

Föreståndaren för ett LVM-hem bedömde att en man som vårdades vid hemmet behövde beredas psykiatrisk vård vid sjukhus. Fråga bl.a. om det förelåg förutsättningar för att skriva ut mannen från LVM-hemmet i samband med att han fördes till sjukhus

Den 3 maj 1999 beslutade Stadsdelsnämnden Bergsjön i Göteborgs kommun att med stöd av 13 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) omedelbart omhänderta AA. Länsrätten i Göteborg fastställde beslutet den 10 maj 1999. Efter ansökan av stadsdelsnämnden beslutade länsrätten i en dom den 1 juni 1999 att AA skulle beredas vård enligt 4 § första stycket 1 och 2 LVM.

Efter omhändertagandet var AA under olika perioder placerad vid LVM-hemmen Håkanstorp, Gudhemsgården och Hornö. Flera gånger under vårdtiden försökte AA att beröva sig livet. Han vårdades därför vid flera tillfällen på sjukhus.

AA ”skar sig” den 27 september 1999 på Hornö LVM-hem. Följande dag, den 28 september, försökte AA att hänga sig på hemmet. AA fördes från LVM-hemmet till Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg, enheten ”psykiatri/östra” (nedan även benämnt Lillhagens sjukhus) där han togs in för vård den 29 september. Samma dag beslutade föreståndaren vid Hornö behandlingshem, BB, att skriva ut AA från hemmet med motiveringen ”Ändamålet med vården uppnådd”. I beslutet angavs att AA var intagen på psykiatrisk klinik och under rubriken Övriga upplysningar angav BB följande.

 Beslutet fattat efter utlåtande av konsultläkare CC vid Hornö LVM-hem och överläkaren vid tox.klin UAS.

 Socialtjänsten informerad.

AA skrevs ut från sjukhuset den 1 oktober 1999. På kvällen samma dag påträffades han död.

I en anmälan till JO anförde AA:s mor att AA varit i behov av vård. Hon ifrågasatte därför dels beslutet att skriva ut AA från LVM-hemmet, dels att AA tilläts lämna sjukhuset (JO:s dnr 4423-1999).

Tf. enhetschefen DD och 1:e socialsekreteraren EE, båda vid Bergsjöns stadsdelsförvaltning i Göteborgs kommun, begärde i en skrivelse till JO att JO skulle granska hur BB handlagt ärendet angående AA (JO:s dnr 4466-1999).

När det gäller handläggningen av ärendet rörande AA vid Hornö LVM-hem inhämtades utredning och yttrande från Statens institutionsstyrelse (SiS). Yttrande inhämtades från Socialstyrelsen vad gällde sjukhusets handlande.

SiS anförde i sitt yttrande, efter att ha redovisat relevanta lagbestämmelser, i huvudsak följande (åberopad bilaga har här utelämnats).

I SiS interna allmänna råd 1997:1 för verksamheten vid LVM-hemmen anges under rubriken *Psykiatrisk och annan medicinsk vård i samband med LVM-vård* följande.

Om det under vårdtiden uppkommer behov av sjukhusvård skall personalen vid LVM-hemmet föra klienten till sjukhus. Beslut om intagning på sjukhuset fattas av där ansvariga läkare. Verksamhetschefen vid den sjukvårdsenhet där klienten vårdas är skyldig att meddela socialnämnden eller den som förestår vården vid LVM-hemmet om klienten vill lämna eller redan har lämnat sjukhuset. Om klienten inte tas in på sjukhuset, därför att medicinska behov av vård inte bedöms föreligga, får den som ansvarar för LVM-vården anses ha fullgjort sitt ansvar att bereda sjukhusvård, genom att personen har förts till sjukhuset. Självfallet innebär en utebliven intagning inte någon inskränkning i ansvaret i övrigt för nödvändiga stöd- och hjälpinsatser.

