

Rättpsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning – 1800-talets asyler i ny tappning?

Väntan, medicinering, hopplöshet och ovisshet. Så ser livet ut för de människor som varje år döms till Rättpsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning (SUP). De är dömda för brott, utan att veta hur länge.

Rapportförfattare: Jocelyn Ångeslevä, PAR, Stockholm 2026



Konradsberg, 1860-tal. Foto: Digitala stadsmuseet, Wikimedia Commons



Helix 2000-talet Foto: Digitala stadsmuseet, Wikimedia Commons

Innehåll Sidnummer uppdateras manuellt.

1. Sammanfattning

2. Inledning

- 2.1 Bakgrund och problemformulering
- 2.2 Rättslig ram och centrala begrepp
- 2.3 Omfattning och praktisk betydelse
- 2.4 Disposition
- 2.5 Metod och material
- 2.6 Syfte och avgränsning

3. Rättslig och historisk kontext

- 3.1 Rättspsykiatrins utveckling i Sverige
- 3.2 Hur lagstiftning och samhälle har hanterat psykiskt störda lagöverträdare
- 3.3 Reformskiten och begreppsutveckling (BrB, 1991 års reform och APS)
- 3.4 Nyckelutredningar och reformspår i urval

4. Systemets konstruktion: LRV med SUP i praktiken

- 4.1 SUP, utskrivningsprövning och riskbedömning
 - ◊ 4.1.1 Vad SUP är och hur utskrivningsprövningen går till
 - ◊ 4.1.2 Riskbedömningens roll och praktiska prövningsformer
 - ◊ 4.1.3 Rättssäkerhets- och proportionalitetsfrågor
 - ◊ 4.1.5 Mänskliga rättigheter kopplat till frihetsberövande och SUP
 - ◊ 4.1.4 Jämförelse: säkerhetsförvaring och SUP

5. Kärnproblem: APS som juridiskt rekvisit

- 5.1 APS
 - ◊ 5.1.1 Definition och funktion
 - ◊ 5.1.2 Historik och lagstiftarens intention
 - ◊ 5.1.3 Tolkning och tillämpning (domstol, underlag och praxis)
 - ◊ 5.1.4 Rättssäkerhetsproblem (formell och materiell)
 - ◊ 5.1.5 Koppling till SUP och utskrivningsprövning

6. Vårdens innehåll och rehabilitering

- 6.1 Behandling inom rättspsykiatri
 - ◊ 6.1.1 Vårdens uppdrag och rättsliga krav
 - ◊ 6.1.2 Kunskapsläge och kunskapsluckor
 - ◊ 6.1.3 Vårdinnehåll i praktiken: register och tillsyn
 - ◊ 6.1.4 Läkemedelsbehandling och läkemedelsrelaterade skador
 - ◊ 6.1.5 Tvångsåtgärder och rättsmedel

7. Vardag och rehabilitering i praktiken

- 7.1 Aktiviteter och sysselsättning
 - ◊ 7.1.1 Översikt: aktivitetsnivå och vårdmiljö
 - ◊ 7.1.2 Daglig utomhusvistelse och fysiska förutsättningar
 - ◊ 7.1.3 Institutionstid, egen tid och motivation

8. Utslussning, samverkan och närståendeperspektiv

- 8.0 Samverkan och utslussning (översikt)
 - ◊ 8.0.1 Regelverk och ansvar (samverkanslagen och vårdplanering)
 - ◊ 8.0.2 Praktiska flaskhalsar (boende, sysselsättning och vårdkedja)
 - ◊ 8.0.3 Konsekvenser för utskrivning och utslussning
- 8.1 Erfarenheter av rättspsykiatrisk vård hos närstående
 - ◊ 8.1.1 Begrepp: närstående och anhörig
 - ◊ 8.1.2 Återkommande erfarenheter hos närstående (forskning och intervjuer)
 - ◊ 8.1.3 Kontaktbegränsningar, avstånd och villkor för delaktighet
 - ◊ 8.1.4 Rätt till stöd och information (samtycke, HSL och SoL)

9. Etik: Hawaii- och Madriddeklarationen

- 9.1 Makt och maktlöshet i långvarig tvångsvård

10. Slutsatser och reformagenda

- 10.0 Inledande syntes
 - ◊ 10.0.1 Rättspolitisk kontext (kort)
 - ◊ 10.0.2 Fördjupning: historiska paralleller och institutionskritik
- 10.1 Avslutande kapitel: slutsatser och reformagenda
- 10.2 Reflektioner och vidare frågor

11. Litteraturförteckning och övriga källor

- 11.1 Akademisk litteratur och forskning
- 11.2 Myndighetsrapporter, riktlinjer och register
- 11.3 Offentligt tryck (SOU, Ds, propositioner)
- 11.4 Författningar
- 11.5 Rättskällor och tillsyn
- 11.6 Mediekällor och webb

1. Sammanfattning

Denna rapport granskar hur rättspsykiatrisk vård (LRV) med särskild utskrivningsprövning (SUP) fungerar i praktiken och vilka rättssäkerhets-, etik- och människorättsliga problem som uppstår när frihetsberövandet i realiteten blir tidsobestämt. Analysen tar sikte på samspelet mellan rekvisitet allvarlig psykisk störning (APS), utskrivningsprövningen i förvaltningsdomstol med riskbedömningar av återfall i allvarlig brottslighet som grund. Mot bakgrund av utredningar, praxis, tillsyn och forskning argumenterar rapporten för att dagens ordning har förskjutit tyngdpunkten från rättspsykiatrisk vård till samhällsskydd, vilket skapat en situation där patienter hålls inlåsta i slutenvård även när ett rättspsykiatriskt vårdbehov är svagt eller har upphört.

Huvudfynd i korthet:

- SUP innebär att utskrivning i praktiken avgörs av en kombination av riskprediktioner av återfall i allvarlig brottslighet och systemfaktorer, vilket leder till mycket långa frihetsberövanden.
- APS är ett rättsligt rekvisit med betydande tolkningsutrymme, vilket undergräver förutsebarhet och likabehandling i påföljdsval och utskrivningsprocess.
- Kravet på fortsatt frihetsinskränkning vilar på en riskbedömning av återfall i allvarlig brottslighet snarare än aktuellt vårdbehov, vilket skapar etiska konflikter med risk för "maskerad förvaring".
- Tillsyn och forskning pekar på brister i vårdens innehåll, delaktighet och rehabilitering, samtidigt som vårdtiderna kan bli mycket långa.
- Samverkans- och boendeproblem kan bidra till inlåsnings effekter och därmed fördröja utskrivning trots att kliniken bedömer patienten som utskrivningsklar.

Rekommendationer i korthet:

- Skärp och avgränsa när SUP får användas, så att särskild utskrivningsprövning åter blir ett undantag och kopplas till individuell, konkret, kvalificerad bedömning kring allvarlig återfallsrisk i framtida brottslighet.
- Förtydliga och operationalisera rekvisitet APS i lagstiftning och förarbeten för att minska tolkningsutrymme och stärka förutsebarhet och likabehandling.
- Stärk rättssäkerheten i utskrivningsprocessen: motverka schabloniserade prövningar, säkra tillräcklig förhandlingstid och stärkt processuellt stöd till patienten.
- Höj kraven på riskbedömningarnas kvalitet och transparens (metod, osäkerhet, och vilka individuella riskfaktorer för framtida återfall i allvarlig brottslighet som är påverkbara genom vård- och stödinsatser).
- Inför bindande minimikrav på den rättspsykiatriska vårdens innehåll och rehabilitering (individuella mål, tillgång till psykologiska/psykosociala insatser, meningsfull sysselsättning) samt systematisk uppföljning.
- Gör utslussning och samverkan verkningsfull: tydliggör ansvar och tidpunkter för boende/stöd (SIP och vårdplaner), och säkerställ att brist på kommunala insatser inte blir en de facto-förlängning av frihetsberövandet.

I rapportens huvuddel fördjupas den rättsliga konstruktionen (APS, SUP och utskrivningsprövningen), de praktiska inlåsnings effekterna samt vilka krav som följer av rättssäkerhet, medicinsk etik och mänskliga rättigheter. Avslutningsvis presenteras en reformagenda med förslag som syftar till att stärka förutsebarheten och renodla rättspsykiatrins vårduppdrag för att säkerställa en fungerande väg ut ur systemet.

2. Inledning

2.1 Bakgrund och problemformulering

Farlighets- och riskbedömningar kopplade till särskild utskrivningsprövning (SUP) har under lång tid kritiserats, bland annat med hänvisning till metodsvårigheter och tillämpningsproblem som kan påverka den enskildes rättssäkerhet. Personer dömda till rättspsykiatrisk vård med SUP har i praktiken sitt boende på vårdinrättningen under obestämd tid.

Den rättsliga och historiska bakgrunden till dagens ordning – inklusive brottsbalkens konstruktion, 1991 års reform och utvecklingen av APS – behandlas i kapitel 3.

2.2 Rättslig ram och centrala begrepp (översikt)

Vid vård med SUP ska frågan om vården kan upphöra anmälas till en domstol minst en gång var sjätte månad. Målet med vården kan förenklat beskrivas som att den inte längre ska behövas. För patienter med SUP inbegriper detta att det inte ska finnas en risk för återfall i allvarlig brottslighet om tvångsvården upphör (13 och 16 §§ LRV). Bedömningen av om vården fortfarande behövs ska vara allsidig och kan beakta till exempel patientens sjukdomsinsikt, behandlingsmotivation och tillgång till bostad efter vårdens upphörande (prop. 1990/91:58).

SUP innebär att den rättspsykiatriska vården bara kan upphöra efter prövning i förvaltnings-domstol, vilket medför strängare regler för vårdens upphörande. För psykiskt störda lagöverträdare finns i praktiken två huvudsakliga påföljdsalternativ: tidsbestämt fängelsestraff eller rättspsykiatrisk vård, som kan bli tidsbestämd när den förenas med SUP. Förutsättningarna för att döma till rättspsykiatrisk vård anges i 31 kap. 3 § brottsbalken (BrB).

SUP innebär strängare regler för den rättspsykiatriska vårdens upphörande. Då APS är otydligt formulerat i lagtexterna, samt att det inte förekommer en tydligare beskrivning i lagmotiven, talar det för att den formella rättssäkerheten brister. Denna kritik förstärks ytterligare när det i rättspraxis framgår vilka svårigheter som kan uppstå vid tolkning av begreppet.

LRV (Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård) regleras i *sin egen lagstiftning*, men dess grunder och koppling till brottmål återfinns i *Brottsbalken (BrB)*. Den är alltså inte en del av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), även om HSL fungerar som en grundläggande lag för all hälso- och sjukvård.

- *Skillnad*: LRV är kopplat till brottslighet och domstolsbeslut medan HSL reglerar den allmänna, icke-tvingande sjukvården.

LRV inbegriper rättsliga tvångsåtgärder som saknas i den vanliga hälso- och sjukvården. *Beslutet* om vård grundas i BrB, medan *verkställigheten och reglerna* för vården regleras i LRV.

Även om LRV har en snarlik struktur i jämförelse med Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT), så föreligger skillnader. Till skillnad från LPT behöver vårdbehovet inte vara oundgängligt. Det är enklare att bereda en patient rättspsykiatrisk tvångsvård på grund av en APS med LRV än med LPT gällande rekvisitet om vårdbehov. APS är inte en medicinsk term, utan ett juridiskt begrepp.

2.3 Omfattning och praktisk betydelse

Av de drygt 2000 patienter som årligen vårdas inom rättspsykiatrin vårdas cirka 85 procent enligt LRV med SUP (RättspsyK, 2024). Samtidigt pekar Rättsmedicinalverkets årsrapport (2024) på att platsbrist och långa vårdtider kan påverka vårdkedjan, bland annat genom att patienter utan SUP i större utsträckning vårdas inom andra delar av psykiatrin.

Rättspsykiatrisk vård befinner sig i ett spänningsfält med tre poler: *straff, vård och samhällsskydd*. Den som är föremål för LRV är en lagöverträdare dömd för brott till en påföljd samt en person omhändertagen för rättspsykiatrisk tvångsvård och som är frihetsberövad med hänvisning till att personen utgör en samhällsfara. Detta medför att frihetsberövandet och övriga tvångsåtgärder som åtgärden innebär motiveras och legitimeras med hänvisning till en kombination av olika rättsliga grunder, utgångspunkter och principer.

Många som döms till LRV har inte begått brott med ett straffvärde som typiskt sett motsvarar långa fängelsestraff. Men, exempel finns på personer som varit och är frihetsberövade under mycket lång tid inom ramen för LRV med SUP (Bennet 2022). Detta aktualiserar frågor om transparens, proportionalitet och hur systemets olika rationaler (vård, straff och samhällsskydd) kommer till

uttryck i praktiken.

Forskning vid Rättsmedicinalverkets rättspsykiatriska avdelning (2023) visar att personer dömda till LRV med SUP har allra längst vårdtider. Tidigare beräkningar inom rättspsykiatri har endast utgått från utskrivna patienter, vilket har lett till att personer med väldigt långa vårdtider som fortfarande är kvar i vården inte har räknats med.

Den svenska rättspsykiatriska vården har mottagit omfattande kritik sedan tvångsvårds-systemet reformerades år 1992. Vissa menar att den svenska rättspsykiatriska modellen, LRV med SUP utgör en tidsobestämd påföljd för brott som riskerar att bryta mot grundläggande mänskliga rättigheter (Warnemyr, S. 2022).

