

Den straffrättsliga behandlingen av psykiskt störda lagöverträdare

Av f. d. justitieombudsmannen ALFRED BEXELIUS, Stockholm

År 1971 tillsattes en kommitté med uppdrag att göra en allsidig översyn av de straffrättsliga påföljderna för psykiskt avvikande lagöverträdare och att i samband därmed föreslå åtgärder för att komma till rätta med brister i det rättspsykiatriska undersökningsväsendet.

Kommittén har den 11. 5. 1977 avgivet sitt betänkande, kallat „Psykiskt störda lagöverträdare“. Betänkandet är undertecknat av f. d. justitieombudsmannen Alfred Bexelius, ordförande, riksdagsmannen Lennart Andersson, överinspektören, med. lic. Ulla Bergqwist, lagmannen Gudmund Ernulf, landstingsrådet Rune Hedlund, riksdagsledamoten, numera landshövdingen Astrid Kristensson och avdelningschefen, docenten Henry Sälde. Efter förordnande har professorn Börje Cronholm, överläkaren, docenten Eva Johanson och bitr. överläkaren, docenten Rolf Lindelius biträtt kommittén såsom experter. Sekreterare har varit hovrätts-assessorn Anita Meyerson. Kommitténs förslag är enhälligt och biträdes i alla frågor av de 3 experterna. Bakom förslagen står alltså 5 psykiatrer.

De grundläggande bestämmelserna om påföljd för psykiskt störda lagöverträdare finns i 31:3 och 33:2 BrB. Där ges sålunda 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 sådana brott får enligt 33:2 BrB ej tillämpas annan påföljd än överlämnande till särskild vård, böter eller skyddstillsyn. Fängelse eller annan frihetsberövande påföljd inom kriminalvården får sålunda inte ådömas för sådana brott. Kan den som begått brott vid tiden för domen beredas sluten psykiatrisk vård med stöd av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) må rätten enligt 31:3 BrB förordna om hans överlämnande till sådan vård. En förutsättning härför är på grund av bestämmelser i LSPV att sluten vård är oundgängligt påkallad på grund av arten och graden av förefintlig psykisk sjukdom eller abnormitet och med hänsyn till någon av 5 specialindikationer i LSPV. En annan förutsättning för domstolsöverlämnande är i princip, att det föreligger kausalsamband mellan störning och brott. Har störningen uppkommit efter brottet, får överlämnande ske endast om särskilda skäl är därtill.

Inledningsvis inriktades kommitténs arbete på att söka skaffa

sig en så allsidig bild som möjligt av hur gällande bestämmelser tillämpats. I sådant syfte har kommittén tagit del av material, som sammanställts av olika forskare, och själv gjort undersökningar. Då bestämmelserna om lagöverträdare som enligt Br:B: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 straffriförklarats eller — efter Br:B:s ikraftträdande — överlämnats till sluten 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.

Kommitténs fallstudier visar att jämställdhetsgruppen är mycket heterogen med avseende på de psykiska störningstillstånd, som föranlett jämställdhetsbedömningen. Belysande härför är en av doc. Lindelius gjord undersökning av alla dem som på grund av domstolsbeslut under 1967 blev rättspsykiatriskt undersökta och därvid bedömdes såsom „jämställda“. 197 av dem var män. Av dessa 197 befanns 98 lida av senila tillstånd, hjärnskador och psykos och utan tvekan vara i behov av sluten psykiatrisk vård. Av återstående 99 diagnostiserades 16 såsom persona pathologica som enda diagnos, 43 såsom persona pathologica i förening med missbruk, 28 såsom persona pathologica i förening med neuros eller debilitet, 8 såsom neuros eller debilitet i förening med missbruk samt 4 med enbart missbruk. Beträffande dessa 99 jämställdhetsfall — d. v. s. 50 % av alla som bedömts såsom jämställda — uttalade Lindelius att det psykiatriska underlaget för jämställdhetsbedömningen kunde ifrågasättas och att undersökningen gav stöd för en av prof. Rylander uttalad uppfattning att jämställdhetsregeln fått en alltför vid tillämpning med tanke på sjukvårdens begränsade och i många fall obefintliga möjligheter att fullfölja den behandling domstolen avsett. Detta blev också kommitténs uppfattning.