Respekten för klientens självbestämmande och integritet är en utgångspunkt för hälso- och sjukvårdens insatser. Också den sjukvård som bedrivs på ett LVM-hem måste bygga på frivillighet. Vård- och behandlingsinsatser kräver medverkan av klienten för att kunna genomföras. Tvånget kan användas för att hålla kvar klienten på institutionen, men det är inte möjligt att vårda någon mot hans vilja. Vård enligt LPT kan ges under LVM-perioden. Om klienten tas in för LPT-vård under längre tid bör vården enligt LVM upphöra. Utskrivning från LVM-vård bör dock inte göras förrän det är klart att LPT-vården kommer att fortgå under en längre tid. Länsrättens medgivande till sådan vård bör därför avvaktas. Länsrättens prövning sker, efter ansökan av chefsöverläkaren, inom fem veckor från intagning för tvångsvård.

I de allmänna råden anges vidare under rubriken *Utskrivning och fortsatt vård* bl. a. följande.

Utskrivningsbeslutet skall föregås av samråd med socialnämnden. Om ett LVM-hem inte anser sig kunna ge en enskild klient fortsatt vård pga dennes uppträdande får inte enbart detta faktum ligga till grund för utskrivning. I stället bör frågan om att flytta klienten till ett annat LVM-hem tas upp med placeringsgruppen vid SiS huvudkontor. Inte heller får en klient skrivas ut enbart med hänvisning till att institutionen inte når framgång i arbetet med att motivera klienten till fortsatt vård i frivillig form. [– – –]

[– – –] Inför utskrivningen skall det finnas en plan för eftervården. Om klienten inte har kunnat motiveras för fortsatt vård under LVM-tiden bör det finnas en plan för vilka fortsatta stöd- och hjälpinsatser socialtjänsten planerar. Detta skall dokumenteras i journalen.

Enligt SiS mening står det klart att AA inte borde ha skrivits ut den 29 september 1999. Syftet med tvångsvården var då uppenbarligen inte uppnått och AA var då inte omhändertagen av sjukvården eller annan på ett sådant sätt att utskrivning borde komma i fråga. AA borde i stället – liksom skett vid flera tillfällen tidigare under

vårdtiden enligt LVM – genom LVM-hemmets försorg och under pågående vårdtid enligt LVM ha beretts tillfälle till den hälso- och sjukvård som han kunde ha behövt.

Det har vidare ålegat institutionschefen att före beslutet om utskrivning samråda med socialnämnden (26 § LVM). Såvitt framgår av institutionschefens yttrande har så inte skett. Om socialtjänsten inte ens informerats i förväg om att utskrivning övervägdes, borde institutionschefen inte i beslutet ha angett "Socialtjänsten informerad".

SiS har utgått från att de regler som gäller i fråga om utskrivning från LVM-hem varit väl kända inom organisationen och att de tillämpats på ett korrekt sätt. Mot bakgrund av vad som framkommit i detta ärende har SiS dock funnit anledning att påminna institutionscheferna vid samtliga LVM-hem om vad som gäller.

Avslutningsvis vill SiS anföra att frågan om ansvarsfördelningen mellan SiS och landstingen när det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser, särskilt psykiatri, sedan länge ansetts som ett problem. SiS har under 1999 haft i uppdrag av regeringen att i samarbete med Landstingsförbundet undersöka möjligheterna att tydliggöra ansvarsfördelningen. SiS redovisning av det regeringsuppdraget bifogas för kännedom (SiS dnr 120-697-99).

Till SiS:s yttrande hade fogats en redogörelse av institutionschefen BB vid Hornö LVM-hem. Han anförde följande (åberopade bilagor har här utelämnats).

Som framgår av handlingarna kring berörd klient finns mycket dokumenterat både när det rör missbruk, kriminalitet och psykisk problematik.

Vistelsen på Hornö var en konsekvens efter misslyckande på Gudhem och Håkanstorp. Av bilaga 1, 2 och 3 framgår det tolkningsunderlag av problematiken rörande AA som ligger till grund för beslutet.

Mitt beslut om att avsluta LVM-vården grundar sig på att det inte kan vara LVM-lagstiftningens intentioner att en klient under sin vistelse på ett LVM-hem upprepade gånger försöker ta sitt liv. En verksamhet kan inte drivas varken ur personal- eller klientsynpunkt om en institution skulle trots en klients många allvarliga suicidförsök ej vidtaga åtgärder. I detta fall har läkare remitterat en klient till hempsykiatri som väl känner till problemets art. Tidigare medicineringsförsök och ECT-behandling talar ett klart och tydligt språk över nivån på den psykiska problematiken.