Under 2022 genomförde Justitieombudsmannen (dnr O 1-2021) granskningar av rättspsykiatri som visade på allvarliga brister, främst gällande patienters rättssäkerhet och långa väntetider för utskrivning. Här är de huvudsakliga punkterna från JO:s granskningar och relaterad rapportering under 2022:

- **Färdigbehandlade patienter blir kvar:** JO riktade skarp kritik mot att patienter som bedömts färdigbehandlade av läkare ändå blir kvar inom den slutna rättspsykiatriska vården under lång tid.
- **Omfattande problem:** År 2022 uppmärksammades att över 10 procent av patienterna i slutna rättspsykiatri var färdigbehandlade men inte kunde skrivas ut, ofta på grund av bristande öppenvårdsplaner eller att socialtjänsten inte beviljat bostad.
- **Långa väntetider:** JO betonade att rättspsykiatrisk vård ska påbörjas utan dröjsmål och att det är rättsosäkert att patienter hålls inlåsta längre än nödvändigt.
- **Fokus på tvångsvård:** Granskningarna har varit inriktade på att säkerställa att tvångsvården inte övergår i onödigt frihetsberövande.

Samband mellan social klass och rättspsykiatrisk vård

Det finns en koppling till att socioekonomiska faktorer kan bidra till att en person hamnar i en situation där brott begås under påverkan av en psykisk störning, som kan leda till rättspsykiatrisk vård.

- **Risk för psykisk ohälsa:** Fattigdom, bristande utbildning och utsatthet kan öka risken för psykisk ohälsa. Detta kan i sin tur öka risken för att hamna i en situation där brott begås under påverkan av en allvarlig psykisk störning.
- **Tillgång till vård:** Personer från socialt utsatta grupper kan ha svårare att få tillgång till tidig och förebyggande vård för psykisk ohälsa, vilket kan leda till att problemen eskalerar.

Ojämlighet inom vården: Även om det inte finns en direkt koppling mellan social klass och säkerhetsklass, kan det finnas skillnader i hur patienter med olika socioekonomisk bakgrund bemöts inom allmän- och rättspsykiatri.

För målgruppen har flera reformer, överenskommelser och styrdokument berört ansvarsfördelning och samverkan mellan region och kommun (bl.a. vid inskrivning/utskrivning). Samtidigt visar flera källor som refereras i rapporten att genomförandet och uppföljningen av dessa ramar inte alltid leder till praktiska förbättringar för personer som vårdas enligt LRV med SUP.

Sedan psykiatrireformen har handlingskraften från staten årligen präglats av utredningar och kortsiktiga satsningar med statliga stimulansmedel. I de årliga budgetarna till regionerna och kommunerna saknas styrning, prioriteringar och behovsstyrda uppföljningar för patienter dömda till rättspsykiatrisk vård med SUP.

En återkommande fråga i materialet är i vilken utsträckning styrning, prioriteringar och behovsstyrd uppföljning träffar de särskilda utmaningar som gäller för personer som dömts till rättspsykiatrisk vård med SUP.

2.4 Disposition

Kapitel 3 placerar dagens ordning i en rättslig och historisk kontext. Kapitel 4–5 analyserar SUP, utskrivningsprövningen och APS som juridiska nyckelbegrepp. Kapitel 6–8 behandlar vårdens innehåll, vardagsvillkor, utslussning och närståendeperspektiv. Kapitel 9 tar upp etiska ramar och kapitel 10 sammanfattar slutsatser och reformförslag.

2.5 Metod och material

Rapporten fokuserar på svensk rättstillämpning rörande personer som dömts till rättspsykiatrisk vård enligt LRV med SUP, samt vilken roll rekvisitet allvarlig psykisk störning (APS) spelar vid påföljdsbestämningen och i utskrivningsprocessen. Gränserna för vad som utgör APS är inte fullt ut preciserade, vilket innebär att domstolarnas bedömningar kan variera från fall till fall. Undersökningen bygger på en genomgång av lagar, förarbeten, praxis, statliga utredningar och relevant litteratur. PAR använder en kritiskt rättsdogmatisk ansats för att analysera hur regleringen fungerar i praktiken och vilka konsekvenser den kan få för rättssäkerheten för den enskilda och rättspsykiatrins vårduppdrag.

2.6 Syfte och avgränsning

PAR:s syfte med rapporten är att kritiskt granska vad rättspsykiatrisk vård med SUP innebär vid ett tidsbestämt frihetsberövande, även i situationer där ett fortsatt rättspsykiatriskt vårdbehov är svagt, oklart eller har upphört. Rapporten avgränsas till personer som bedömts ha en allvarlig psykisk störning (APS) och som dömts till rättspsykiatrisk vård enligt LRV med SUP.

3. Rättslig och historisk kontext

Kapitel 3 ger en översiktlig rättslig och historisk bakgrund till dagens ordning för rättspsykiatrisk vård. Syftet är att tydliggöra hur centrala reformer och utredningsspår har format begrepp som APS och den institutionella rollfördelningen mellan vård och rättsväsende. Genomgången fungerar som utgångspunkt för analysen i kapitel 4–5 av LRV med SUP, utskrivningsprövningen och de rättssäkerhetsfrågor som följer.

3.1 Rättspsykiatrins utveckling i Sverige

Det rättspsykiatriska området har historiskt utsatts för kritik och har i Sverige präglats av ändringar under 1800-talet då det skedde förändringar i den straffrättsliga aspekten av sinnessjukvård. Revidering av strafflagen gällande rättspsykiatrisk vård påverkade framväxten av sinnessjukvården samtidigt som fler läkare började intressera sig för psykiska sjukdomar. Den svenska psykiatrin fick sitt genombrott på de större hospitalen under 1860-talet och rättspsykiatrin fastställdes i lag. Det innebar att rättspsykiatri dels infördes som ämne på läkarutbildningen och blev ett medicinskt specialområde.

3.1.1 Tidig utveckling (1800-talet)

- Rättspsykiatrin som professionell verksamhet började framträda i USA under första halvan av 1800-talet, baserad på en medicinsk-juridisk vision.
- I Sverige utvecklades rättspsykiatrin som ett medicinskt specialområde under 1860-talet, i och med att strafflagstiftningen ändrades och fler läkare intresserade sig för psykiska sjukdomar.

3.1.2 Lagstiftning och organisatoriska förändringar (1900-talet)

- **1991:** Infördes Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och LRV som definierade APS.
- **1995:** Genomfördes psykiatrireformen för att förbättra livet för personer med psykiska funktionsnedsättningar, vilket innebar att kommunerna fick huvudansvar för att samordna insatser och en del av psykiatrins resurser överfördes till dem.
- **Fortsatta utvecklingslinjer:** Sedan 1990-talet har frågor om vårdtider, utskrivningsprocesser och ansvarsfördelning mellan vård och rättsväsende varit återkommande i diskussionen om rättspsykiatrin.

3.1.3 Rättspsykiatrins uppdrag (översikt)

- Att ge vård och behandling som syftar till att minska risken för återfall i allvarlig brottslighet till följd av psykisk störning, inom ramen för gällande regelverk (HSL/LRV/BrB).
- Att hjälpa patienten att utveckla sina starka sidor, hantera sina svagheter och klara sig i ett liv utanför den rättspsykiatriska vården (HSL).

3.2 Hur lagstiftning och samhälle har hanterat psykiskt störda lagöverträdare

I den straffrättsliga hanteringen av psykiskt sjuka personer uppvisar praxis och lagstiftning en brokig bild. Detta gäller såväl domstolarnas uppsåts- som påföljdsbedömningar. Ström (2006) har granskat gällande rätt för psykiskt sjuka lagöverträdare samt Psykansvarskommitténs betänkande. Frågan om behandling av psykiskt störda lagöverträdare har ansetts vara ett av de svåraste, principiellt viktigaste och mest kontroversiella problemen inom svensk kriminalpolitik. Problemet har bestått, och består i att finna en ordning som tillgodoser krav på rättvisa, humanitet, samhällsskydd och andra hänsyn.

3.3 Reformskiften och begreppsutveckling (BrB, 1991 års reform och APS)

I Sverige avskaffades tillräknelighetskravet då brottsbalken (BrB) tillkom. I stället fick den psykiska störningen inverkan på påföljdsvalet. I och med 1991 års lagreform genomfördes stora förändringar. För att begränsa antalet psykiskt störda som dömdes till rättspsykiatrisk vård ersattes jämställdhetsbegreppet med begreppet allvarlig psykisk störning (APS).

Begreppet "jämställdhet" i äldre rättspsykiatriska sammanhang (t.ex. 1864 års strafflag) har använts för att markera att en person som begått en brottslig handling under sinnessjukdom eller liknande allvarlig psykisk störning ska särbehandlas jämfört med psykiskt friska lagöverträdare. I stället för det vanliga påföljdssystemet har sådana personer kunnat överlämnas till psykiatrisk vård, vilket i praktiken inneburit vård i stället för straff.

3.4 Nyckelutredningar och reformspår i urval

3.4.1 Centrala utredningar och reformdiskussioner (1960–2000)

I början av 1960-talet började amerikanska psykiatriker och sociologer ifrågasätta om psykisk sjukdom existerade och hävdade att samhället valt ut en grupp personer som utpekades som syndabockar. Dessa personer tillhörde samma grupp av socialt utstötta personer som kriminella som slumpvis valts ut för att samhället skulle fungera utan störningar. Uppfattningen ledde, mot slutet av 1960-talet, till en antipsykiatrisk våg över hela världen. När BrB trädde i kraft svepte den behandlingskritiska ideologin in över Sverige. Tesen om psykiskt störda brottslingars behandlingsbarhet slog över i antitesen att återfall i brott inte kunde motverkas av behandling. Skaparna av BrB ansågs ha gått för långt i sin behandlingsoptimism. Vissa menade även att man för flertalet brottslingar hade skapat en kriminalvård utan vård. Känslan av att vård helt saknade brottsförebyggande verkan föddes.

BrB infördes år 1965. Enligt Ström (2006) utgör dess konstruktion varken en renodlad vård- eller otillräknelighetsmodell. Tillräknelighetsläran flyttades från ansvarsledet till påföljdsledet. BrB kan mot denna bakgrund ses som en kompromiss mellan två kriminalpolitiska principer; vård och straff. I kommentaren till 31 kap. 3 § BrB belyses perspektivförskjutningen i och med att straffrörelsen avskaffades. Brottslingarnas vårdbehov, och inte enbart deras sinnesbeskaffenhet, fick en framskjuten position.

3.4.2 Från 1991 års reform till senare översyner (2000–2022)

År 1977 tillsattes Bexeliusskommittén, med uppgift att utreda lämpliga påföljder för de s.k. abnormbrottslingarna. Av utredningens betänkande (SOU 1977:23) framgår att de som hade dömts till rättspsykiatrisk vård uppvisade en *kraftigt* varierande vårdtid. Vårdtiderna varierade kraftigt mellan olika sjukhus trots att psykiatrisk sjukdomsbild och brott var i det närmaste identiska. Utredningen föreslog därför att utskrivningssprövningen av vårddömda i stället skulle ske av en central instans hos Socialstyrelsen. Samma instans förväntades att årligen pröva om ett fortsatt rättspsykiatriskt vårdbehov verkligen förelåg beträffande de vårdöverlämnade som alltjämt var intagna på sjukhus. Bexeliusskommittén lade även fram förslag om att inskränka möjligheterna till att döma brottslingar till psykiatrisk vård.

En tilltagande kritik mot den psykiatriska vården på 1970- och 1980-talen ledde till att en arbetsgrupp inom Socialstyrelsen tillsattes för att göra en översyn av Lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård (LSPV), 1967 ((1966:293) som ersatte 1929 års sinnessjuklag) och lämna förslag till en ny lagstiftning 1977. Förslaget ledde emellertid inte till några större förändringar.

År 1980 tillsattes Socialberedningen vars slutbetänkande ”*Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten*”, ledde fram till införandet av nuvarande LRV.

Socialberedningen

Socialberedningen föreslog i slutbetänkandet (SOU 1984:64) ytterligare begränsningar av domstolarnas möjligheter att döma till rättspsykiatrisk tvångsvård. Socialberedningen ansåg att domstolen i många fall, när det förelåg en APS i stället skulle använda vanliga påföljder (av typen böter och fängelse) i vissa fall i kombination med LRV.

Beredningen konstaterade att vissa bagatellbrott ledde till alltför långa frihetsberövande inom den rättspsykiatriska vården medan däremot vissa andra grova brott ledde till alltför korta frihetsberövanden. Domstolarna föreslogs få rätt att kunna förändra påföljden när den vårddömdes behov av rättspsykiatrisk vård hade upphört. Vårdtiderna skulle regleras på så sätt att domstolen fick möjlighet att döma till minimitid vid vissa grova brott eller farliga brott och maximitid för lindrigare gärningar liksom att LRV skulle kunna kombineras med en dom på fängelse. Vidare skulle kriminalvårdens intagna ges en möjlighet till vård inom rättspsykiatrin. De åtgärder som Socialberedningens förslag innebar att lagöverträdaren inte längre primärt betraktades som vårdbehövande personer utan som en moraliskt förkastlig individ som skulle straffas. Detta tänkande innebar en återgång till ett strafftänkande. Socialberedningens betänkande kom att ligga till grund för 1991 års reform av BrB.

Straffansvarsutredningen

Straffansvarsutredningen (SOU 1996:185) föreslog att tillräknelighetsregleringen skulle återinföras och att den särskilda påföljden överlämnande till rättspsykiatrin (LRV) skulle avskaffas. Utredningen föreslog att samhällsskyddsåtgärder skulle införas. Tvångspsykiatrikommittén framförde i slutbetänkandet (SOU 1998:32) tankar om införande av bland annat ansvarsfrihet för de fall att gärningsmannen inte haft förmåga att rätta sig efter lagen och att samhällsskyddsåtgärder måste införas.

I och med 1991 års reform som trädde i kraft år 1992, ändrades BrB:s påföljdsregler delvis och SUP infördes. Reformen (1 kap. 3 § BrB) innebar att domstolen fick möjlighet att döma till SUP och LRV trädde i kraft. Den nya lagstiftningen avsåg att anpassa Sverige till omvärlden så att fler personer i stället skulle dömas till fängelse och färre enligt LRV. Det uttryckliga syftet med reformen var att starkt begränsa användning av rättspsykiatrisk tvångsvård samt öka domstolarnas möjlighet att döma till fängelse.

