande föreställningen om att patienten har någon konkret rätt att besluta om vårdens innehåll, vilket ju knappast är fallet eftersom det är fråga om tvångsvård. Men vårdplanens utformning ger likväl intrycket av att hela planeringen sker tillsammans med patienten som också integreras i de olika momenten, vilket i sin tur kan bidra till en ökad transparens.

5.3.3 Legalitet, likabehandling, individuella hänsyn och professionellt omdöme

Att den offentliga makten ska utövas under lagarna framgår av regeringsformens allra första paragraf. Stadgandet innebär två krav på maktutövningen, nämligen dessa; kravet på normmässighet istället för godtycke samt kravet på klart och uttryckligt författningsstöd för betungande förvaltningsbeslut.⁷⁶ Inom den psykiatriska tvångsvården har det i flera fall framkommit att åtgärder presenteras och genomförs på ett sådant sätt att de i alla avseenden måste betraktas som tvångsåtgärder, trots att det saknas något lagstöd för dem. Det kan gälla hot om sanktioner eller faktisk tillämpning av sanktioner utan lagstöd, eller att sociala förmåner och insatser presenteras som om de vore villkorade.⁷⁷

Brister avseende legalitetsprincipen förekommer också i det undersökta materialet. Som framgått ovan varierar de standardiserade vårdplanerna avsevärt mellan olika vårdgivare. Patienterna tycks få olika information om vården och olika insyn i vårdplaneringen. Rutinerna för dokumentation av de särskilda villkoren varierar och är vissa fall rent av oklara. Bland överenskommelserna och instruktionerna förekommer också direkt felaktiga beskrivningar av gällande rätt. I riktlinjerna för vårdplanering från Norrbottens läns landsting anges exempelvis hur man uppfattar att villkoren för återintag ser ut enligt 26 a § LPT samt 3 a § och 3 b § LRV. Enligt riktlinjerna för vårdplanering i området ska brott mot de särskilda villkoren anses indikera försämring, som ska bedömas noggrant och kan anses utgöra grund för återintag. Denna beskrivning av gällande rätt torde kunna medföra att återintag sker i strid mot lagstiftningen, då återintag endast kan ske om de grundläggande rekvisiten för tvångsvård – bland annat förekomsten av ett oundgängligt behov av vård på en sluten psykiatrisk klinik – är uppfyllda. I riktlinjerna finns även andra

⁷⁶ Sterzel, Fredrik, Legalitetsprincipen, I Marcusson, Lena (red.) *Offentligrättsliga principer*, 2012.

⁷⁷ Socialstyrelsen, *Det diffusa tvånget. Patienters upplevelser av öppen tvångsvård*, 2012. Se även Åkerman, Sofia & Eriksson, Therese, *Slutstation Rättspsyk. Om tvångsvårdade kvinnor som inte dömts för brott*, 2011.

uppgifter som är direkt felaktiga. Bland annat uppmärksammas personalen på att insatser enligt SoL måste ansökas av patienten själv eller av dennes gode man eller förvaltare, trots att insatser enligt SoL endast går att söka av den enskilde själv.

Det förekommer också att vårdplanens utseende på ett mera allmänt sätt avviker från hälso- och sjukvårdsregleringen. Den svenska regleringen av patientens rättigheter är fokuserad på vårdgivarens och personalens skyldigheter gentemot patienten. Patienten själv har knappast några författningsreglerade utkrävbara legala rättigheter.⁷⁸ En vårdplan som baseras på en föreställning om patienten som en autonom individ i en värld av rättigheter är alltså inte särskilt realistisk. Vårdplanen från Landstinget i Östergötland går långt i detta avseende, då patienten här rent av artikuleras som ett ansvarigt subjekt. Rubriken på vårdplanens första sida är följaktligen "Dina skyldigheter". Ambitionen att inkludera patienten i vården kan inte ändra det faktum att enbart vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal har skyldigheter. Rubriken i vårdplanen kan också leda fel i det avseendet att patienten kan tro att vårdplanen utgör dokumentation av en kontraktuell relation. I en tvångsvårdssituation är detta naturligtvis inte fallet. Tvångsvården är ingen tjänst som patienten kan välja att avstå ifrån.

De bristande och otydliga formerna för dokumentation av de särskilda villkoren är speciellt allvarliga. De särskilda villkoren är direkt betungande pålagor för patienten. Kravet på klart och tydligt författningsstöd borde innebära att dokumentationen av dessa var särskilt noggrann och tydlig. Det är anmärkningsvärt att dessa inte har en tydlig och framträdande plats i fler än ett fåtal av de standardiserade dokumentationsmodeller som studerats.