Mitt beslut att efter läkarremiss till den psykiatriska kliniken vid Lillhagens sjukhus avsluta LVM är en följd av den info som kommer fram från läkaruttalanden i bilaga 1–3.

Socialtjänsten informerades när jag tagit mitt beslut, att det i utskrivningsbeslutet står "ändamålet med vården är uppnådd" är en mening tagen ur sitt sammanhang. Det står faktiskt att klienten är utskriven till psykiatrisk klinik efter remiss från konsultläkare vid institutionen. Jag är lika bestört över konsekvensen att Lillhagens sjukhus har skrivit ut klienten utan att göra en bedömning och riktig observation. Vilken lagstiftning skall kunna hantera personer som upprepade gånger försöker ta sitt liv om inte psykiatri inom ramen för LPT.

Socialstyrelsen anförde i sitt yttrande följande.

Socialstyrelsen har genom Regionala tillsynsenheten i Göteborg införskaffat yttrande från vårdenhetsöverläkaren FF, avdelning 37, Psykiatri/Östra, Sahlgrenska universitetssjukhuset, samt aktuella journalhandlingar. Ärendet har därefter granskats av Göteborgsenhetens föredragande läkare inom psykiatri, GG.

Enligt Socialstyrelsens bedömning har patienten under den aktuella perioden våren, sommaren och hösten 1999 lidit av en komplex och allvarlig så kallad dubbeldiagnosproblematik, bestående i en bakgrund med ett destruktivt drogmisbruk som allvarligt försämrat hans psykiska hälsa. Efter två självmordsförsök lades patienten in på Psykiatri/Östra för bedömning och observation. Efter tre dygn vill patienten bli utskriven och ansvarig läkare gör bedömningen att självmordsrisken vid dåvarande tidpunkt är liten. Patienten bedöms

av utskrivande läkare som "balanserad" och icke deprimerad. Plan för uppföljning inför planerad litiumbehandling görs upp med patienten varefter han skrivs ut. Dokumentationen i journalen i samband med utskrivningssamtalet den 1 oktober 1999 är sparsam. Enligt Socialstyrelsens uppfattning borde en mer strukturerad bedömning av självmordsrisken ha gjorts och dokumenterats med hänsyn till patientens aktuella problematik med hög grad av självdestruktivitet inklusive självmordshandlingar. Med hänsyn till att ansvarig läkare funnit att patienten vid utskrivningen inte visat tecken på depression och bedömt att "Pat ser balanserad ut" anser styrelsen dock att någon kritik inte kan riktas mot ansvarig läkare för att patienten skrevs ut. Ansvarig läkare fann vidare att förutsättningarna för konvertering (övergång från frivillig vård till tvångsvård enligt 11 § LPT) inte förelåg och patienten samtyckte också till uppföljning i öppen vård. Mot bakgrund härav anser Socialstyrelsen att man trots den mycket korta vårdtiden efter de allvarliga självmordsförsöken inte hade möjlighet att mot patientens vilja fortsätta vården på sjukhuset.

Till Socialstyrelsens yttrande hade fogats en redogörelse som upprättats av vårdenhetsöverläkaren FF vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. I redogörelsen anfördes följande.

På begäran av chefläkaren utfärdas detta utlåtande, som är avsett att besvara de frågor som blivit ställda till mig i en begäran från chefläkaren daterad 2000-03-20.

AA, som även fortsättningsvis kommer att kallas patient, har varit känd för mig sedan 27 juli 1987 då han första gången blev inlagd på Lillhagsparken

1. Sammanlagt har han varit föremål för fyra slutenvårdsperioder. De två första gångerna under diagnoserna F 19.1 Blandmissbruk och F 11.2 Heroinmissbruk. De två sista vårdtillfällena samma diagnoser med tillägg av Antisocial personlighetsstörning F 60.2.

När en person blir inlagd på avdelning 37, som är en avdelning avsedd för missbrukare med samtidig allvarligare psykisk störning, sker en sedvanlig psykiatrisk undersökning som består i ett växlande antal läkarundersökningar med i regel semistrukturerad samtalsundersökning. Vid sidan om detta sker en ständig övervakning av vårdpersonal, som rapporterar löpande och i större sammanhang i ett team en gång i veckan samt medicinsk genomgång en gång varje vardag. Till detta kommer vid behov varierande kroppsliga undersökningar såsom blodprover och röntgenundersökning. Dessa prover sker inte rutinmässigt utan endast när det finns kliniska skäl. Pga brist på testkunnig psykolog kan psykologisk testning som stöd för en viss diagnostisk misstanke tyvärr endast ske i sällsynta fall.