Kommitténs egna fallstudier visar att vårdbehovet för dem som bedömts såsom jämställda är av mycket skiftande slag och angelägenhetsgrad. Många har behövt sjukhusvård för avgiftning eller för behandling av reaktiva insufficienser i form av oro, aggression eller depression. Dessa vårdsbehov är oftast kortvariga. Men för nästan alla, vare sig de är missbrukare eller inte, har förelegat ett stort behov av sociala rehabiliteringsåtgärder och stöd av en effektiv eftervård i friare former.

I ett stort antal av de av kommittén studerade jämställdhetsfallen har kommitténs 5 psykiatrer varit ense om att handlingarna inte gett belägg för att vårdbehovet varit sådant, att intagning oberoende av eget samtycke skulle ha skett med stöd av LSPV:s vanliga intagningsregler. Intagning till sluten psykiatrisk vård skulle alltså inte ha kommit till stånd om patienten inte begått brott. Att konstatera detta innebär inte påstående att undersökningsläkaren gjort sig skyldig till fel. Fråga har ju oftast varit om missanpassade som på grund av sin abnormitet varit farliga för annans egendom. Dessa kan ju med stöd av e)-indikationen i LSPV av domstol överlämnas till sluten psykiatrisk vård, även om förutsättning för intagning till sådan vård med stöd av LSPV:s vanliga intagningsregler inte är för handen. Man kan emellertid fråga sig om det är ändamålsenligt att i sådana fall ta sjukvårdens begränsade resurser i anspråk för ett särskilt vårdkrävande klientel, oaktat detta inte är påkallat av medicinska eller socialmedicinska skäl och oaktat sjukhusen inte har resurser att ge detta klientel vad det mest behöver — hjälp till social rehabilitering.

e)-indikationen är emellertid inte enda förklaringen till att så många personlighetsstörda bedöms såsom jämställda och överlämnas till sluten psykiatrisk vård. Kommitténs undersökningar visar — vad de flesta psykiatrer är medvetna om — att habitualtillstånden hos dem, som är psykiskt abnorma i LSPV:s mening, endast sällan föranleder intagning enligt LSPV:s vanliga intagningsregler, men att många sådana abnorma brukar, om de begått brott, bedömas såsom jämställda och överlämnas till sluten psykiatrisk vård. Ofta torde anledningen härtill vara, att lagöverträdaren bedöms vara alltför psykiskt skör för att uthärda ett långt frihetsstraff.

Kommitténs undersökning visar att många straffriförklarade eller domstolsöverlämnade, personlighetsstörda lagöverträdare varit i vård mycket lång tid utan att vården — omhändertagandet på sjukhus — haft någon synbar effekt. De har inte varit tillgängliga för den psykiatriska terapi som sjukhusen kan erbjuda och därför inte medverkat till behandlingen. I flera i betänkandet redovisade fall har lagöverträdarna varit i vård mycket lång tid utan att sjukhusen kunnat hindra fortsatt missbruk och recidiv i egendomsbrott i samband med försöksutskrivning eller rymning. I ett sådant fall — avseende en personlighetsstörd man med betydande anpassningssvårigheter, som alljämt var i vård efter 12 år — var kommitténs psykiatrer ense om att det ur medicinsk synpunkt inte skulle ha mött betänkeligheter om han i stället dömts till fängelse, förutsatt att man kunde vara säker på att han fick den psykiatriska behandling varav behov eventuellt kunde uppkomma. — I ett liknande fall — avseende en

man som alltjämt var i vård efter 10 år — hade missbruket tilltagit under vårdtiden. — Ett annat i betänkandet redovisat fall avser en personlighetsstörd, som straffriförklarades och intogs på sjukhus, trots att den överläkare, som vårdat honom efter en tidigare straffriförklaring, uttalat att slutna vård var meningslös eftersom patienten inte var tillgänglig för psykiatrisk terapi. Denna bedömning bekräftades under en därpå följande 15-årig vårdtid, avbruten av rymningar och småbrott. Vid ny rättspsykiatrisk undersökning i anledning av nytt brott förklarade undersökningsläkaren att den långvariga vården framkallat anstaltskadorna av beskaffenhet att böra jämföras med sinnessjukdom. — I ett annat fall — avseende en personlighetsstörd alkoholist, som under en 15-årig vårdtid varit försöksutskrivnen 20 gånger och rymt 10 gånger men ständigt återintagits på grund av missbruk och småbrott — stod det klart att han vid försöksutskrivningar aldrig fått något verkligt stöd från samhällets sida. Sjukhusen har saknat resurser härför, och samarbete med socialvården har ej förekommit eller varit minst sagt bristfälligt. — I ett redovisat fall — avseende en man som straffriförklarats för att han vid 15 års ålder i berusat tillstånd misshandlat en person till döds och som utskrevs efter 30 år — framkom att mannen hade 24 försöksutskrivningar bakom sig med återfall i missbruk. Vid utskrivningen antecknades i journalen att han alltjämt var missbrukare. Någon behandling för missbruket synes han aldrig ha fått. Kommitténs psykiatrer var ense om att tillräckligt skäl för intagning till slutna vård inte förelåg med stöd av LSPV:s vanliga intagningsregler, om de varit gällande vid tiden för brottet. Undersökningsläkarens bedömning torde ha grundats på uppfattningen att ett omhändertagande inom sjukvården var mera ägnat att främja lagöverträdarens anpassning i samhället. Fallet belyser även behovet av resurser för en eftervård som hjälper patienten att successivt anpassa sig i samhället.