Dagens tvångsvårdslagstiftning (LPT/LRV), föregicks av LSPV (1966:293) I LSPV fanns bestämmelser om vård och behandling av psykiskt störda lagöverträdare som av domstol överlämnats för slutna vård. Beredningsunderlaget som låg till grund för införandet av LSPV utformades av *Sinnessjuklagstiftningskommittén*. Genom den nya lagen lämnades det synsätt som präglade den psykiatriska vården, nämligen att patienten skulle avlägnas från sin vanliga miljö och placeras på geografiska isolerade institutioner. Vården skulle i möjligaste mån grundas på de grundläggande bestämmelser som gällde för sjukvården i övrigt. Även med den nya lagstiftningen kom psykiatrins tradition av förvaring, kontroll och tvång att präglade den rättspsykiatriska vården

Med anledning av flera våldshandlingar i början av 00-talet, däribland mordet på utrikesminister Anna Lindh, tillkallade regeringen 2003 en *Nationell psykiatrisamordnare* med uppdrag att se över frågor som rörde arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionsnedsatta. Under uppdragstiden lämnade psykiatrisamordningen förslag till regeringen. De förslag som genomfördes rörde dock bland annat enbart elektronisk kommunikation inom den psykiatriska tvångsvården och öppenvård med särskilda villkor. Dessa förändringar trädde i kraft 2006 respektive 2008.

Den nuvarande tvångsvårdslagstiftningen infördes för cirka fyrtio år sedan. Brister och missförhållanden inom den rättspsykiatriska vården har återkommande uppmärksammats, som har lett till krav på skärpt och moderniserad lagstiftning. Under de senaste årtiondena har lagstiftningen kompletterats vid ett antal tillfällen och på ett antal punkter. Men, fokus har framför allt legat på att skärpa säkerheten på de rättspsykiatriska vårdinrättningarna, inte på rättstillämpningen av LRV med SUP.

År 1995 tillsattes *Tvångspsykiatrikommittén* för att utvärdera den nya lagstiftningen. I slutbetänkande (SOU 1998:32) föreslogs att långvariga permissioner skulle ersättas med *öppen vård med särskilda villkor*. Lagförslaget genomfördes inte. I stället föreslog regeringen att reglerna för permission skulle ändras så att det inte längre blev möjligt att ge permission till vårdtidens slut. I samband med det föreslogs även vissa andra ändringar av lagen. Vidare föreslogs att sakkunnig ska förordnas i förvaltningsdomstol vid muntlig förhandling om det inte är uppenbart obehövligt. Lagändringarna trädde i kraft år 2000.

Utredningen (SOU 2002:3) år 2002 bedömde att rekvisiten som styr tillämpningen av samhällsskyddsåtgärden borde ha konkretiserats ytterligare, och att tillämpningen av samhällsskyddsåtgärden nog skulle följas upp, för att förhindra så att åtgärden inte utvidgades på ett sätt som inte var tanken från början. I tvångspsykiatrikommitténs förslag fanns en oklar rollfördelning som för hälso- och sjukvårdens del innebar att förslagen inte harmonierade med 1995 års Psykiatrireform då systemet med SUP medförde att personer kunde hållas kvar i rättspsykiatrisk vård trots att det inte behövdes av medicinska skäl eller att någon adekvat vård stod till buds. Detta förhållande gav upphov till etiska konflikter i vården. Fortsatt rättspsykiatrisk vård bedömdes riskera att bli en form av *maskerad förvaring* där rättspsykiatrin användes för andra syften än vård och behandling. Detta står i strid med den s.k. *Hawaiideklarationen* som slår fast att en psykiater inte får medverka i tvångsmässig psykiatrisk vård av personer som inte är psykiskt sjuka. "Det kan också konstateras att personer som döms till överlämnande till rättspsykiatrisk vård för förhållandevis mindre allvarlig brottslighet vårdas under mycket långa tider och till stora kostnader. Det kan sättas i fråga om det nuvarande systemet medför att vårdbehovet tillgodoses på ett ändamålsenligt sätt". Uppföljningen av dem som överlämnats till rättspsykiatrisk vård bedömdes vara dålig och det fanns ett stort behov av att ändra bestämmelserna rörande psykiskt störda lagöverträdare. Behovet av förändring gällde flera frågor: ansvarsprövningen, påföljdsbestämningen, samhällsskyddet och vården. Ett nytt system skulle bättre tillgodose grundläggande krav på humanitet, rättvisa, rättssäkerhet, förutsebarhet och proportionalitet.

Hälso- och sjukvården skulle inte ha ett verkställighetsansvar i de fall fortsatt verkställighet inom den rättspsykiatriska vården endast skulle innebära ett slags förvaring. Utredningen ifrågasatte om det är rimligt att den som anses färdigbehandlad blir kvar på ett behandlingshem eller liknande. I landstingets slutna hälso- och sjukvård skall endast den vistas som har ett medicinskt behov av den kvalificerade psykiatriska vårdens insatser. "I annat fall skulle vi vara tillbaka i den situation som rådde innan Psykiatrireformen trädde i kraft, nämligen att hälso- och sjukvården användes som ett boende. Det är lätt att läsa resonemanget i betänkandet så att det är ett slags "förvaring" som föreslås". Slutsatsen (ibid) var att LRV bara skulle pågå

så länge ett rättspsykiatriskt vårdbehov förelåg och återstående verkställighetstid skulle ske inom kriminalvårdens ram.

Behovet var fortsatt stort för omhändertagandet av de psykiskt störda lagöverträdarna (SOU 2006:91). Vårdtiderna inom rättspsykiatri hade successivt ökat. Det var enligt Psykiatrisamordningen angeläget med ett ställningstagande från regeringen till hur det straffrättsliga systemet för psykiskt störda lagöverträdare skulle utformas. Det fanns även behov att utveckla regional och lokal samverkan mellan kriminalvården, psykiatri, rättspsykiatri, beroendevården och socialtjänsten. Samverkan skulle vara ett medel för att uppnå målet om en förbättrad psykisk hälsa och återanpassning av den enskilde till ett liv i samhället. För ett begränsat antal patienter fanns behov av en mellanvårdsform som skulle drivas i landstingets regi. Vid sådana boendeliknande enheter skulle det endast krävas ett begränsat medicinskt omhändertagande och en lägre personaltäthet med färre behandlingsinsatser än vad som kännetecknade en normal rättspsykiatrisk avdelning. För att så långt möjligt garantera en eftersträvd likvärdighet krävdes att ett nationellt samordningsorgan fick ett samlat ansvar för rättspsykiatrisk utredningsverksamhet och den rättspsykiatriska vården. Men, ett kvalificerat omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare kräver personal med hög kompetens. En särskild lag som reglerar formerna för statens bidrag till vårdområdet föreslogs. Flera av de förslag som framfördes var dock endast förtydliganden av det ansvar som landstingen redan hade för vården av psykiskt störda lagöverträdare och medförde inte heller några ökade utgifter för staten.

I *"Ambition och ansvar Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder"* (SOU 2006:100) framgick att cirka en fjärdedel av slutenvårdsplatserna upptogs av patienter som hade överlämnats till rättspsykiatrisk vård, varav en majoritet med SUP. Kostnader för den slutna psykiatriska vården hade minskat. En något större andel av resurserna satsades på öppen psykiatrisk vård, medan kostnaderna ökade för rättspsykiatri. I förslaget ingick inte de förslag som lämnats i delbetänkandet (SOU 2006:91) som hade kostnadsberäknats till 430 miljoner kronor per år för rättspsykiatri.

År 2008 tillsattes ytterligare en utredning med uppdrag att göra en översyn av LRV samt lämna förslag till ny lagstiftning på området. Utredningen, antog namnet *Psykiatrilagsutredningen* som fick ett antal tilläggsdirektiv som slutredovisades 2012 i betänkandet (SOU 2012:17). Regeringens förslag innebar att man skulle sluta döma brottslingar till rättspsykiatrisk vård som ett eget straff, utan att i stället hantera psykisk sjukdom som en medicinsk fråga parallellt med det straff som skulle utdömas enligt strafflagen. De ansåg att det var en felaktig idé att använda psykiatrisk tvångsvård som ett straff, i stället för att se det som en medicinsk vårdinsats, och att det blandade ihop roller och mål. Regeringen anslöt sig därmed till förslagen från Psykansvars-kommittén. Förslaget kom upp i olika omgångar, bland annat omkring 2008 och senare 2012, och involverade debattartiklar och lagförslag.

Psykiatrilagsutredningens förslag ledde fortsatt inte till någon genomgripande förändring av tvångsvårdslagstiftningen. Regeringen valde i stället att utreda ordning och säkerhet vid Rättsmedicinalverkets rättspsykiatriska undersökningsenheter (prop. 2013/14:222) med förslag om förbättrade möjligheter för Rättsmedicinalverket att upprätthålla god ordning och hög säkerhet vid sina rättspsykiatriska undersökningsenheter.

I Socialdepartementets promemoria (Ds 2014:28), lämnades bland annat lagförslag för att stärka patientsäkerheten och rättssäkerheten för den som vårdas med stöd av LRV/LPT. Förslagen genomfördes och lagändringarna trädde i kraft 2017.

Sammantaget visar genomgången att rättspsykiatrins regelverk har formats genom återkommande reformförsök där balansen mellan vård, rättssäkerhet och samhällsskydd har varit central. I nästa kapitel (kapitel 4) analyseras hur LRV med SUP och utskrivningsprövningen fungerar i praktiken. Kapitel 5 fördjupar därefter det rättsliga rekvisitet APS och dess betydelse för påföljdsval och rättssäkerhet.

I utredningen om god tvångsvård (SOU 2022:40) lyfts frågan om vad *god vård* inom rättspsykiatri innebär och om stämmer överens med HSL då den är så *ingripande*, med till exempel integritetskränkande åtgärder som att spärra fast en person i en bältessäng mot dennes vilja eller tvinga en person att underkasta sig en läkemedelsbehandling. Utredningens uppfattning var att det är först när styrning, utveckling och uppföljning av rättspsykiatri (LRV) konsekvent och systematiskt sker med utgångspunkt i Socialstyrelsens sex dimensioner av begreppet god vård (vård, individanpassad, kunskapsbaserad, jämlik, tillgänglig och effektiv), som målet om en god tvångsvård inom LRV kan nås.

Dinamarca's slutsats i studien *"Rättspsykiatrisk vård - En Livstidsdom?"* (2022) är att en ändring av lagstiftningen behövs för att bättre ta hänsyn till grundläggande rättssäkerhetsprinciper och renodla den rättspsykiatriska vårdens uppdrag till att vårda sjuka. *"Det är viktigt att ha med sig att lagstiftningen är skapad*

av människor med makt som har olika ideologiska uppfattningar och därför grundar den sig inte alltid i vetenskaplighet utan är snarare uttryck för en politisk vilja och speglar den politiska diskurs som för tillfället råder. Den era då psykiatrin reformerades och synen på människor med psykisk sjukdom förändrades påverkade också utformandet av lagen om rättspsykiatrisk vård”.

Syftet med psykiatrireformen var att minska hospitaliseringen av personer med psykiatriska sjukdomar och öka integrationen i samhället (Vård och omsorgsanalys 2025). Efter successiva neddragningar har Sverige i nuläget relativt få psykiatriska vårdplatser i förhållande till hur många människor som lider av psykiska sjukdomar. Antal slutenvårdsplatser inom psykiatrin har gradvis minskat, från 2005 då det fanns drygt 4000 slutenvårdsplatser. (Ottosson, 2009), till 2016, då antal vårdplatser var nere på ca 3000. Från 2016 till idag har det varit relativt oförändrat (Uppdrag psykisk hälsa, 2020). I fråga om slutenvårdsplatser i stort har Sverige betydligt färre vårdplatser i förhållande till andra OECD-länder, endast 2,2 vårdplatser per 1000 invånare. Detta är knappt hälften av genomsnittet i EU på 5,0 vårdplatser per 1000 invånare (OECD, 2019). Rättspsykiatrin står idag för en dryg tredjedel av de psykiatriska slutenvårdsplatserna.

En stor majoritet av personerna inom rättspsykiatrin har haft tidigare kontakt med den allmänna psykiatrin. Enligt uppgifter från det svenska rättspsykiatriska kvalitetsregistret (2024) hade långt över 90 procent av patienterna varit i kontakt med psykiatrin innan de överlämnades till rättspsykiatrin. Detta belyser en utmaning inom vårdkedjan, där många personer med allvarliga psykiska sjukdomar inte får tillräcklig hjälp innan situationen blivit så akut att den lett fram till brottslighet. Ofta har dessa personer sökt hjälp tidigare, men vården har inte lyckats förhindra den utveckling som därefter leder till en dom om rättspsykiatrisk vård med SUP.

4. Systemets konstruktion: LRV med SUP i praktiken

4.1 SUP, utskrivningsprövning och riskbedömning

Detta kapitel beskriver hur rättspsykiatrisk vård med SUP (LRV med SUP) är konstruerad och hur utskrivningsprövningen fungerar i praktiken. Fokus ligger på beslutsordningen, riskbedömningens roll och de rättssäkerhetsfrågor som uppstår när den rättspsykiatriska vården kan bli mycket långvarig.

4.1.1 Vad SUP är och hur utskrivningsprövningen går till

SUP innebär att förvaltningsrätten, efter anmälan från chefsöverläkare, prövar frågor om permission och utskrivning. Prövningen återkommer regelbundet och kan, beroende på riskbedömning av återfall i allvarlig brottslighet medföra mycket långa frihetsberövanden.

4.1.2 Riskbedömningens roll och praktiska prövningsformer

I praktiken förekommer ibland s.k. "psykiatrirundor", i där flera ärenden om fortsatt vård, permission eller utskrivning handläggs vid samma tillfälle med begränsad tid per ärende (Dinamarca 2022). En sådan handläggningsform aktualiserar frågor om individualisering, muntlighet och förutsättningar för en reell prövning i varje enskilt fall.