Vid det senaste vårdtillfället, 1999-09-29 till 1999-10-01, undersöktes patienten, som framgår av journalhandlingarna, av sammanlagt tre läkare. Den första läkaren som handlade den aktuella inläggningen, HH, diskuterar i journalen om det föreligger en eventuell depression eller psykisk sjukdom, dock utan att personligen träffa patienten. Dr JJ negerar i sin intagningsanteckning att patienten skulle ha självmordstankar. Samma gör nästa läkare, KK, som skriver i en anteckning 1999-09-30 att patienten "förnekar aktuella suicidtankar".

Det finns journalfört att patienten erhållit 3 ECT-behandlingar i Falköping samma år med gott resultat. Denna anteckning (1999-09-30) stämmer inte. ECT-behandlingarna i Falköping avbröts då patienten misstänktes för att ha stulit recept och han blev då utskriven och någon effektutvärdering gjordes inte.

Undertecknad själv undersökte patienten i samband med att han önskade sig utskriven. Jag fann då att patienten inte hade någon depressiv förstämning och mot bakgrund av redan gjorda iakttagelser blev min bedömning av suicidrisken i det läget var mycket liten. Någon konvertering (omvandling av frivillig vård till tvångsvård enligt Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård) kunde inte göras och den planering som gjordes för den fortsatta öppenvården verkade tillfredsställande och patienten skrevs ut.

Som framgår av handlingarna hittades patienten senare samma dags kväll död på en toalett på en central restaurang. Eftersom det i detta läget var oklart om det rörde sig om ett suicid meddelades dödsfallet till verksamhetschef/chefsöverläkare LL 1999-10-06.

Av den rättsmedicinska rapporten framgår att det sannolikt har rört sig om en överdos.

Antisocial personlighetsstörning är en både viktig och svår diagnos. Egentligen önskar man sig en föregående barnpsykiatrisk diagnos på Beteendestörning. Av den förklarande texten till ICD-10 framgår att personen skall uppvisa "bristande hänsynstagande till sociala förpliktelser och andra mänskors känslor", att det finns "en stor diskrepans mellan beteende och rådande sociala normer", att beteendet "knappast modifieras av obehagliga erfarenheter, inklusive straff" samt att "frustrationströskeln är låg och detsamma gäller för aggression, inklusive våldshandlingar" vidare att "det finns en tendens att skylla på andra eller att bortförklara beteenden som leder till konflikt med samhället genom trovärdiga rationaliseringar".

Min uppfattning är att AA uppfyllde alla dessa kriterier, journalförda, och att diagnosen därför med en tillfredsställande sannolikhet kunde sättas. Diagnosen finner vidare stöd i den rapportering som patientens moder själv lämnade om hans barndomsförhållanden.

Till Socialstyrelsens remissvar hade fogats handlingar ur AA:s journal vid Sahlgrenska universitetssjukhuset.

AA:s mor och Bergsjöns stadsdelsförvaltning kommenterade remissvaren.

BB fick tillfälle att yttra sig över remissvaren från SiS och Socialstyrelsen.

JO hade tillgång till bl.a. Länsrättens i Göteborg dom i målet angående vård enligt LVM och LVM-hemmets beslut att skriva ut AA från hemmet.

I ett beslut den 9 juli 2001 anförde *JO André* följande.

Som framgår av vad som antecknats ovan under rubriken Bakgrund avled AA den 1 oktober 1999. Det kan inte uteslutas att AA själv berövade sig livet genom en överdos av narkotika. Utredningen i ärendet här ger emellertid inte något säkert belägg för att AA hade den avsikten. Jag vill därför framhålla att min bedömning av ärendet grundas på det antagandet att AA inte begick självmord.