I ett mycket stort antal av de av kommittén studerade jämfällhetsfallen har utskrivning skett kort tid efter det att lagöverträdaren i anledning av domen intagits på sjukhus. Detta behöver inte innebära att sjukhusläkaren ansett dessa fall felbedömda av rättspsykiatern. De flesta av fallen avser psykiskt abnormala, som tillika missbrukat alkohol eller narkotika. Dessa har under en ofta lång vistelse på rättspsykiatrisk klinik fått behandling på kliniken och varit avgiftade, då de kom till sjukhuset. Vidare har personer med avvikande personlighetsdrag ofta benägenhet att i samband med påfrestningar av olika slag utveckla reaktiva insufficienser med oro, aggression eller depression. Det är härvid det tillkommande psykiska insufficiensstillståndet, som är hänförligt under begreppet psykisk sjukdom i LSPV och som motiverar tvångsvård i dessa fall, och ej grund-

tillståndet, dvs. abnormiteten. Behov av vård för insufficiensstillståndet kan vara kortvarigt och tillgodosett på den rättspsykiatriska kliniken.

Kommittén har funnit många exempel på att extremt korta och extremt långa vårdtider kan förekomma vid likartade tillstånd inom jämställdhetsgruppen. Detta torde sammanhånga med att det bland läkare och domare inte råder någon enhetlig uppfattning om när abnormitet är så djupgående, att den skall anses jämställd 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 sluten 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 sjukhuset har ofta olika meningar om vårdbehovet hos sådana abnorma som bedömts såsom jämställda. Dessa meningsskiljaktigheter har bl. a. kommit till uttryck i fråga om varaktigheten av vården. I flera uppmärksammade långvårdsfall har utskrivning skett kort tid 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 andra stadiet i kommitténs arbete kan sägas ha bestått i att — mot bakgrunden av vad som framkommit vid studiet av praxis — söka klargöra, hur valet av påföljd ter sig ur medicinska synpunkt vid olika psykiska störningar och i samband därmed ange i vilka fall frihetsstraff är en olämplig påföljd och i vilka fall överlämnande till psykiatrisk vård är att föredra framför annan påföljd. Denna belysning av de medicinska synpunkterna har skett utifrån den bild av de psykiska störningarna och möjligheterna att behandla dem som man får då man läser en av experterna Cronholm och Lindelius skriven översikt av de psykiska störningarna och möjligheterna att behandla dem som ingår i betänkandet såsom kap. 1.

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 schizo-

frena. Undantag från vad nu sagts om påföljd för den, som vid brottet befann sig i psykotiskt tillstånd, bör i vissa fall kunna göras, om psykosen orsakats av beroendeframkallande medel.

Det är inte ovanligt att den som begått brott drabbas av depression eller liknande tillstånd. Dylika reaktiva insufficienser är erfaringsmässigt av övergående natur. Om vårdbehovet kan antas vara kortvarigt, möter enligt kommitténs mening 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.

Vad som i det särskilda fallet är den lämpligaste påföljden för en *psykiskt utvecklingsstörd* som begått brott skall enligt kommittén bedömas med hänsyn till graden av utvecklingsstörningen och eventuella komplikationer. Den som är så utvecklingsstörd att han enligt nu tillämpad praxis bedöms såsom „sinnesslö“ bör ej dömas till fängelse. Vid mindre allvarlig brottslighet kan skyddstillsyn i förening med föreskrift om någon form av omsorg vara en lämplig påföljd. Vid allvarligare 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 medlärner bör försiktighet iaktas i detta hänseende.