SUP infördes för att stärka samhällsskyddet i de fall där återfallsrisken bedöms vara särskilt relevant vid utskrivning från rättspsykiatrisk vård.

I anslutning till 1991 års reform infördes rättspsykiatrisk vård som påföljd i nuvarande form och SUP som en ordning där utskrivning och permissioner prövas i förvaltningsdomstol. I tillämpningen har SUP kommit att knytas nära till bedömningar av återfallsrisk i allvarlig brottslighet, vilket är en återkommande utgångspunkt för den kritik som redovisas i rapporten.

Förutsättningarna för att den rättspsykiatriska vården med SUP ska upphöra anges i 16 § LRV. Prövningen tar sikte på om det alltför finns en risk för återfall i allvarlig brottslighet till följd av APS och om öppen rättspsykiatrisk vård bedöms vara tillräcklig.

4.1.3 Rättssäkerhets- och proportionalitetsfrågor

I debatt och forskning har det framförts att LRV med SUP kan leda till att personer blir kvar i slutet vård främst med hänvisning till återfallsrisk, även när det rättspsykiatriska vårdbehovet bedöms vara begränsat. Detta aktualiserar etiska frågor (bland annat om psykiatris roll) och rättssäkerhetsfrågor om proportionalitet, transparens och förutsebarhet.

En återkommande problemformulering i litteraturen är att inträdet i rättspsykiatrin knyts till bedömningen av APS, medan utskrivning enligt SUP i stor utsträckning knyts till bedömningar av återfallsrisk. I förarbetena (Prop. 1990/91:58) betonas att samhällsskyddsaspekten ska ges betydelse vid val av rättspsykiatrisk vård som påföljd. Vid bedömningen av återfallsrisk finns inte något krav på att en eventuell framtida brottslighet ska vara av samma slag som det tidigare brottet.

Att bedöma återfallsrisk för en patient inom rättspsykiatrin står i fokus vid SUP. I förarbetena till lagen understryks att sådana bedömningar är svåra att göra och att det därför är väsentligt att det sker en "grannliga prövning efter noggranna kriterier" (Prop. 1990/91:58 s. 465).

Warnemyr (2022) framhåller, i sin analys av förarbeten och motiv, att regleringen ger ett betydande utrymme för statlig maktutövning mot en särskilt sårbar grupp och att det finns risk för att rättsligt skydd och stöd inte blir tillräckligt i praktiken. En konsekvens som lyfts är att frihetsberövandet kan komma att motiveras av en prognos om framtida brottslighet snarare än av brottet som begicks och ett aktuellt vårdbehov.

En studie (Petersson F. 2025) har belyst att riskbedömare ställs inför betydande utmaningar relaterade till bristande resurser och motsättningar mellan vård- och samhällsskydd. Dessa faktorer påverkar genomförandet av riskbedömningarna vilket kan äventyra patienternas rättssäkerhet såväl som samhällsskyddet.

Morad (2022) lyfter svårigheter kopplade till orsakssamband mellan APS, det aktuella brottet och bedömningen av risk för återfall i allvarlig brottslighet. I lagmotiven har det uttalats att riskbedömningar av detta slag i praktiken är svåra att göra annat än vid allvarligare brott av liknande slag som i målet. Detta väcker frågor om hur prövningen kan göras förutsebar och rättssäker när bedömningsunderlaget är osäkert och varierar mellan fall.

Ett flertal forskare (Bennet, T. m.fl.) lyfter i en debattartikel (Göteborgsposten 2025) att ny straffrättslig for-

skning uppmärksammar att bristen på tillgång till psykiatrisk vård utanför straffsystemet riskerar att leda till att rättspsykiatrisk vård får en kompensatorisk funktion där en fällande brottmålsdom uppfattas som enda sättet att få till stånd vård- och skyddsåtgärder. När det gäller riskbedömningar är utgångspunkten för straffsystemet att det inte är acceptabelt att frihetsberöva människor i förebyggande syfte. Bland annat på grund av att riskbedömningar om framtida brottslighet är vanskliga att göra på individnivå. Bedömningar som kan resultera i straff, preventiva ingripanden och tvångsvård uppställer höga krav på rättssäkerhet, legalitet och likabehandling. *"Att samma allvarliga kritik har framförts under flera årtionden utan att leda till en genomgripande reform måste ses som ett stort kriminalpolitiskt misslyckande. Den politiska passiviteten gällande psykiskt sjuka lagöverträdare är oacceptabel"*. (ibid)

Rättspsykiatrisk vård med SUP är teoretiskt en dom som motsvarar en livstidsdom och är snarare huvudregel än undantag. Den svenska modellen har flera allvarliga brister som återkommande har uppmärksamats. Flera statliga utredningar har presenterat reformförslag och både praktiker och forskare i juridik och rättspsykiatri är idag i stor utsträckning rörande överens om att systemet måste reformeras. Kritiken gäller framför allt att det svenska rättssystemet blandar samman frågor om straff, vård och samhällsskydd.

4.1.5 Mänskliga rättigheter kopplat till frihetsberövande och SUP (översikt)

SUP innebär en långtgående begränsning av den enskildes fri- och rättigheter genom ett frihetsberövande inom vårdens ram. Detta ställer höga krav på att regelverket är tydligt, att prövningen är individualiserad och att besluten är möjliga att förstå och förutse.

Samtidigt kan prövningen vara svår att genomföra med full förutsebarhet, bland annat eftersom centrala bedömningsgrunder – såsom APS och prognoser om återfallsrisk i allvarlig brottslighet – i praktiken kan vara svårpreciserade och beroende av professionella bedömningar.

I praktiken ställs samhällsskyddsintresset mot kravet på rättssäkerhet och proportionalitet för den enskilde. När domstolens prövning i stor utsträckning bygger på riskbedömningar av framtida brottslighet är det särskilt viktigt att prövningen är transparent, att osäkerheter redovisas och att mindre ingripande alternativ (t.ex. öppen LRV) provas på ett strukturerat individuellt sätt.

Både svensk grundlag och Europakonventionen ställer krav på att frihetsberövanden inte får ske på otydliga eller godtyckliga grunder och att tvångsvård förutsätter psykisk sjukdom av en viss allvarlighetsgrad samt att omhändertagandet omfattar reell vård eller behandling. Det innebär att regelverket behöver vara tydligt och tillämpas på ett förutsebart och enhetligt sätt.

4.1.4 Jämförelse: säkerhetsförvaring och SUP (översikt)

Under våren 2026 började den nya påföljden Säkerhetsförvaring att gälla. Enligt justitieministern Gunnar Strömmer (2026) är vissa brottslingar så farliga att de inte bör släppas ut. Därför inför regeringen *säkerhetsförvaring, så att "serievåldtäktsmän och pedofiler kan låsas in tills de inte utgör en fara för det omgivande samhället längre"*.

Syftet med den nya lagen om säkerhetsförvaring är att stärka samhällets skydd mot personer som har begått allvarliga brott mot andra personer och som även har en hög risk för återfall i sådan brottslighet, men som inte är aktuella för rättspsykiatrisk vård eller livstids fängelse.

När rätten bestämmer påföljden till säkerhetsförvaring ska den samtidigt bestämma den *kortaste tiden för frihetsberövande* (minimitiden) och *den totala tiden för verkställighet av påföljden* (ramtiden). Efter minimi- tidens utgång ska Kriminalvården, om rätten lämnar tillstånd till det, kunna vidta åtgärder för s.k. villkorad utslussning av den dömd. Ramtiden får förlängas med högst tre år vid varje tillfälle om det är *absolut nödvändigt* för att avhålla den dömd från att återfalla i allvarlig brottslighet mot person. *Påföljden innebär fängelse på obestämd tid efter en initial minimitid, med syfte att öka samhällsskyddet*. Den nya lagen ersätter tidigare frihetsstraff för individer där återfallsrisken är exceptionellt hög, och *förväntas omfatta ca 25 personer per år*.

Rättspsykiatrisk vård med SUP och så kallade säkerhetsstraff (fängelse) delar flera likheter, främst genom att båda är frihetsberövande påföljder som syftar till att skydda samhället från farliga individer. SUP innebär en strängare form av rättspsykiatrisk vård där utskrivning provas av förvaltningsrätten, vilket gör att den påminner om tidsbestämda straff eller livstidsstraff. Även om likheterna är stora, är det grundläggande syftet olika – rättspsykiatrisk vård ska i teorin bota en allvarlig psykisk störning, medan fängelse är en straffrättslig påföljd. Kritiker har dock påpekat att skillnaden i praktiken kan vara flytande, där SUP fungerar mer som förvaring än vård (Prop. 2025/26:95)

Båda systemen är tidsobestämda, vilket innebär att personen inte vet när de blir fria, men beslutsordningen

skiljer sig:

- **Säkerhetsförvaring:** Förvaltningsrätten prövar regelbundet om förvaringen ska bestå. Frigivning kan ske när risken för återfall inte längre anses hög.
- **LRV med SUP:** Förvaltningsrätten bestämmer om utskrivning. Vården pågår så länge förutsättningarna (behov av vård + risk för återfall) kvarstår.

Säkerhetsförvaringen är ett sätt att låsa in farliga personer som *inte* är tillräckligt psykiskt sjuka för att dömas till vård, men som ändå bedöms utgöra en stor fara för samhället.

Säkerhetsförvaring kan dömas ut för allvarliga brott mot liv, hälsa, frihet eller frid.

Säkerhetsförvaring är enligt regeringen (prop 2025/26:95) ett *ändamålsenligt komplement till rättspsykiatrisk vård och livstids fängelse*. Vid påföljdsval är det endast när rätten överväger att överlämna den dömda till rättspsykiatrisk vård med SUP som samhällsskyddsaspekten har kunnat tillmätas självständig betydelse,

Enligt Högsta domstolens remissvar ska riskbedömningen i en omvandlingsprövning grundas på konkreta omständigheter som direkt kan hänföras till den dömda. För att risken ska anses vara konkret och beaktansvärd är det inte tillräckligt att det allmänt sett inte kan uteslutas att den dömda skulle kunna återfalla i allvarlig brottslighet. *Enligt LRV ska SUP avgöra om behovet av tvångsvård kvarstår*. Det ska göras en bedömning av om det på grund av psykisk störning finns en "betydande risk" för att patienten återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag. Det ska med andra ord finnas en konkret och beaktansvärd risk för återfall.

Enligt propositionen (2025/26:95) måste en ny tidsobestämt frihetsberövande som påföljd utformas på ett sådant sätt att den dels uppfyller de högt ställda kraven på förutsebarhet och rättssäkerhet som det svenska straffrättsliga systemet bygger på och i överensstämmelse med Europakonventionen.

Sammanfattningsvis är säkerhetsförvaring tänkt att hantera en begränsad grupp som inte bedöms vara aktuell för rättspsykiatrisk vård, men där återfallsrisken anses särskilt hög. Jämförelsen tydliggör att både säkerhetsförvaring och SUP aktualiserar frågor om riskbaserade frihetsberövanden, men med olika rättsliga förutsättningar och beslutsordningar.

5. Kärnproblem: APS som juridiskt rekvisit

5.1 APS

5.1.1 Definition och funktion

Allvarlig psykisk störning (APS) är ett rättsligt rekvisit som används för att avgöra om en lagöverträdare kan dömas till rättspsykiatrisk vård i stället för fängelse. Rekvisitet är inte en medicinsk diagnos, utan en juridisk kvalificering som bygger på en rättspsykiatrisk utredning och domstolens samlade bedömning.

5.1.2 Historik och lagstiftarens intention

Frågor om skuldprövning och påföljdsbedömning vid APS har återkommande aktualiserats under hela BrB:s tillämpningstid, och flera statliga utredningar har presenterat reformförslag och kritik mot den rådande ordningen (SOU 2002:3; SOU 2012:17).

I lagtexten används begreppet APS som myntades av Socialberedningen (SOU 1984:64) utan att vidare definieras. När lagförslaget var ute på remiss mötte begreppet kritik från bland annat från de allmänna domstolarna, Socialstyrelsen, psykiatriska nämnden och läkarorganisationer som menade att begreppet var alltför övergripande och oprecist och att det kunde innebära en ökad användning av tvång. Begreppet har även ifrågasatts utifrån att det kan uppfattas som en nedvärdering av svåra sjukdomstillstånd (Dinamarca R., 2022).

Begreppet APS infördes 1992 i samband med upphörandet av den dåvarande lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). Tanken bakom införandet av rekvisitet var att det skulle fungera som en måttstock på hur svår störningen skulle vara. När APS infördes uttryckte dock många instanser en oro över hur det nya rekvisitet skulle förhålla sig till kravet på rättssäkerhet. Instanserna menade att begreppet var ottydligt varför rättssäkerhetskravet inte uppfylldes. Vid införandet av begreppet avsåg lagstiftaren i stället att låta domstolarna genom praxis avgöra vilka tillstånd som skulle klassas som APS. Domstolarna har i ett flertal fall haft att avgöra denna fråga (Träskman, P-O, 2007)

5.1.3 Tolkning och tillämpning (domstol, underlag och praxis)

Användandet av begreppet APS markerade det som ansågs vara en kvalificerad psykisk störning i rättslig mening och gav begreppet en snävare innebörd. Värt att notera är att begreppet APS enbart är en juridisk kvalificering och inte utgör en medicinsk diagnos. Prövningen av det rättspsykiatriska vårdbehovet som görs i ett brottmål är inte lika restriktiv som den prövning som görs vid intagning enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Det beror på att det i ett brottmål rör sig om rättspsykiatrisk tvångsvård som är en brottspåföljd, det vill säga ett alternativ till fängelse, och att intresset av att tillgodose samhällsskyddet beaktas jämte den tilltalades rättspsykiatriska vårdbehov (Strömstedt F. 2016).