Socialnämnden har ett särskilt ansvar för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Nämnden skall aktivt sörja för att en enskild missbrukare får den hjälp och vård som han behöver för att komma ifrån missbruket. Socialtjänstens insatser för en missbrukare bygger på frivillighet från den enskildes sida. En missbrukare skall dock beredas vård oberoende av eget samtycke under de förutsättningar som anges i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Vård enligt LVM skall enligt 4 § första stycket LVM beslutas, om någon till följd av ett fortgående missbruk av bl.a. narkotika är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (1980:620), SoL, eller på något annat sätt och han till följd av missbruket

1. utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
2. löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller

3. kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Vården enligt LVM skall syfta till att motivera missbrukaren så att han kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Tvångsvården lämnas genom hem som är särskilt avsedda för att lämna vård enligt LVM (se 22 § LVM). För missbrukare som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall det enligt 23 § LVM finnas LVM-hem som är anpassade för sådan tillsyn.

Ett LVM-hem har en styrelse som utses av Statens institutionsstyrelse (SiS). Hemmets styrelse förestår vården i den mån uppgiften inte har överlåtits på en särskild föreståndare (22 § LVM). Om intagning i och om utskrivning från ett LVM-hem beslutar den som förestår vården (25 § andra stycket LVM).

AA vårdades enligt LVM under tiden maj till september 1999. Enligt en PM som bifogats stadsdelsnämndens JO-anmälan hade AA under den tiden tagit en s.k. överdos narkotika och utövat olika former av våld mot sig själv vid fem tillfällen. AA kom till Hornö behandlingshem den 30 juli 1999. Efter placeringen där vårdades han vid sjukhus enligt följande.

30.7 –31.7 Ulleråkers sjukhus (avvek 31.7)

4.8–6.8 Södersjukhuset/Ulleråkers sjukhus

7.8–10.8 Lillhagens sjukhus

15.9–20.9 Ulleråkers sjukhus

När AA kom tillbaka till Hornö efter den sista vistelsen på Ulleråkers sjukhus ”skar” han sig den 27 september 1999 och följande dag försökte han att hänga sig.

Fråga om att på nytt bereda AA vård vid sjukhus väcktes. I en remiss daterad den 28 september 1999 till Lillhagens sjukhus anförde CC, Hornös konsultläkare, bl.a. följande.

Tiden på Hornö har vårdmässigt till större delen fokuserats på att förhindra självdestruktivitet och självmordshandlingar. Senast idag lyckades personal i sista stund avbryta ett hängningsförsök i lakan. – – – I går slet han en kniv av personal och skar sig. Han har nyligen vårdats på avd 11 UAS och skar sig även på avd. M.a.o. Patientens problematik har till större delen handlagts ur psykiatrisk synvinkel än att hålla honom drogfri. Situationen är nu helt ohållbar!! Pat. är bedömd av mig och öl MM tox.klin. Uppsala. Han bedöms lida av Borderline personlighetsstörning med ”tomhetsdepression”. Han har prövat flera antidepr. utan effekt. Den förvärras av hans levnadssätt med kriminalitet och drogmissbruk samt utanförskap. Vår bedömning är att vistelse på Hornö är bra på ett sätt: Han blir drogfri men måste använda Iktorivil. Däremot är vistelsen på Hornö sämre på många sätt: Han mår sämre och tidvis mycket dåligt ur psykiatrisk synpunkt, vilket hans många s-handlingar pekar på. Det finns inga förutsättningar att kunna fullfölja vårdprogrammet eftersom det innebär utslussning till öppnare former genom flera vårdavd. och miljöer med byte av personal och ständig omsättning av vårdtagare. Detta ökar hans ångest och leder till självdestruktivitet. Han bedöms vara i behov av en miljö som är så lugn och strukturerad som möjligt och här tror vi liksom pat. att ett familjehem i trygg miljö och tillgång till kognitiv terapi för att lära sig att hantera sin ångest kan vara ett bra alternativ.

1. Min bedömning är att LVM avbryts och soc kommer att kontaktas för detta
2. Att han behöver omgående psykiatrisk vård för sina självmordstankar, självdestruktivitet och ångest
3. Att soc kopplas in under vårdtiden för samverkan till annan vårdform efter utskrivning ex familjehem se ovan.

Pat. kommer till er med transport 990929.