Jämställdhetstillstånden omfattar enligt SL:s och BrB:s terminologi främst personlighetsstörningar, neuroser och störningar på grund av hjärnskador som inte har karaktär av demens.

Med *personlighetsstörningar* avser kommittén personlighetsavvikelser som inte har karaktär av intellektuell utvecklingsstörning, psykos, neuros eller hjärnskadebetingad psykisk störning. Möjligheterna att verksamt behandla sådana personlighetsstörningar, som omfattas av abnormindikationen i LSPV, är begränsade. Vad som stundom synes ha lett till förbättring av social anpassning är miljöterapeutiska åtgärder kombinerade med arbets träning, yrkesutbildning och sociala åtgärder av olika slag. De behandlingsmetoder, som kommer till användning vid personlighetsstörning, kräver emellertid att vederbörande är eller kan bli motiverad att aktivt delta i behandlingen. Det är svårt att få sådan medverkan vid tvångsmässigt omhändertagande. De flesta av de lagöverträdare, som av domstol överlämnas till sjukhusvård på grund av personlighetsstörning, upplever ej något behandlingsbehov, eftersom de ej uppfattar sig som sjuka. Det är därför förstäligt att de ej vill acceptera den vård som påtvingas dem och följaktligen ej heller kan tillgodogöra sig densamma.

Detta är väl också förklaringen till att vården av personlighetsstörda i så många av kommitténs studerade fall inte haft någon synbar effekt, trots mycket långa vårdtider. Ett tvångsmässigt kvarhållande i slutenvård av en personlighetsstörd även sedan 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 för att förebygga fortsatt brottslighet, men ges sken av sjukvård. Detta framstår såsom betänkligt. Långa vårdtider är betänkliga även med tanke på risken för hospitaliseringsskador till följd av långvarigt passiviserande frihetsberövande. De domstolsöverlämnade blockerar ofta för lång tid platser som kunnat ur medicinsk synpunkt utnyttjas bättre. Omhändertagandet på sjukhusen av personlighetsstörda medför behov av särskilda skydds- och säkerhetsåtgärder och hindrar sjukvårdens utveckling mot en mera öppen och tvångsfri behandlingsmiljö. För sjukvårdens del skulle det därför vara till fördel, om överlämnandet av personlighetsstörda lagöverträdare begränsades till fall, där förutsättningarna för intagning med stöd av LSPV:s vanliga intagningsregler är för handen. Kommittén föreslår i enlighet härmed att slutenvård psykiatrisk vård såsom brottspåföljd skall tillämpas endast 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 lagöverträdare som är personlighetsstörda i här angiven mening kommer att dömas till påföljd inom kriminalvården. Ådömes fängelsestraff, 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 vara sådana att lagöverträdaren bör överlämnas till psykiatrisk vård. Det gäller t. ex. vissa s.k. schizoida och vissa paranoidea personer, som utan att vara klart psykotiska dock är högradigt psykiskt störda, ävensom en del hypomana personer.

Vid *psykoorganiska syndrom* — varmed avses störningar till följd av skada eller förstörelse av nervceller i hjärnan på grund av giftpåverkan, operation i hjärna, hjärnblödning eller vid senil demens — är det inte möjligt att i detalj ange vilka fall som bör föranleda överlämnande till slutenvård psykiatrisk vård och i vilka fall frihetsstraff inte bör ådömas. Vid progressiv hjärnsjukdom, t. ex. tidig senil eller presenil demens, bör 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 slutenvård. Slutenvård psykiatrisk vård som påföljd blir därför sällan aktuell i dessa fall. Är neurosen helt invalidiserande, bör fängelse inte ifrågakomma.

Termen *undantagstillstånd* används av kommittén för att beteckna en rad, vanligen kortvariga tillstånd, där en individ utför handlingar som är 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 undantagsställning. Sexualbrott begås inte sällan i psykska undantagstillstånd eller under inflytande av ett sjukligt tvång. Det samma gäller vissa former av eldsanläggningar och kleptomani. Om handlingarna begåtts i psykiskt undantagstillstånd sammanhängande med impulsgenombrott av psykoskaraktär eller personlighetsfrämmande tvångsmässig driftshandling, bör frihetsstraff i regel inte ifrågakomma. Oftast är slutna psykiatrisk vård indicerad.

Kommittén har ingående diskuterat behandlingen av *missbrukare av beroendeframkallande medel*. Missbruksfallen har härvid indelats i dels beroendefall, dvs. fall där beroendet 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.