Avsikten var att ha en något snävare betydelse än begreppet psykisk sjukdom, men med något bredare innebörd än uttrycket sinnessjukdom som användes i BrB. I förarbetena anges att detta samlingsbegrepp blev ett sätt att markera den förändrade synen på psykiska sjukdomar och därmed jämställd abnormitet. Det som avses är att psykiska hälsoproblem inte anses kunna förklaras med enbart biologiska grunder, utan att också sociala och psykologiska faktorer har stor betydelse och ofta samspelar och förstärker varandra vid utvecklingen av psykisk ohälsa. Detta är också svårt att översätta till juridiska begrepp.

Enligt förarbetena måste man i varje enskilt fall göra en bedömning av arten och graden av den psykiska störningen. Den störning som i ett fall klassats som APS kan i ett annat fall anses som mindre allvarlig och således inte falla in under begreppets tillämpning. Här ligger problematiken kring att juridik och psykiatri är två motstående läror med skilda ideologier.

En utgångspunkt för den nya lagstiftningen var att lagöverträdare som lider av APS liksom andra ska dömas till den påföljd som är bäst lämpad för att förhindra fortsatt brottslighet, men som också bäst främjar rehabilitering. Påföljden skulle även upplevas som rättvis i förhållande till den begångna brottsliga gärningen och till gärningspersonens psykiska status. Socialberedningen poängterade att det var viktigt att så långt det var möjligt dra upp klara gränser mellan vård och straff så att den rättspsykiatriska vården inte användes för att upprätthålla en samhällsskydds-funktion. De framhöll även att det av detta skäl fanns anledning att diskutera en längsta tid för vården, men det var inget som föreslogs (ibid).

Svårigheten att överföra psykologiska begrepp till juridiken och tvärtom, kan ge upphov till oönskade resultat. Att låta alla de psykiska störningar som kommit att inkluderas av begreppet, omfattas, anser Träskman (2007) är att gå för långt. Vad som bedöms vara APS i ett rättspsykiatriskt perspektiv avgörs i slutänden av domstolen. Bedömningen speglar till viss del det allmänna rättsmedvetandet och är därför föränderlig. I lag-

texterna finns ingen precis beskrivning av rekvisitet APS.

5.1.4 Rättssäkerhetsproblem (formellt och materiellt)

Pettersson (2007) pekar på att straffrättslig prövning och psykiatrisk bedömning utgår från delvis olika professionella ideal och risklogiker. När rättsverkningar knyts till bedömningen av APS aktualiseras därför frågor om hur bedömningsunderlag, bevisvärdering och gränsdragningar mellan juridik och medicin hantearas på ett förutsebart och enhetligt sätt.

Morad (2022) framhåller att APS är svårtolkat och att det dessutom beskrivs som flexibelt, vilket kan göra tillämpningen svår att förutse. När rekvisitet inte preciseras tydligt i lagtext eller motiv finns en risk att fri- och rättighetsinskränkande beslut vilar på oklara eller varierande bedömningsgrunder, vilket påverkar den formella rättssäkerheten.

Den materiella rättssäkerheten aktualiseras när ett otydligt rekvisit får långtgående konsekvenser för påföljdsval och frihetsinskränkning. Om gränserna för APS är svåra att förstå och motivera kan det väcka frågor om proportionalitet och etisk godtagbarhet i beslut som innebär ett långvarigt frihetsberövande.

Som en konsekvens av rekvisitets centrala roll kan otydlighet i APS få stor praktisk betydelse vid påföljdsval och vid bedömningen av vårdens inriktning. Bennet (2022) lyfter att många som döms till rättspsykiatrisk vård inte har begått brott som typiskt motsvarar långa fängelsestraff, samtidigt som vårdtiderna i vissa fall kan bli mycket långvariga. Detta förstärker behovet av förutsebara kriterier och en tydlig motivering av vilka grunder frihetsinskränkningen vilar på.

5.1.5 Koppling till SUP och utskrivningsprövning

APS fungerar som en tröskel för inträde i systemet (påföljdsvalet i brottmålet), medan SUP i stor utsträckning påverkar villkoren för utskrivning genom riskbedömningar av allvarlig brottslighet och domstolsprövning (jfr kapitel 4). Kombinationen innebär att ett rekvisit med stort tolkningsutrymme får långtgående följder för hur länge en person blir kvar i tvångsvård. I nästa kapitel (kapitel 6) behandlas hur vårdens innehåll och rehabiliterande insatser förhåller sig till dessa långvariga frihetsinskränkningar.

6. Vårdens innehåll och rehabilitering

6.1 Behandling inom rättspsykiatri

6.1.1 Vårdens uppdrag och rättsliga krav

En grundläggande princip vid alla former av tvångsvård är att vården inte ska pågå under längre tid än vad som är nödvändigt. Vid rättspsykiatrisk vård med SUP ankommer det därför på ansvariga myndigheter att se till att patienterna så snart som möjligt får tillgång till de insatser som behövs för att målen med vården ska kunna uppnås (6 § andra stycket LRV och 17 § andra stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT). En naturlig del i det arbetet är att tidigt i vårdprocessen kartlägga patienternas behov och planera för den fortsatta vården.

CPT är ett besöksorgan med uppdrag att besöka platser i Europarådets medlemsstater där människor kan hållas frihetsberövade. CPT (CPT/Inf(9812-part, p. 34–37) har uttalat när det gäller konkreta vårdinsatser som patienter inom rättspsykiatri faktiskt får ska vara en allsidig psykiatrisk behandling, som utöver medicinerings även omfattar lämpliga psykoterapeutiska behandlingsinsatser. Behandlingsinsatserna ska vara individuellt utformade och bör innefatta bland annat arbetsterapi, gruppterapi och individuell psykoterapi. Det är vidare önskvärt att de erbjuder studier eller lämplig sysselsättning. Det bör därutöver finnas ett flertal aktiviteter såsom konst, drama, musik och idrott. Varje patient bör, som ett absolut minimum, erbjudas och aktivt uppmuntras till att delta i en strukturerad aktivitet per dag. Det är enligt CPT inte tillräckligt att patienterna får sysselsätta sig med att läsa, titta på TV eller spela brädspel.

Ulrica Hörberg beräknade i sin avhandling *"Att vårdas eller fostras"* (2007) att 18 minuter per dag ägnades åt behandling inom rättspsykiatri. Hur tidsåtgången till behandlingsinsatser per dag förhåller sig idag är oklart.

I flera sammanhang beskrivs rättspsykiatriens uppdrag övergripande som dubbelt: att ge vård och behandling och samtidigt minska risken för återfall i allvarlig brottslighet. Detta spänningsfält påverkar prioriteringar i vårdinnehåll, dokumentation och uppföljning, och utgör en viktig bakgrund till de problem som belyses i kapitlet.

6.1.2 Kunskapsläge och kunskapsluckor

SBU (2017) har identifierat följande kunskapsluckor inom rättspsykiatri; *Diagnostik, Bedömningar, Läkemedel, Psykologiska interventioner, Psykosociala insatser, Rehabilitering, Habilitering och Tvångsåtgärder*. I fråga om innehållet i den rättspsykiatriska vården hänvisar LRV till bestämmelserna i lagen om psykiatrisk tvångsvård. I båda fastslås att tvångsåtgärder endast får användas om de står i rimlig proportion till åtgärdens syfte. Dock gäller samma grundläggande principer för vård som regleras i HSL (SOSFS 1982:763) även för den rättspsykiatriska vården. Enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdpersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och vården ska uppfylla kravet på en sakkunnig och omsorgsfull vård. Vården ska vidare, så långt det är möjligt, genomföras i samråd med patienten. Slutligen föreskrivs att patienten ska visas omtanke och respekt. Inom rättspsykiatri är det dock möjligt att göra avsteg från denna princip om det är nödvändigt för att värna patientens liv och hälsa när patienten till följd av sin sjukdom inte kan "se till sitt eget bästa" (SOU 2012:17). Tvång får även tillgripas mot en patient för att avstyra en allvarlig situation för andra personer såsom medpatienter eller vårdpersonal.

6.1.3 Vårdinnehåll i praktiken: register och tillsyn

Brottsbearbetning och återfallsförebyggande insatser.

Begreppet brottsbearbetning blev allmänt accepterat genom SOU 2006:91. I RättspsyK:s årsrapport (2024) framhålls samtidigt att begreppet inte har kunnat definieras på ett enhetligt sätt och att olika verksamheter använder skilda arbetssätt. I rapporteringen följs bland annat vilka insatser som genomförs i syfte att minska risk för återfall i allvarlig brottslighet. Som en förebyggande insats anges farmakologisk behandling för en stor andel patienter, och andra insatser (struktur i vardagen, stöd och träning, psykoedukation och psykoterapeutiska behandlingar) i varierande omfattning.

En studie (Andersson, 2020) indikerar att rättspsykiatriska patienter kan uppleva utsatthet och brist på inflytande i vården. Om psykologiska behandlingar eller psykosociala insatser inte är individuellt anpassade och tillgängliga riskerar de att få begränsad effekt. Detta talar för behovet av att stärka implementering, kompetens och uppföljning av de insatser som ges inom rättspsykiatri.

I kvalitetsregistret RättspsyK:s årsrapport 2024 framgår att patientgruppen även har en omfattande somatisk sjuklighet likväl som hög förekomst av övervikt och fetma. Behandling ges för diabetes och hjärt-kärls-

jukdomar. De senaste fem åren finns rapporterat vilka hälsofrämjande åtgärder patienterna erbjudits och genomfört. Närmare två tredjedelar av alla patienter, 63 procent av männen och 63 procent av kvinnorna får hälsofrämjande insatser. De vanligaste formerna av hälsofrämjande insatser är *rådgivning om matvanor* och *fysisk aktivitet*. Andel patienter som har en pågående, alternativt har genomgått, brottsbearbetning låg på 47 procent 2024. Om man ser över åren så fanns en statistiskt signifikant minskning av andelen patienter som genomgår brottsbearbetande samtal från 55 procent 2017 till 47 procent 2024. I fallande ordning var psykologsamtal och strukturerade brottsbearbetande samtal vanligast. Behandling för att minska risken för återfall i allvarlig brottslighet; farmakologisk behandling för 86 procent, struktur i vardagen för 78 procent, stöd och träning för 42 procent, psykoedukativa insatser för 28 procent samt specifika psykoteraeutiska behandlingar för 11 procent av patienterna. I stort var siffrorna de samma för 2024 som tidigare år.

En central del i arbetet enligt JO (Dnr 2-2025) med att förebygga förekomst av omänsklig eller förnedrande behandling inom rättspsykiatri är att säkerställa att patienterna får tillgång till en bra daglig vårdmiljö. JO:s rapport visar att det var tydligt att det finns flera områden där förhållandena för de rättspsykiatriska patienterna är bristfälliga.

SBU (2018) har endast identifierat ett fåtal studier på psykologiska behandlingar som anpassats för rättspsykiatrisk vård. Det vetenskapliga underlaget räcker inte till för att dra slutsatser om effekterna. Inga studier av psykosociala insatser identifierades. Många behandlingar och insatser som används idag är utvecklade för andra vårdmiljöer och patientgrupper än rättspsykiatriens. Behandlingarnas användbarhet och effekter påverkas av att rättspsykiatrisk vård inte är frivillig. Psykologiska behandlingar och psykosociala insatser står för en mycket liten kostnad i förhållande till den totala vårdkostnaden. Därför skulle behandlingar och insatser som leder till kortare vårdtid högst sannolikt vara kostnadseffektiva. Den rättspsykiatriska vården innebär ett stort och ofta långvarigt ingrepp i personens liv och autonomi. Därför är det särskilt problematiskt ur ett etiskt perspektiv att det saknas kunskap om effekter av behandlingar och insatser. Svenska intervjustudier indikerar även att patienter upplever utsatthet i vården. Rättspsykiatrisk vård varierar inom landet. Praxisundersökningen visar på stora skillnader i behandlingar och insatser. Många behandlingar och insatser är lokalt utvecklade utan någon vetenskaplig grund eller systematisk uppföljning. I rapporten 287/2018 från SBU framgår i en systematisk översikt över svenska kvalitativa studier avseende patienters upplevelse av rättspsykiatrisk vård att patienterna upplever en utsatthet och brist på delaktighet och autonomi.

JO Inspektionsserie inom rättspsykiatri (Dnr O 2-2025) visade att det finns fler brister hos samtliga rättspsykiatriska kliniker när det gäller innehållet i vården. Patienternas delaktighet i frågor som rör den löpande vården är vanligen begränsad och vårdplanerna innehåller sällan konkret formulerade och individuellt anpassade mål och åtgärder. Därutöver är patienternas faktiska tillgång till behandlande insatser begränsad och det tycks finnas en bristande kännedom hos klinikledning och viss personal kring vilka behandlande insatser som patienterna faktiskt får tillgång till. Sammantaget innebär dessa brister, enligt JO, en risk för att patienterna inte får tillgång till den vård som de behöver, vilket inte bara riskerar att leda till längre vårdtider utan också en tydligt försämrad vårdmiljö.

6.1.4 Läkemedelsbehandling och läkemedelsrelaterade skador

Merparten av rättspsykiatriens patienter behandlas med antipsykotiska läkemedel, även de som inte har en psykosdiagnos. Traditionella antipsykotiska läkemedel är vanligare än i allmänpsykiatri. Det konstaterar SBU (2017) i sin granskning av läkemedelsanvändningen inom den rättspsykiatriska vården. SBU har både undersökt det vetenskapliga kunskapsläget och utvärderat nuvarande behandlingsrutiner ur olika perspektiv. I rättspsykiatri är antipsykotiska läkemedel vanligast, även för patienter utan psykosdiagnos, och ofta ges flera läkemedel samtidigt. Behandlingen kompletteras ofta med läkemedel för andra tillstånd som ADHD eller substansberoende, samt läkemedel mot biverkningar. Trots omfattande läkemedelsanvändning är forskning om risker och nytta otillräcklig, vilket understryker behov av nya läkemedel och bättre studier, enligt bland annat SBU (2018) och Vetenskapsrådet (2017).