Skillnaderna avseende de studerade vårdplanerna ger anledning att ifrågasätta om alla patienter inom den öppna psykiatriska tvångsvården tillerkänns en likartad rättslig ställning. En uppenbar fördel med standardiserade dokumentationsformer är just möjligheten till likformighet i handläggning och dokumentation. Men för att möjligheten till likformighet ska realiseras torde samma modell för vårdplanering behöva användas i hela landet, på samma sätt som det finns en enhetlig dokumentationsform för vårdintyg inför beslut om psykiatrisk tvångsvård.⁷⁹ Nackdelen med en sådan lösning är att utrymmet för yrkesutövaren att tillämpa sin kunskap och sitt professionella omdöme blir mindre. Möjligheten att ta individuella hänsyn i det särskilda fallet blir också mindre, vilket kan vara till nackdel för en patientanpassad och -centrerad vård. Den ideala formen för dokumentation måste balansera kravet

⁷⁸ Staafl, Annika. et al., *Hälso- och sjukvårdsrätt – en introduktion för professionsutbildningar*, 2012.

⁷⁹ Se 4 § och 11 § LPT respektive 5 § LRV samt SOSFS 2013:4 Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m. Bilaga 5.

på likformighet mot möjligheten att anpassa dokumentationen till omständigheterna i det enskilda fallet. Detta måste samtidigt ske utan att legaliteten brister. Den standardiserade vårdplanen som utformats i samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommunförbund ger intryck av att kunna fungera på detta sätt. Till denna vårdplan har även fogats en bilaga som är avsedd för dokumentation av de särskilda villkoren som gäller för vården av den enskilda patienten. Denna vårdplan är mycket strukturerad och varje insats och särskilt villkor beskrivs som ett svar på ett särskilt behov från patientens sida. I planen avdelas också utrymme för att specificera vem och vilken myndighet som är ansvarig för att tillgodose varje enskild insats och uppmärksamma varje särskilt villkor. Av planen framgår också hur varje insats ska utvärderas.

6. Sammanfattande slutsatser

I denna artikel redogörs för en undersökning av sådana överenskommelser rörande psykiatrisk tvångsvård och material avseende samordnad vårdplanering av öppen psykiatrisk och rättspsykiatrisk tvångsvård, som upprättats av Sveriges landsting och kommuner. De standardiserade formerna för dokumentation av vårdplanering diskuteras som ett uttryck för de styrformer som infördes i svensk förvaltning under 1990-talet och som benämns New Public Management. Undersökningens syfte har varit att analysera hur väl standardiserade vårdplaner tillgodoser klassiska rättssäkerhetsprinciper. Patienter som är föremål för öppen psykiatrisk tvångsvård befinner sig i en särskilt utsatt position, inte minst för att vårdformen i sig, öppen tvångsvård, är otydlig och motstridig. Den påbjudna behandlingen under tvångsvården får inte genomdrivas med några tvångsåtgärder. Inte heller får några sanktioner tillgripas. Om en patient vägrar att följa de särskilda villkor som uppställts när den öppna tvångsvården beslutades kan hälso- och sjukvårdspersonalen endast försöka motivera patienten till att ompröva sin hållning.

Undersökningen visar att utformningen av de generella överenskommelserna, de standardiserade vårdplanerna och de särskilda villkoren varierar kraftigt i landet. I vissa fall varierar dokumentationsformerna till och med inom samma landsting. I vissa standardiserade vårdplaner finns avsevärt utrymme för patienten att komma till tals, men i flertalet märks patienten knappast alls.

Majoriteten av vårdgivarna tycks inte heller ha tagit till sig de anvisningar som kommer från den centrala förvaltningsmyndigheten Socialstyrelsen, när de standardiserade dokumentationsformerna arbetats fram.

Ett basalt krav på en standardiserad vårdplan måste vara att den syftar till att tillgodose patientens rätt till individuellt anpassad information rörande

vården i allmänhet och den öppna psykiatriska tvångsvården och de särskilda villkoren i synnerhet. Majoriteten av de standardiserade vårdplanerna är emellertid inte anpassade för samråd med patienten, eller konstruerade på ett sådant sätt att patientens rätt till information tillgodoses. Detta innebär att vårdplaneringen inte sker på ett sådant sätt som lagstiftaren eller Socialstyrelsen avsett och den torde inte heller framstå som begriplig och tillgänglig för patienten.

Av överenskommelser och sådana instruktioner som utfärdats för att användas av personalen inför vårdplaneringen framkom även felaktiga uppfattningar om gällande rätt. I de fall som underlaget för vårdplanen innehåller direkta rättsliga felaktigheter får det generella syftet med standardiserade dokumentationsformer – att höja kvaliteten – direkt motsatt effekt, eftersom den vårdplanering som följer mallen blir felaktig. Ska personalen följa en standardiserad mall är det ett basalt krav att detta underlag också är utformat i enlighet med gällande lagstiftning och att yrkesutövarna fått tillräckliga instruktioner för att använda mallen på avsett sätt. En generell nackdel med standardiserade dokumentationsformer kan även vara att möjligheten för yrkesutövaren att använda sin kunskap och sitt professionella skön och möjligheten att anpassa insatserna efter patienten i det enskilda fallet kan minska.

Sammantaget tycks de standardiserade dokumentationsformerna inte fungera som ett sådant effektivt redskap för att uppnå en likformig och lätt utvärderad, patientsäker dokumentation som initialt varit avsikten. Detta medför brister avseende patientens rättssäkerhet och, i värsta fall, att form går före lag.