Beräffande beroendefallen framhålles 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 alkoholmissbrukare. Av kommitténs fallstudier framgår klart att långvarig slutna vård inte är någon effektiv metod för att komma till rätta med alkoholmissbruk.

I fråga om narkotikamissbruk 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 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 domstolsöverlämnade narkomaner torde bero på att sjukhusvård inte anses motiverad sedan avgiftning skett. För den starkt socialt handikappade grupp som de narkotikamissbrukande lagöverträdarna utgör har eftervården varit otillräcklig. De flesta har tämligen omedelbart efter utskrivningen återfallit i missbruk och krimina-

litet. Det ter sig föga rationellt att överlämna narkotikamissbrukare till sluten psykiatrisk vård, vare sig följden 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.

En förutsättning för att narkomanen skall kunna frigöra sig från beroendet är, att han en längre tid hålls giftfri. Möjlighet att hålla honom avskärmad 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.

Kriminalvård bör alltså vara den normala påföljden i de fall, där inte andra allvarliga psykiska störningar än själva beroendet förelåg vid brottstillfället. 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.

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 psykotiskt tillstånd och det finns samband mellan tillståndet och brottet bör frihetsstraff inte ådömas. Om gärningsmannen till följd av ihållande narkotikamissbruk av och till råkar i mer eller mindre snabbt övergående psykotiskt 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 narkotikahantering.

Långvarigt alkohol- eller narkotikamissbruk ger ofta upphov till hjärnskador som visar sig i en nivå-sänkning av de psykiska funktionerna. Är nivå-sänkningen 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.

Beträffande de konklusioner som bör dragas av vad här har sagts om tillämpningen av gällande bestämmelser och om hur valet av påföljd ter sig ur medicinsk synpunkt framhåller kommittén till en början att jämställdhetsregeln ursprungligen tillkommit för att ange i vilka fall en lagöverträdare skulle vara straffri på grund av psykisk störning och således utformats med tanke på ett annat påföljdssystem än BrB:s. Regeln ger inte erforderlig vägledning vid påföljdsvalet och har fått en alltför vid tillämpning.

Mot bakgrunden härav har kommittén övervägt huruvida det finns skäl att behålla förbudet i 33:2 BrB mot att döma den, som begått brott under inflytande av sinnessjukdom eller därmed jämställd störning, till frihetsberövande påföljd inom kriminalvården.

Frihetsstraff är i många fall en direkt olämplig brottspåföljd för en psykiskt störd lagöverträdare. Ett förbud i någon form kan därför vara motiverat för att förekomma olämpligt val av påföljd. Det är emellertid knappast möjligt att på ett klagörande sätt i lagtext precisera i vilka fall en psykisk störning bör utgöra hinder för frihetsstraff. Det är vidare med hänsyn till störningarnas 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. En domstol är ju, även utan förbud, skyldig att beakta vad som är syftet med strafflagstiftningen — d. v. s. att förebygga brott. Domstolen har därför att vid val av påföljd tillse att den påföljd som väljs är ägnad att motverka fortsatt brottslighet. Rätten har också på grund av stadgandena i 1:7 BrB att beakta vad som är mest ägnat att främja lagöverträdarens anpassning i samhället. Om nu ett brott begåtts i ett tillstånd av psykisk störning, kan ett fängelsestraff, om vårdbehov kvarstår vid domstillfället, vanligen inte främja hans anpassning i samhället och motverka fortsatt brottslighet. Däremot kan psykiatrisk vård vara ägnad att främja hans anpassning. Har emellertid vårdbehovet upphört vid tiden för domen, medför ett upphävande av det nuvarande förbudet mot frihetsstraff att det inte finns något formellt hinder att döma till frihetsstraff. Även utan särskild föreskrift är emellertid domstol skyldig att beakta omständigheterna vid brottet — i detta fall den psykiska störningen och dess samband med brottet. Frihetsstraff bör självfallet inte ådöfas den, som vid brottet var psykotisk och inte visste vad han gjorde, även om han vid domstillfället är återställd.

Även om den, som vid brottet var så psykiskt störd att sluten psykiatrisk vård då kunde beredas honom oberoende av eget samtycke, i regel inte bör dömas till fängelse, finns det emellertid fall där en sådan påföljd kan vara lämplig. Kommitten nämner ett närliggande fall. En narkoman, som lever på olaga narkotikaförsäljning har vid ett av flera försäljningstillfällen varit psykotisk till följd av förgiftning. Här kan man alltså inte misstänka sådant samband mellan störning och brott, som kan motivera straffrättslig särställning. Fråga kan ju också vara om en tillfällig, snabbt övergående störning. Ett generellt förbud är därför inte lämpligt. Ett förbud med undantag är inte heller lämpligt, därför att undantagen inte kan i lagtexten preciseras på ett klart sätt.