SBU (ibid) anser att det i dagsläget inte går att avgöra om skillnaderna mellan allmänpsykiatri och rättspsykiatri är kliniskt motiverade. SBU har bara funnit tio studier om läkemedel inom rättspsykiatri och samtliga var gjorda på ett sätt som gav stor risk för feltolkningar. Bristen på forskning gör, menar SBU, att det inte går att bedöma risk-nytta-balansen hos dagens läkemedelsbehandling.

Den rättspsykiatriska vården är inte säker och kunskapsbaserad vad gäller läkemedelsanvändning och läkemedelsskador. Läkemedelsskador är mycket vanligare inom rättspsykiatri än inom allmänpsykiatri. SKR bekräftar i en rapport att läkemedelsrelaterade skador inom rättspsykiatrisk vård är mycket vanliga. 15 procent av samtliga patienter hade en läkemedelsrelaterad skada, och andelen läkemedelsrelaterade skador

var mycket högre i rättspsykiatri än inom allmänpsykiatrisk vård, 51 procent jämfört med 13 procent. Samtidigt bedömer man inom rättspsykiatri att de läkemedelsrelaterade skadorna är icke undvikbara i mycket högre utsträckning än inom allmänpsykiatri. Inom rättspsykiatri bedömde man dem som undvikbara i endast 8 procent jämfört med allmänpsykiatri, där de läkemedelsrelaterade skadorna bedömdes som undvikbara i 41 procent. Sju procent av patienterna i rättspsykiatri får samtidig behandling med mer än fem olika psykofarmaka. Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd ska vården *"hitta en optimal dos för individen, som ger tillräcklig antipsykotisk effekt men inte så mycket biverkningar att det förhindrar rehabiliteringen"*. En annan viktig målsättning är att undvika kombinationer av flera antipsykotiska läkemedel, och stödja patienterna att ta sina läkemedel (ibid). Socialstyrelsens riktlinjer efterlevs inte och rättspsykiatriska patienter synes få för höga doser läkemedel.

Utmaningar och brister

- *Bristande forskning:* Det saknas tillräcklig forskning för att bedöma risk-nytta-balansen för läkemedelsbehandling inom rättspsykiatri (SBU)
- *Samsjuklighet:* Komplexiteten ökar på grund av den vanliga samsjukligheten (fler psykiatriska diagnoser samtidigt), vilket försvårar behandlingsbeslut (SBU)
- *Behov av nya läkemedel:* Det finns ett stort behov av nya antipsykotiska läkemedel som riktar sig mot de underliggande biologiska orsakerna till psykosjukdomar (SBU)
- *Läkemedelsskador:* Det finns många rapporterade läkemedelsskador inom rättspsykiatri

Övervikt är en läkemedelsskada och det är långt fler än 15 procent av patienterna som är överviktiga (Rättspsykiatri årsrapport 2024). Många patienter går upp mycket i vikt under vården. Det beror bland annat på biverkningar från läkemedel, dels genom att läkemedlen försämrar kroppens metabolism och dels genom att vissa läkemedel ökar hungerkänslor, minskar känsla av mättnad samt ger ett ökat sötsug. Patienter är över lag inte heller tillräckligt aktiva då de rör på sig för lite vilket i sin tur beror på att de flesta kliniker har begränsade promenadområden samt begränsade personalresurser så att alla patienter kan få fysisk aktivitet.

En hög andel av läkemedelsskadorna måste klassas som vårdskador. I allmänpsykiatri finns riktlinjer för läkemedelsbehandling, men det finns inga särskilda sådana för rättspsykiatri. Allvarlighetsgraden på vårdskadorna är svårare än vad som redovisas i SKRs undersökning. Detta skulle kunna bero på att undersökningen har ett kortare tidsperspektiv och inte ser till livslånga konsekvenser av livslång mediciner. Människor med psykiska sjukdomar lever kortare (10 – 15 år), de får fler läkemedel och det är väl känt att många även har en ohälsosammare livsstil.

SBU (2017) har pekat på betydande kunskapsluckor kring risk-nytta och klinisk motivering för skillnader mellan allmänpsykiatri och rättspsykiatri. Mot bakgrund av detta framstår systematisk uppföljning av effekt, biverkningar och läkemedelsrelaterade skador som central, liksom följsamhet till relevanta riktlinjer.

6.1.5 Tvångsåtgärder och rättsmedel

Ett uppmärksammat rättsfall rör en patient som tillerkänts skadestånd efter tvångsmedicinering med antipsykotiska läkemedel, mot bakgrund av att beslutet inte kunde överklagas. I processen framfördes att patienten kan vända sig till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), medan domstolen bedömde att patientens rättigheter enligt Europakonventionen hade kränkts; skadestånd utdömdes (SvD 2022). Exemplet illustrerar vikten av tydliga rättsmedel och oberoende prövning vid särskilt ingripande tvångsåtgärder.

7. Vardag och rehabilitering i praktiken

7.1 Aktiviteter och sysselsättning

Detta avsnitt belyser vardagsvillkor och rehabilitering i praktiken inom rättspsykiatri, med fokus på aktivitetsnivå, tillgång till strukturerad sysselsättning och möjligheter till daglig utevistelse. Genom JO:s inspektionsserie (dnr 01-2022) och kvalitativa studier illustreras hur långvarig och delvis ostrukturerad tid kan påverka motivation, delaktighet och återhämtningsinriktat arbete.

7.1.1 Översikt: aktivitetsnivå och vårdmiljö

När det gäller tillgång till aktiviteter visade JO:s (ibid)) inhämtade uppgifter att mycket av patienternas tid generellt sett läggs på ostrukturerade aktiviteter som till exempel att titta på TV eller vara på rummet. I vissa fall är tillgången till mer strukturerade aktiviteter så låg att det kan ifrågasättas om patienterna överhuvudtaget får tillgång till en bra vårdmiljö. Det finns också tydliga brister i klinikernas arbete med att motivera patienterna till aktivitet, vilket bland annat kan leda till att svårmotiverade patienter inte får tillgång till några strukturerade aktiviteter alls under lång tid. Sammantaget visar JO:s inspektionsserie att regionerna behöver vidta flera åtgärder för att säkerställa att samtliga patienter får tillgång till en bra daglig vårdmiljö (Dnr O 2-2025).

7.1.2 Daglig utomhusvistelse och fysiska förutsättningar

Det är sällan som patienter i rättspsykiatri vistas utomhus en timme om dagen. Vissa kliniker har rastgårdar i anslutning till avdelningen som patienter kan vistas på under dagtid. Men, många kliniker saknar dock detta. På vissa kliniker finns en uteplats med en rökruta där patienter får vistas ute i 10–15 minuter två/tre gånger om dagen. Men detta sker inte varje dag på grund av att personalen inte räcker till för att gå ut med samtliga patienter som har tillåtelse till det.

7.1.3 Institutionstid, egen tid och motivation

Tillvaron på en rättspsykiatrisk klinik består till stor del av det som kallas för "egen tid", ostrukturerad tid då patienten sysselsätter sig själv. I kombination med sömn, väntan, vila och rökning uppskattas denna typ av egen tid utgöra ungefär tjugo av dygnets timmar. Avskildhet på en rättspsykiatrisk klinik är aldrig garanterad, utan kan närsomhelst avbrytas av personalstyrda aktiviteter som säkerhetsrond, hundsök, läkarsamtal eller städning. Dessa ofrivilliga avbrott kan förstärka känslan av maktlöshet och av att aldrig kunna styra över sin egen tid eller att ha en trygg plats.

Enligt Larsson med flera (2020) visar en kartläggning att planerade aktiviteter och behandling utgjorde i jämförelse ungefär en timme och trekvart per dag. Utrymmet för vardagliga beslut om

hur och när man ska göra saker fräntas patienten och styrs av regler som gäller alla. De är inte avhängiga den enskilda patientens fungerande utan är grundstenar i institutionens logik. De aktiviteter som finns räcker inte för att matcha alla individuella preferenser eller förbereda för livet på utsidan. Genom att tvångsvården är oviss och i teorin oändlig skapas ett sorts limbo.

Livet inom rättspsykiatri är indelat i halvårsperioder, "Sex månader till" är ett tidsperspektiv som patienter inom rättspsykiatri dömda med SUP lever med konstant. En patient som Larsson m.fl. (2020) intervjuade berättade om att man var tvungen att sköta sig sex månader till och sedan sex månader till, utan att riktigt veta hur många "sex månader till" det skulle bli innan vården upphör. I en potentiellt oändlig följd av halvår är det förståeligt hur små saker kan växa sig väldigt stora. Ytterligare hinder i delaktigheten är patienternas erfarenheter av inte känna sig delaktiga i samband med förvaltningsrätten. Förvaltningsrätten gör som de vill då de varken lyssnar på dem eller advokaten som företräder dem. Patienterna känner sig inte respekterade som personer, vilket ger känslor av nedstämdhet och hopplöshet. För den som ska "döda tid" eller "sköta sig" blir uppgiften stor och svår, genom att den inte har något gripbart slut. Det ovissa tidsperspektivet gör att rättspsykiatri kan upplevas som en frusen och tom tid. Institutionslivet följer en kollektiv klocka och dess professionellas scheman, men en rörelse mot återhämtning innefattar också ett ökat självbestämmande som förutsätter större flexibilitet hos institutionen (ibid).

Psykisk och mental påverkan

- *Depression och ångest:* Maktlöshet är signifikant förknippad med depression och ångest, och kan leda till en djup känsla av uppgivenhet.
- *Kognitiva svårigheter:* Långvarig stress kopplad till dessa känslor kan påverka minnet, koncentrationsförmågan och förmågan att strukturera och planera vardagen.

- *Utmattning och passivitet:* När man känner sig maktlös försvinner ofta motivation och initiativförmåga, som kan leda till utbrändhet.
- *Existentiell ångest:* Maktlöshet kan leda till en känsla av att inte ha någon framtid som i svåra fall kan innebära tankar på att skada sig själv eller ta sitt liv.
- *Bitterhet:* Känslan kan främja bitterhet och en känsla av att man förtjänar mer än man har.

Som framgår är aktivitetsgraden mycket låg och patienterna tillbringar stora delar av dagen till att se på TV och spela kort. Många rättspsykiatriska patienter beskriver en fientlig vårdmiljö som saknar medmänsklighet och där patienters egenvärde ständigt hotas. Den rättspsykiatriska vården för många patienter innebär en överhängande känsla uppgivenhet när de upplever att de inte har några lagliga rättigheter och är maktlösa. Patienter upplever att de inte får tillräcklig med information eller att de blir utsatta för översitteri av personalen.

8. Utslussning, samverkan och närståendeperspektiv

Kapitlet sammanfattar hur utslussning från rättspsykiatri i praktiken ofta påverkas av samverkansbrister och flaskhalsar i vårdkedjan, särskilt kopplat till boende, sysselsättning och planering. Vidare belyses vilka konsekvenser vårdformen får för närstående, bland annat genom begränsade kontaktmöjligheter, brist på stöd och svårigheter att få information. Sammantaget visar kapitlet hur både systemfaktorer och relationssnära villkor kan påverka möjligheten till en fungerande väg ut ur vården.

8.0 Samverkan och utslussning

8.0.1 Regelverk och ansvar (samverkanslagen och vårdplanering)

I 4 kap. 3 § samverkanslagen finns bestämmelser om att rättspsykiatri ska kalla till samordnad vårdplanering för personer som vårdas enligt LRV vid SUP. Den samordnade vårdplanen ska upprättas skyndsamt när behov av insatser från både region och kommun identifierats. Brister i följsamhet till samverkanslagen kan i praktiken försvåra planering för boende, sysselsättning och försörjning i god tid inför utslussning.

8.0.2 Praktiska flaskhalsar (boende, sysselsättning och vårdkedja)

I Vårdansvarskommitténs betänkande (SOU 2025:62) och i underlag från SKR lyfts att långa vårdtider och svårigheter att ordna boende, sysselsättning och fortsatt vårdkedja kan fördröja utslussning. I vissa prognoser bedöms behovet av rättspsykiatriska vårdplatser öka på längre sikt, vilket aktualiserar frågor om både kapacitet och hur utskrivningsprocessen fungerar i praktiken.

8.0.3 Konsekvenser för utskrivning och utslussning

En praktisk förutsättning för utslussning är att vård- och stödinsatser kan samordnas mellan rättspsykiatri, kommun och andra berörda aktörer. Brister i ansvarsfördelning, planering och resursförutsättningar kan påverka både vårdinnehåll och utskrivningsprocess.

8.1 Erfarenheter av rättspsykiatrisk vård hos närstående

8.1.1 Begrepp: närstående och anhörig

Patienten avgör vem eller vilka som är närstående. Det kan till exempel vara en partner, familjemedlem, vän eller kollega. Ibland används ordet anhörig på samma sätt som ordet närstående. Det hänger ihop med att ordet närstående används i HSL, medan ordet anhörig användes i den tidigare socialtjänstlagen (SoL).

8.1.2 Återkommande erfarenheter hos närstående

Forskning och avhandlingar om närstående till rättspsykiatriska patienter i Sverige belyser ofta en utsatt grupp som präglas av stigma, oro och otillräckligt stöd från rättspsykiatriens sida. Området är komplext då närstående ofta hamnar i kläm mellan patientens integritet och behovet av information och delaktighet.