Mot bakgrunden av vad nu sagts har kommittén föreslagit att det nuvarande förbudet i 33:2 BrB skall ersättas med anvisningar till ledning för påföljdsvalet. De anvisningar som föreslås avser i första hand lagöverträdare som vid tiden för brottet var så psykiskt störda, att sluten psykiatrisk vård då kunde beredas dem med stöd av LSPV. Vid störning av så allvarligt slag får enligt förslaget fängelse ej ådömas, såvida inte sådan påföljd framstår såsom lämpligare än annan påföljd. Vid prövningen härav skall beaktas störningens art och grad, dess samband med brottet och gärningsmannens behov av vård. Kommittén har inte bibehållit gällande lags krav på kausalsamband mellan störning och brott. Det torde vara tillräckligt att kunna konstatera att störningen förelåg vid brottet. Härav kan i de flesta fall slutas ett samband.

De föreslagna anvisningarna berör, lika litet som det nuvarande förbudet i 33:2, det fall att den psykiska störningen uppkommit efter brottet. Det är emellertid uppenbart, att om vårdbehovet kan förutses bli långvarigt, överlämnande till sluten vård är en lämpligare påföljd än frihetsstraff.

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 bedömningen av vårdbehovet helt ske på medicinska eller socialmedicinska grunder. Kommittén har därför föreslagit att e)-indikationen i 1 § LSPV skall upphävas.

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

Såsom redan nämnts brukar habituelltillståndet hos de „psykiskt abnorma“, som enligt LSPV skall jämföras med psykiskt sjuka, endast sällan läggas till grund för intagning till slutna psykiatrisk vård enligt LSPV:s vanliga intagningsregler. Om överlämnande till sådan 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 funktionsrubbnings, som skall kunna medföra intagning till slutna 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 slutna psykiatrisk vård såsom brottspåföljd ett principiellt krav på kausalitet mellan den psykiska störningen och brottet. Är lagöverträdaren vid tiden för domen i oundgängligt behov av slutna 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 slutna psykiatrisk vård inte få meddelas, om vårdbehovet bedöms som kortvarigt. Efter brott uppkomma psykiska insufficiensstillstånd 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 han psykiska tillstånd påkallar, även om han dömes till fängelse. Om störningen uppkommit efter brottet får överlämnande till slutna psykiatrisk vård enligt gällande lag ske endast om särskilda skäl är därtill. Denna begränsning har inte bibehållits i kommitténs förslag utan ersatts av ett krav på att vårdbehovet kan bedömas såsom långvarigt.

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 stundom behov för domstol att kunna såsom brottspåföljd förordna om 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. Förordnande 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 för narkomaner som vid brott befann sig i ett av missbruket framkallat tillfälligt psykotiskt tillstånd.

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.

För brott som begåtts av den som är så utvecklingsstörd, att vård kan beredas honom på specialsjukhus eller vårdhem med stöd av 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.

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

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 större behov av psykiatrisk tillsyn och behandling

än andra som döms till sådan påföljd. En förutsättning för en ändring av nuvarande praxis är givetvis att nämnda 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 sjukhusvården bör 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. Behov av sluten psykiatrisk vård skall även kunna tillgodoses genom intagning på särskilda vårdavdelningar inom den rättspsykiatriska organisationen med stöd av ansökan enligt LSPV eller på begäran av den antaltsintagne.

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 principiellt den tid, under vilken en anstaltsintagen vårdats på sjukhus, inräknas i verkställigheten. 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.

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 frågan 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. Vad kommittén föreslår beträffande påföljd för personlighetsstörda kommer att medföra 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.

Även om i fortsättningen större restriktivitet kommer att iakttagas vid överlämnande av lagöverträdare 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. Kommittén har vid sina fallstudier sett många exempel på att domstolsöverlämnade patienter utskrivits, oaktat de alltjämt varit att uppfatta såsom farliga för annans personliga säkerhet. Anledningen härtill synes ofta ha varit att patienterna inte kunnat tillgodogöra sig den terapi sjukhusen tillhandahåller. Ett exempel skall återges.

O. dömdes för grov misshandel av f.d. 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 medvetlös. 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. Vad som i detta fall föranledde jämställdhetsbedömningen synes ha varit en primär personlighetsstörning. Brotten hade begåtts efter alkoholförtäring, som medfört en psykisk förändring. Det är också möjligt att fråga är om alkoholbetingade hjärnskadador som underlättat de sadistiska inslagen. Det ansågs också kunna ha varit fråga om ångesttillstånd som dövat med alkohol samt att alkoholavhämningen underlättat sadismbrotten. — Efter sju månaders häktningstid intogs O. på sjukhus. Efter två veckor fick han tillstånd att vistas utom sjukhuset under dagtid för att utöva sitt yrkesarbete. Ibland återkom han inte på kvällen utan stannade borta över natten. Efter två månader fick han tillstånd att vistas utom sjukhusområdet. Han uteblev ofta från det dagliga besöket på sjukhuset. Man hade alltså ingen kontroll över att han avhöll sig från sprit. Anhöriga klagade och han begärdes då återhämtad av polis. Han rymde och begick diverse brott, dock icke våldsbrott.

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 medi-

cinsk synpunkt kan anses motiverat har kommittén också föreslagit att överinspektören för den psykiatriska vården årligen skall granska handlingarna beträffande 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 föredra ärendet i psykiatriska nämnden för prövning.

Den grundläggande principen, att psykiskt störda lagöverträdare snabbt och effektivt får den psykiatriska vård som deras tillstånd påkallar, bör såvitt möjligt gälla redan på utredningsstadiet, även om utrednings- och säkerhetsintressena därigenom måste i någon mån eftersättas. Det är ingalunda ovanligt att psykiska insufficienser av olika slag uppstår hos personer som omhändertagits i häkte. Erforderlig vård bör i första hand ges 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 LSVP, 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 slutet psykiatrisk vård kommer till stånd. Detta överensstämmer helt med vad åtalsrättskommittén föreslog.

Kritiken mot det rättspsykiatriska undersökningsväsendet har framför allt riktat sig mot de långa väntetiderna för undersökning. Vidare har bl. a. 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 främst ha sin förklaring i att samhällets resurser för undersökningar är otillräckliga på grund av bristen på psykiatrer. Kommittén föreslår en ökning av antalet läkartjänster och tjänster för psykologer och socionomer. Den sålunda föreslagna utbyggnaden av organisationen kan emellertid på grund av den nuvarande läkarbristen ske endast successivt under en längre tid. Ett snabbt avhjälpande av missförhållandena kan därför inte ske utan att läkarinsatserna vid undersökningarna minskas i förhållande till vad nu är fallet.

Enligt kommitténs mening behöver undersökningarna i de flesta fall inte göras så djupgående som f.n. är praxis. I de fall där den psykiska störningen är påtaglig behövs inte någon mera omfattande undersökning. Så är även oftast förhållandet i de fall, där någon psykisk störning inte kräver någon straffrättslig särställning. BrB:s jämställdhetsregel är sådan, att undersökningarna i ett stort antal fall måste göras omfattande. Ett genomförande av kommitténs förslag till gränsdragning mellan kriminalvård och sjukvård torde leda till att undersökningarna av personlighetsstörda i många fall kan göras väsentligt mindre omfattande än för närvarande. Av nu anförda skäl behöver undersökningarna enligt kommitténs mening i de flesta fall inte göras mera omfattande än som motsvarar en något utvidgad § 7-undersökning. I komplicerade fall måste undersökningarna givetvis göras mera omfattande. Kommittén har räknat med att endast 200 av 3 700 undersökningar behöver göras lika djupgående som de nuvarande rättspsykiatriska undersökningarna.

Kommittén har givetvis övervägt om denna förenkling är försvarlig ur rättssäkerhetssynpunkt. En mindre grundlig undersökning kan tänkas leda till misstag vid bedömningen med påföljd att den undersökte, utan att tillräckliga skäl finnes härför, överlämnas till sluten psykiatrisk vård. Men undersökningarna görs av tränade psykiatrer, och risken för misstag är därför inte så stor. Säkerheten ligger emellertid här i att överläkaren på sjukhuset upptäcker misstaget och vidtar åtgärd för utskrivning. Består misstaget i att en psykiskt störd dömes till fängelse, torde misstaget snart upptäckas på fängelset, som då kan vidta åtgärder för intagning till sluten vård med stöd av LSPV. Hur man än ser på dessa risker för misstag — särskilt om man jämför dem med riskerna för fel vid administrativa intagningar — är skadeverkningarna av eventuella misstag obetydliga vid jämförelse med de olägenheter ur rättssäkerhetssynpunkt, som är en följd av de nuvarande långa väntetiderna.