8.1.3 Kontaktbegränsningar, avstånd och villkor för delaktighet

En studie (Sundelin 2025) visar att erfarenheter av den rättspsykiatriska vården hos närstående är en ensam kamp utan kompass. Närstående upplever svensk rättspsykiatrisk vård som icke individanpassad kommunikation och stöd, vilket lämnar många närstående ensamma att söka kunskap om rättspsykiatri, lagstiftning kring tvångsvården, sjukdomar och lokala variationer på olika avdelningar. Rättspsykiatrisk vård innebär dessutom långa vårdtider och omfattande begränsningar för patienten, som inskränker möjligheterna till kontakt och delaktighet och därmed orsakar stress som belastar närstående ytterligare. På en rättspsykiatrisk avdelning med förhöjd säkerhetsnivå är det inte möjligt att ha egen telefon eller dator (LRV, 1991) vilket innebär att patienterna delar på patienttelefoner och -datorer. Tillgängligheten för fysiska besök hindras av liknande faktorer då besök ofta är bevakade och klinikerna är begränsade gällande både besöksrum och -tider, samtidigt som det kan dröja flera år innan patienten får permissioner beviljade. Det är dessutom inte ovanligt att vården ges vid en vårdinrättning långt från hemorten.

Närstående beskrev i Sundelins studie att de hade genomgått en svår period innan brottet, när den vårdade var svårt sjuk utan att få adekvat vård. De närstående uppgav att de gjort stora ansträngningar för att den vårdade skulle få hjälp, men att instanserna som de kontaktat inte kunde/ville ingripa, vilket fick dem att känna sig ignorerade. Primär- och öppenvård ansågs brista i sin hantering och/eller hänvisade bara vidare till andra. De närstående berättade hur den vårdade var allvarligt sjuk men att det inte förelåg (tillräckligt) omfattande substansberoende, rekvisit för tvångsvård eller brottsmisstankar, vilket medförde att varken socialtjänst, slutenvårdspsykiatri eller polisen kunde ingripa. Närstående beskrev att de kände sig arga och maktlösa samt uppgav att de visste att det bara var en tidsfråga innan något allvarligt skulle inträffa (ibid).

8.1.4 Rätt till stöd och information (samtycke, HSL och SoL)

Närstående har rätt till stöd, information från vårdpersonalen (om patienten samtycker). Enligt SoL har kommunens socialnämnd ansvar att erbjuda stöd, t.ex. samtalsstöd eller kontaktperson. Närstående är viktiga i och rättspsykiatrisk vård. De kan bidra till patienternas återhämtning och trygghet, vilket kan underlätta för vårdpersonalen att arbeta mer personcentrerat och patientsäkert. Närstående har ofta värdefull kunskap om patienten, som kan bidra till rättspsykiatrins förståelse av hur patienten mår, vilka behov som finns och hur vardagen fungerar. Flera utredningar efter suicid har visat att vården inte har involverat eller lyssnat på de närstående, och därför missat betydelsefull information om patienten (Socialstyrelsen 2025).

9. Etik: Hawaii-Madriddeklarationen och den Europeiska kommittén mot tortyr

Mänskliga rättigheter inom psykiatri. Mänskliga rättigheter inom psykiatri innebär rätten till god hälsa, värdigt bemötande och icke-diskriminering. Tvång får endast användas när det är absolut nödvändigt och proportionerligt, med fokus på patientens autonomi, delaktighet och minskning av integritetskränkande åtgärder, i linje med internationella och nationella rättigheter (t.ex. FN-konventioner, patienträttsliga regler och ett människorättsbaserat förhållningssätt).

En särskild etisk och människorättslig fråga uppstår när frihetsberövande i vårdens ram i praktiken motiveras av bedömningar av framtida risk snarare än av ett aktuellt behandlingsbehov. För vissa grupper, exempelvis personer med autismspektrumtillstånd eller intellektuell funktionsnedsättning, kan behoven i hög grad handla om stöd- och anpassningsinsatser snarare än psykiatrisk behandling i snäv mening. Det gör det särskilt viktigt att systemet tydligt skiljer mellan vård som syftar till behandling och åtgärder som i praktiken främst fyller en samhällsskyddande funktion.

Den europeiska kommittén mot tortyr (CPT)

Den europeiska kommittén mot tortyr har granskat ett antal länder och "funnit att patienter vars psykiska hälsa inte längre krävde att de var frihetsberövade på en psykiatrisk institution ändå fanns kvar på sådana institutioner på grund av brist på adekvat vård/boende ute i samhället. Det bedömdes vara en högst tveksam ordning att personer fortsätter att vara berövade sin frihet som ett resultat av att det saknas lämpliga faciliteter ute i samhället".

9.1 Makt och maktlöshet i långvarig tvångsvård

Maktrelationer inom långvarig tvångsvård inom rättspsykiatri med SUP kan påverka patientens delaktighet, upplevelse av rättssäkerhet och möjlighet till återhämtning. I materialet beskrivs situationer där patienten upplever begränsad insyn och små möjligheter att påverka sin vårdprocess, vilket kan bidra till stress, nedstämdhet och uppgivenhet.

När frihetsberövandet är tidsobestämt med SUP ställs särskilt höga krav på proportionalitet, meningsfullt innehåll under verkställigheten och en reell möjlighet att påverka progression mot utskrivning. Ett system som i praktiken reduceras till ren förvaring riskerar att stå i konflikt med grundläggande människorättsliga krav och medicinsk-etiska principer.

Maktlöshet för den intagna inom rättspsykiatri med SUP kan definieras som brist på beslutsfattande och oförmåga att fatta val till följd av att man intar en marginaliserad status och upplever respektlös behandling.

Centrala punkter gällande maktlöshet i rättspsykiatri med SUP:

- *Underläge:* Patienter är utlämnade åt personalens åsikter och synpunkter, och om relationen till personalen inte anses god, kan patienten kvarhållas oavsett faktiskt rättspsykiatriskt vårdbehov.
- *Dokumentation och "sanning":* Det finns vittnesmål om att personalens journalanteckningar, till exempel om att en patient varit hotfull, inte stämmer överens med verkligheten, vilket gör det svårt för patienten att hävda sin rätt.
- *Bristande insyn:* Det är svårt att få insyn och inflytande över sin egen vård,
- *Otydliga kriterier:* Patienter upplever ofta en stor otydlighet kring vad som krävs för att bli utskriven vilket bidrar till känslan av maktlöshet.
- *Närståendes situation:* Närstående upplever ofta att de måste söka hjälp och stöd "med ljus och lykta" som skapar en känsla av att drunkna i ett komplext system.

World Psychiatric Association har genom den s.k. Hawaiiideklarationen (vilken sedermera uppdaterats och kallas Madridkonventionen⁸⁰) satt upp etiska riktlinjer för hur psykiatrisk vård ska bedrivas. Som huvudregel ska psykiatrisk vård enligt deklarationen inte företas mot patientens vilja. Dock kan vård mot patientens vilja bli aktuellt om hen p.g.a. sin psykiska sjukdom inte kan avgöra sitt eget bästa och om det är sannolikt att personen förorsakar sig själv eller någon annan allvarligt men vid utebliven behandling. Psykiatrisk tvångsvård ska upphävas så snart det inte längre finns förutsättningar för att tvångsvårda patienten. *Vidare bör inte en psykiatriker medverka i tvångsbehandling av en patient som inte lider av en psykisk störning. SUP*

har kritiserats för att det bryter mot Madridkonventionen, i och med att vissa personer till följd av bestämmelsen vårdas snarare på grund av återfallsrisken än deras faktiska behov av vård. Vidare bryter det mot konventionen då en psykiatriker inte ska medverka i psykiatrisk tvångsvård av personer som inte är psykiskt sjuka (SOU 2012:17).

Vad gäller LRV med SUP tycks vårdbehovet också ge vika för straffrättens intresse av proportionalitet. Vårdtiderna bestäms snarare av en riskbedömning för eventuell framtida allvarlig brottslighet än den intagnes vårdbehov. Detta stöds av ett antal avhandlingar från juridiska fakulteter och regeringens utredningar om "maskerad förvaring" med en återgång till den institutionalisering som fanns innan Psykiatrireformen.

10. Slutsatser och reformagenda

10.0 Inledande syntes

Kapitlet sammanfattar rapportens huvudslutsatser och samlar reformförslag som syftar till att stärka rättssäkerheten, renodla vårdens uppdrag och skapa en fungerande väg ut ur systemet. Inledningsvis ges en kort rättspolitisk och analytisk kontext, varefter slutsatser och rekommendationer presenteras samlat i avsnitt 10.1.

10.0.1 Rättspolitisk kontext (kort)

Frågor om rättspsykiatrisk vård enligt LRV och BrB återkommer regelbundet i den kriminalpolitiska debatten och i medier. Sedan LRV infördes har flera utredningar tillsatts i syfte att se över lagstiftningen, men de grundläggande mekanismerna kring LRV med SUP och utskrivningsprövningen har i stor utsträckning bestått. Detta kapitel sammanfattar därför rapportens slutsatser och samlar reformförslag med fokus på rättssäkerhet, proportionalitet och rättspsykiatriens vårduppdrag.

Som en illustration av det aktuella reformläget redovisar DN:s enkät (2026-02-11) att flera riksdagspartier vill se förändringar i LRV och BrB, men med olika inriktning. I materialet nämns bland annat förslag om att se över definitionen av APS och vilka tillstånd som kan omfattas, samt att regeringens förslag om säkerhetsförvaring lyfts som ett alternativ för en begränsad grupp som inte bedöms vara aktuell för rättspsykiatrisk vård.

En återkommande frågeställning i materialet är hur långtgående frihetsinskränkningar kan motiveras när de bygger på en kombination av APS-bedömningar och prognoser om framtida risk för allvarlig brottslighet. Detta aktualiserar behovet av tydligare kriterier, mer transparenta prövningar och en beslutsordning som är möjlig att följa och granska.

Rapportens genomgång pekar på att tidsobestämda frihetsinskränkningar kan uppstå inom ramen för gällande regelverk, trots att internering som straffform avskaffats i äldre ordningar. Detta förstärker vikten av att analysera om dagens system ger tillräcklig förutsebarhet, proportionalitet och reellt vårdinnehåll inom rättspsykiatri.

10.0.2 Fördjupning: historiska paralleller och institutionskritik

Trots genomgående kritik mot rättstillämpningen av personer dömda till rättspsykiatrisk vård med SUP har inga förslag till en reformering lyfts från regeringen. Av betydelse är att lagstiftningen för personer som döms till rättspsykiatrisk vård med SUP är att den är skapad av människor med makt som har olika ideologiska uppfattningar. Därför grundar den sig inte i vetenskaplighet utan är mer ett uttryck för en politisk vilja som speglar den politiska diskurs som för tillfället råder. Regeringen har inte för avsikt att ändra på den oacceptabla interneringen och inlåsningen för personer dömda enligt LRV med SUP,

DN:s enkät (2026-02.11) bekräftar den slutsatsen. Enkäten visar att flera riksdagspartier vill förändra LRV och BrB men inte till det bättre. Centerpartiet, V och MP vill att definitionen av den juridiska termen APS ska breddas, medan Liberalerna och Socialdemokraterna är öppna för att se över vilka andra allvarliga tillstånd där rättspsykiatrisk vård skulle kunna vara en bättre påföljd än fängelse. M och KD ser i stället en lösning i regeringens nya förslag om säkerhetsförvaring som inte är tidsbestämt som ett sätt att ”tappa till glappet” mellan livstids fängelse och rättspsykiatrisk vård. Liberalernas sjukvårdspolitiska talesperson lyfter även perioden då en gärningsman fått rättspsykiatrisk vård och ska återintegreras i samhället där bedömningen är att SUP ska vara regel när en person döms till rättspsykiatrisk vård.

Rättstillämpningen enligt LRV med SUP har utvecklats till en återetablering av de ”gamla asylerna”. Inlåsning utgör en typ av förvaring, i första hand motiverad av en uppskattad risk för framtida allvarlig brottslighet. Sådana åtgärder accepteras inte gällande någon annan grupp i samhället än psykiskt sjuka.

Det redovisade materialet visar på att det finns flera likheter mellan äldre tiders sinnessjukhus och modern rättspsykiatrisk vård, främst när det gäller tvångsomhändertagande med SUP, sluten miljö och målsättningen att behandla APS. En grundläggande likhet är uppdraget att skydda samhället från personer som, på grund av APS anses vara farliga eller ”samhällsfarliga”. Båda verksamheterna har historiskt (och delvis än idag) fungerat som en blandning av sjukhus och fängelse, där patienten är frihetsberövad samtidigt som de ska få rättspsykiatriska vårdinsatser. Trots att systemen tillhör olika tidsepoker och juridiska ramar finns flera betydande likheter: Inom rättspsykiatri är vårdtiderna med SUP ofta mycket långa vilket påminner om de långa intagningar som var vanliga på äldre sinnessjukhus. På de gamla mentalsjukhusen kunde patienter bli kvar i decennier vilket även finns exempel på i dagsläget inom rättspsykiatri.

Att psykiskt sjuka människor får vård är egentligen ett ganska nytt påfund. Genom större delen av historien har de låsts in, kedjats fast och hållits borta från resten av samhället. Att ta hand om de psykiskt sjuka har handlat om att skydda de friska människorna från de sjuka. En central likhet med dagens rättspsykiatri är att skydda samhället. Sinnessjukhusen fungerade som slutna institutioner för att "förvara" personer som ansågs farliga eller störande för ordningen. Rättspsykiatrien har ett tydligt uppdrag att bedöma och minimera risken för återfall i allvarlig brottslighet, vilket innebär hög säkerhet och begränsad frihet för den intagna.

Historiska erfarenheter av slutna institutioner visar att frihetsberövande vårdformer riskerar att få en stark samhällsskyddande funktion och att vård- och stödinsatser då kan hamna i skymundan. Parallellen används här för att understryka vikten av tydliga rättsliga ramar, reellt vårdinnehåll och en konkret plan för utslussning när frihetsinskränkningen är långvarig.