Syftet med kommitténs förslag beträffande de rättspsykiatriska undersökningarna är inte blott att eliminera eller väsentligt ned-

bringa väntetiderna för undersökningarna utan även 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 internering eller dom, varigenom någon som ej fyllt 18 år döms till ungdomsfängelse. Om den misstänkte är intagen på psykiatriskt sjukhus eller specialistsjukhus 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 att 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 tre veckor 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.

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. Placeringen skall i flertalet fall ordnas genom ett formlöst samrådsförfarande mellan överläkaren vid den rättspsykiatriska klinik, där undersökningen skett, och överläkaren vid hemortssjukhuset. I tveksamma fall eller vid oenighet mellan läkarna 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.

Överföring till sjukhus föreslås skola kunna ske redan innan dom på överlämnande till sluten psykiatrisk vård vunnit laga kraft. Det bör dock inte ske på ett sådant sätt, att den dömdes möjligheter att överklaga försvåras.

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 beslutanderätten ligga hos utskrivningsnämnden.

I betänkandet understryks med skärpa betydelsen av en effektiv eftervård. Denna bör 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.

Redan bland det nuvarande anstaltsklientelet finns många som lider av psykiska störningar och som har svårt att få sina behandlingsbehov tillgodosedda inom kriminalvårdsorganisationen. Om kommitténs förslag genomförs kommer antalet intagna med psykiska besvär att ytterligare ökas. Man måste därför räkna med ett ökat behov av psykiatrisk vård bland de intagna, såväl ambulantly sådana 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 rättspsykia-

triska organisationen. De nuvarande psykiatriska avdelningarna inom kriminalvården bör som en konsekvens därav successivt avvecklas. 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 ombesörjs enbart av den allmänna sjukvården. En del av dem måste kunna vårdas inom den rättspsykiatriska organisationen. Inom denna bör vård också kunna ordnas för missbrukare och vissa grupper av kriminella, framför allt sexualbrottslingar, som bör kunna hjälpas bättre än hittills genom specialinriktad behandling. Kommittén föreslår därför upprättande av särskilda vårdresurser inom den rättspsykiatriska organisationen.

Den ambulanta psykiatriska vården skall på lokalanstalterna tillhandahållas genom frivårdens konsulterande psykiatrer och/eller den allmänna sjukvården. På riksanstalterna skall den ambulanta psykiatriska vården ombesörjas av psykiatrer och övrig personal inom den rättspsykiatriska organisationen, när den blivit erforderligt utbyggd.

Finnes den som under straffverkställighet överförs till sluten psykiatrisk vård inte längre vara i behov av sjukhusvård, men behandlingen anses böra 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 anstalts-intagna är förekomsten av narkotika på anstalterna. Enligt kommitténs mening kräver tillbörlig omsorg av de intagna att åtgärder vidtas 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.

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 commitment-

systemets 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. Vid misskötsel kan återtagning till anstalt ske.

Kommitténs förslag till rättspsykiatrisk organisation utgår från att de rättspsykiatriska undersökningarna skall helt ersätta de tidigare § 7-undersökningarna. Antalet rättspsykiatriska undersökningar har uppskattats till 3 700 om året, därav ca 200 av samma omfattning som de nuvarande undersökningarna. Organisationen avses skola successivt utbyggas så att den kan klara dessa undersökningar.

Av övriga arbetsuppgifter som tänkts skola ankomma på organisationen märks sluten 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 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.

Befintliga kliniker och stationer kan ombesörja endast en mindre del av de föreslagna uppgifterna. Kommittén föreslår att Karsuddens sjukhus, som byggts som en specialinstitution för s.k. psykopatvård och vårdar nästan uteslutande domstolsöverlämnade s.k. jämställdhetsfall, skall överföras till den rättspsykiatriska organisationen. Sjukhuset skall utnyttjas inte bara för vård med stöd av LSPV utan även för frivillig vård. Karsudden

bör också anförtros de speciella vårduppgifter av narkomaner m. fl. som tidigare nämnts.

Kriminalvårdens egen psykiatriska organisation avses skola successivt avvecklas i takt med utbyggnaden av den rättspsykiatriska organisationen. Kommittén har beräknat den årliga kostnaden för en första etapp av föreslagen personalökning till ca 7,5 milj. kr. och till 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.

Alfred Bexelius