Det är väl känt att inlåsning av personer som inte vet när frigivning kan ske påverkar människor synnerligen negativt både psykiskt och fysiskt. Suicidrisken efter en långvarig rättspsykiatrisk vårdprocess är hög. Konsekvensen av ett långt tidsobestämt straff riskerar även att minska tilliten hos den enskilda till den allmänpsykiatriska vården trots att ett vårdbehov kan föreligga på grund av den vårdskada som institutionaliseringen har lett till.

10.1 Avslutande kapitel: slutsatser och reformagenda

Denna rapport har visat hur rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning (LRV med SUP) i praktiken riskerar att förskjuta tyngdpunkten från vård till frihetsberövande på obestämmd tid. Systemet motiveras formellt av vårdbehov och samhällsskydd, men den faktiska beslutspunkten vid utskrivning kretsar ofta kring riskprediktioner och organisatoriska hinder (t.ex. brist på boende och samverkansbrister), även när det rättspsykiatriska vårdbehovet är svagt, oklart eller har upphört.

Huvudslutsatser

- **LRV med SUP fungerar i stor utsträckning som en tidsobestämmd frihetsberövande ordning**, där patienten saknar reell förutsebarhet om när vården kan upphöra och där "sex månader till" blir ett permanent tidsperspektiv.
- **Begreppet allvarlig psykisk störning (APS) är rättsligt centralt men otillräckligt preciserat.** Otydligheten skapar utrymme för varierande tillämpning och riskerar att undergräva formell rättssäkerhet.
- **Utskrivningsprövningen bygger på riskbedömningar som är metodiskt vanskliga på individnivå** och som i praktiken får större betydelse än aktuellt vårdbehov. Det gör att proportionaliteten mellan ingripande och syfte blir svår att upprätthålla.
- **Systemet blandar samman vård, straff och samhällsskydd** på ett sätt som skapar etiska konflikter i vården och riskerar att normalisera "maskerad förvaring" i strid med grundläggande medicinsk etik och människorättsliga krav.
- **Vårdens innehåll och rehabiliterande insatser framstår ofta som otillräckliga eller ojämna** (behandling, meningsfull sysselsättning, individanpassning och delaktighet), trots att frihetsberövandet kan bli mycket långt.
- **Samverkans- och utslussningsbrister bidrar till inlåsningseffekter.** Brist på boende, sysselsättning och fungerande vårdkedja kan i praktiken bli en spärr mot utskrivning, trots att det inte är ett medicinskt argument.
- **Den samlade bilden är ett långvarigt reformunderskott:** omfattande kritik har dokumenterats i utredningar, forskning och tillsyn, men utan att de systemdrivande mekanismerna i SUP och utskrivningsprocessen har åtgärdats.

Sammantaget pekar genomgången på att legitimiteten i LRV med SUP ytterst beror på att systemet kan visa tre saker samtidigt: (1) att frihetsberövandet är strikt nödvändigt och proportionerligt, (2) att beslutskriterierna är förutsebara och rättssäkra, och (3) att vården faktiskt ger en reell möjlighet till återhämtning och utslussning. När dessa villkor inte uppfylls behövs reformer som både renodlar uppdraget och stärker rättssäkerheten.

Konkreta reformrekommendationer

- **Renodla när SUP får användas och återför SUP till undantag.** Skärp lagens trösklar så att SUP bara kan beslutas när det finns ett tydligt samband mellan APS, brottet och en konkret, kvalificerad återfallsrisk – inte som rutinlösning.
- **Inför en tydligare rättslig definition/operationalisering av APS i LRV/BrB.** Komplettera lag och förarbeten med kriterier, exempel och avgränsningar som minskar tolkningsutrymmet och stärker förutsebarheten.
- **Separera vård från ren samhällsskyddsverkställighet.** Om ett rättspsykiatriskt vårdbehov saknas ska hälso- och sjukvården inte bära ett "förvaringsansvar". En ordning behövs där fortsatt frihetsinskränkning, om den alls är aktuell, prövas i annan form än som rättspsykiatrisk vård.
- **Inför förstärkt domstolsprocess i utskrivningsprövningar.** Säkerställ tillräcklig förhandlingstid per ärende, reell möjlighet till muntlig bevisning och individuell prövning (motverka "psykiatrirundor" som riskerar att bli schabloniserade).
- **Skärp kraven på riskbedömningarnas kvalitet och transparens.** Kräv att riskbedömningar redovisar metod, osäkerhet och vilka faktorer som är påverkbara genom insatser; skilj tydligt på historiska riskfaktorer och aktuella/hanterbara risker.
- **Inför en skyldighet att pröva mindre ingripande alternativ före fortsatt slutet vård.** Gör det obligatoriskt att pröva och motivera varför öppen LRV, permissioner eller villkorade utslussningsinsatser inte är tillräckliga innan fortsatt slutet vård beslutas.
- **Ställ bindande krav på vårdens innehåll.** Inför minimikrav på individuella vårdplaner med mätbara mål, faktisk tillgång till psykologiska/psykosociala insatser, meningsfull sysselsättning och strukturerad rehabilitering – kopplat till uppföljning.
- **Stärk patientens rättigheter under verkställigheten.** Utöka möjligheter till oberoende prövning av särskilt ingripande åtgärder (t.ex. tvångsmedicinering) och säkerställ begriplig information, dokumentationsinsyn och reell delaktighet.
- **Gör samverkanslagen verkkningsfull i praktiken.** Inför tydligare tidsfrister, ansvarspunkter och sanktioner/konsekvenser när region/kommun inte levererar boende- och stödinsatser som krävs för utskrivning och utslussning.
- **Inför nationell styrning och uppföljning av rättspsykiatrin med SUP-fokus.** Följ upp vårdtider, utskrivningsklara patienter, regionala skillnader i praxis, vårdinnehåll och tvångsåtgärder – och koppla detta till riktade förbättringskrav.
- **Skapa en tydlig utslussningskedja med finansierat boendesteg.** Säkerställ tillgång till boendeformer med rätt stöd- och säkerhetsnivå (mellanvård/boendeliknande enheter) så att brist på kommunala insatser inte blir en de facto-förlängning av frihetsberövandet.
- **Bygg in en "meningsfull väg ut".** Kräv att systemet tydligt anger vad den enskilde behöver uppnå för progression (behandling, färdigheter, boendepå, sysselsättning) och att detta regelbundet prövas mot uppdaterade, individuella kriterier.

En reform av LRV med SUP handlar därmed inte om att försvaga samhällsskyddet, utan om att återställa den rättspsykiatriska vårdens legitimitet: frihetsinskränkningar måste vara förutsebara, proportionerliga och förenade med ett faktiskt vårdinnehåll och en fungerande väg tillbaka till samhället. Utan sådana garantier riskerar systemet att reproducera just det som historien har lärt oss att lämna bakom oss – institutionell förvaring i vårdens språkdräkt.

10.2 Reflektioner och vidare frågor

10.2.1 Denna rapport vilar huvudsakligen på en genomgång av den kritik som genomgående lyfts i avhandlingar och rapporter kring rättstillämpningen inom rättspsykiatri för dömda personer med SUP. I artiklar och avhandlingar från vårdpersonal lyser rättstillämpningen i stort sett med sin frånvaro. Det verkar inte föras någon djupare diskussion i vården om hur rättsosäkerhet och tidsobestämmdhet påverkar patienters fysiska och psykiska hälsa vilket måste betraktas som anmärkningsvärt. Att bli kvar inom rättspsykiatri på obestämd tid utan kvarstående medicinska behov med hypotetisk risk för framtida allvarliga brottslighet som enda motivering, är inte värdigt i en rättsstat. Inte i någon annan del av svensk sjukvård vårdas friska personer, under tvång. Vart tog tankegångarna från Hawaii och Madrid vägen?

10.2.2 I den fortsatta diskussionen om LRV med SUP återkommer frågor om hur riskbedömningar bör vägas mot krav på förutsebarhet och proportionalitet, samt hur systemet kan säkerställa ett meningsfullt innehåll och en reell väg mot utslussning vid långvariga frihetsinskränkningar. En närliggande fråga är hur ett framtida regelverk bör avgränsa ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvård och rättsväsende när vårdbehovet är begränsat men samhällsskyddsaspekter gör sig gällande.

11. Litteraturförteckning och övriga källor

11.1 Akademisk litteratur och forskning

Andersson, A. (2020). *Fast i rättspsykiatri – ett system i obalans*. Juridiska fakulteten, Lunds universitet.

Bennet, T. (2020). *Straffansvar vid atypiska sinnestillstånd*. Norstedts Juridik.

Bennet, T. (2025). Rättspsykiatrisk vård – tvångsvård som påföljd för brott. I *Tvång på gott och ont: en forskningsantologi om tvång i välfärden*. Iustus Förlag.

Morad, D. (2022). *Rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning: med särskilt fokus på formell och materiell rättssäkerhet*. Örebro universitet.

Pettersson, M. (2007). *”Allvarlig psykisk störning”: analys av det juridiska begreppets innebörd, tolkning och tillämpning*. Juridiska fakulteten, Lunds universitet.

Petersson, F. (2025). *”Vad ska vi göra med patienten då? Då slussar vi ut den.”: En intervjustudie med riskbedömare om strukturerade professionella riskbedömningars genomförande och tillämpning på rättspsykiatriska regionkliniker*. Institutionen för beteende-, social- och rättsvetenskap, Örebro universitet.

Ström, M. (2006). *Ansvar och påföljd för psykiskt störda lagöverträdare: en studie av gällande rätt, Psykansvarskommitténs betänkande och rättshistorisk utveckling*. Juristprogrammet (examensarbete).

Strömstedt, F. (2016). *Stört i lagens namn? Om hanteringen av psykiskt störda lagöverträdare i svensk rätt*. Juridiska fakulteten, Lunds universitet.

Sundelin, E. & Lindström, M. (2025). *En ensam kamp utan karta och kompass: erfarenheter av vården hos anhöriga till personer som vårdas i rättspsykiatrisk slutenvård*. Institutionen för hälsa, lärande och teknik, Luleå tekniska universitet.

Tännsjö, T. (2000). *”Allvarlig psykisk störning” bör tolkas olika i de psykiatriska tvångslagarna. Läkartidningen*.

Träskman, P.-O. (2007). *Brottsbekämpning, rättssäkerhet och integritet — vad är det som har hänt och vad skall vi göra?* Svensk Juristtidning.

Warnemyr, S. (2022). *Rättspsykiatrins (o)synliga inlåsningseffekter: en diskursanalytisk utvärdering av lagstiftarens motiveringar till tidsbestämda frihetsberövanden av psykiskt sjuka gärningspersoner*. Juridiska fakulteten, Lunds universitet.

11.2 Myndighetsrapporter, riktlinjer och register

Rättsmedicinalverket (2023). *Längre vårdtider inom rättspsykiatri*. Rättspsykiatriska avdelningen.

RättspsyK (2025). Årsrapport 2024. Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2018). *Läkemedelsbehandling inom rättspsykiatrisk vård: en systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter*.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2018). *Psykologiska behandlingar och psykosociala insatser i rättspsykiatrisk vård: systematiska översikter av effektstudier, patientupplevelser och ekonomiska aspekter, samt en etisk analys*.

Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer: schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*.

Uppdrag Psykisk Hälsa (2020). *Samordning med svårigheter*. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Vetenskapsrådet (2017). *Kartläggning av rättspsykiatrisk forskning*.

Vård- och omsorgsanalys (2025). *Tillämpningen av samordnad individuell plan (SIP)*. Rapport 2025:2.

11.3 Offentligt tryck (SOU, Ds, propositioner)

11.5 Rättskällor och tillsyn

Justitieombudsmannen (JO) (2025). *Inspektionsserie inom rättspsykiatri*. Dnr O 1-2025.

Justitieombudsmannen (JO) (2025). *[Rapport/uttalande om förebyggande av omänsklig eller förnedrande behandling inom rättspsykiatri]*. Dnr 2-2025.

Justitiekanslern (JK). (År). *Yttrande/beslut om tvångsmedicinering inom rättspsykiatri*. Dnr [ange om känt].

Inspektionen för vård och omsorg (IVO). (År). *Vägledning/beslut rörande rättspsykiatrisk vård och tvångsåtgärder*. Dnr [ange om känt].

11.6 Mediekällor och webb

Dagens Medicin (2025-02-28). *Rättspsykiatri är sjukvård och inget annat*.

Göteborgs-Posten (2025-10-19). *Den rättspsykiatriska vården är inte rättssäker – agera nu*.

Medicinsk Vetenskap (2023-09-20). Tema: Rättspsykiatri. *Vårdtider längre än tidigare känt*.

Svenska Dagbladet (2022-02-01). *Medicin mot patientens vilja – får skadestånd*.

World Psychiatric Association. *Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice*.

Ds 2014:28. *Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård*.

SOU 1977:23. *Psykiskt avvikande lagöverträdare*.

SOU 1984:64. *Psykiatri, tvånget och rättssäkerheten*.

SOU 1992:73. *Välfärd och valfrihet: service, stöd och vård för psykiskt störda: slutbetänkande*.

SOU 1993:73. *Radikala organisationsförändringar i kommuner och landsting*.

SOU 1996:185. *Ett reformerat straffsystem*.

SOU 1998:32. *Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård*.

SOU 2002:3. *Psykisk störning, brott och ansvar*.

SOU 2006:91. *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare*.

SOU 2006:100. *Ambition och ansvar: nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*.

SOU 2022:40. *God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*.

SOU 2025:62. *Ansvaret för hälso- och sjukvården*.

Prop. 2025/26:95. *Säkerhetsförvaring – en ny tidsobestämd frihetsberövande påföljd*.

Prop. 1990/91:58. *Om psykiatrisk tvångsvård m.m.*

Prop. 2007/08:70. *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*.

Prop. 2007/08:97. *Påföljder för psykiskt störda lagöverträdare*.

Prop. 2013/14:222. *Ordning och säkerhet vid Rättsmedicinalverkets rättspsykiatriska undersökningsenheter*.

Lag (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall.

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Patientsäkerhetslag (2010:659).

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

Brottsbalken (1962:700).