BB beslutade den 29 september 1999 att AA skulle skrivas ut från hemmet och föras till Lillhagens sjukhus för vård. AA bedömdes emellertid vid sjukhuset inte kunna bli föremål för tvångsvård där och när AA den 1 oktober 1999 uttryckte önskemål om att få lämna sjukhuset skrevs han därför ut. BB har i sitt yttrande till JO ifrågasatt sjukhusets bedömning och synes göra gällande att det var mer eller mindre uppenbart att AA hade behov av psykiatrisk vård vid sjukhuset.

Om den som är intagen i ett LVM-hem behöver sjukhusvård, skall han beredas tillfälle till sådan vård (24 § andra stycket LVM). Vård vid sjukhus förutsätter i princip den enskildes samtycke. Den enskildes hälsotillstånd kan dock ibland vara sådant att vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) aktualiseras. I denna del kan jag hänvisa särskilt till vad som anfördes i förarbetena till 1981 års LVM-lagstiftning (prop. 1981/82:8 s. 85 f. och socialutskottets betänkande SoU 1981/82:22 s. 22).

Vård enligt LPT skall syfta till att den som är i oundgängligt behov av psykiatrisk vård som ges efter intagning på en sjukvårdsinrättning blir i stånd att frivilligt medverka till erforderlig vård och ta emot det stöd han behöver. Förutsättningarna för vård enligt LPT anges i 3 §. Enligt den lydelse som stadgandet hade vid den tid som avses i detta ärende, gällde att vård enligt LPT fick ges endast om

1. patienten lider av allvarlig psykisk störning,
2. patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård, och
3. patienten motsätter sig sådan vård som sägs i 2 eller till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan.

Vid bedömning av vårdbehovet enligt punkt 2 skall även beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa (3 § tredje stycket LPT).

Om en patient var intagen på en sjukvårdsinrättning för frivillig psykiatrisk vård, fick chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdades, enligt 11 § LPT i dess lydelse före den 1 juli 2000, utan hinder av att vårdintyg inte hade utfärdats, besluta om tvångsvård när förutsättningarna enligt 3 § LPT förelåg och patienten till följd av sin psykiska störning kunde befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan.

Frågan om ansvarsfördelningen mellan socialtjänst och sjukvård när det gäller vården av missbrukare med psykiska störningar är inte helt enkel och saken har behandlats i flera sammanhang. Några detaljerade riktlinjer för hur ansvaret skall fördelas mellan landstingen som ansvariga för den psykiatriska vården och primärkommunerna som svarar för socialtjänsten har inte lämnats i förarbetena till socialtjänstlagen eller hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Det torde stå klart att landstingets hälso- och sjukvård är ansvarig för avgiftningen av en missbrukare och behandlingen av akuta psykiska komplikationer till missbruket. Åtminstone tidigare rådde dock större oklarhet när det gällde ansvarsfördelningen i fråga om de långsiktiga rehabiliteringsinsatserna när den enskildes missbruk kan ses som en komplikation till en psykisk störning (se bl.a. prop. 1987/88:147 s. 27).

Vid tillkomsten av LPT anförde föredragande statsrådet att kombinationen primär psykisk störning och ett till denna störning sekundärt missbruk är förhållandevis vanlig. Om den psykiska störningen i de s.k. kombinationsfallen var svår skulle enligt propositionen behandlingsuppgiften falla inom psykiatrins ansvarsområde också om problematiken tar sig uttryck i t.ex. ett intensivt drogmissbruk. Först om missbruket kan ses som det grundläggande i kombinationssituationen bör den psykiatriska tvångsvården i förhållande till tvångsvård inom socialtjänsten ses som en sistahandsutväg för att klara de allvarliga psykiska komplikationerna till missbruket (prop. 1990/91:58 bil. 1 s. 93).

På grund av händelserna den 27 och 28 september 1999 fann BB skäl att aktualisera frågan om huruvida AA behövde kvalificerad psykiatrisk vård. Sådan vård kunde knappast beredas AA vid LVM-hemmet, och AA fördes därför till Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg där han vistades fram till den 1 oktober då han skrevs ut från sjukhuset.

Enligt de daganteckningar som fördes vid sjukhuset inträffade inte några incidenter under vårdtiden. I en sammanfattande journalanteckning (epikris) den 1 oktober 1999 ställde vårdenhetsöverläkaren FF diagnosen antisocial personlighetsstörning, heroinmissbruk och missbruk av bensodiazepiner. Vid samtal med AA den 1 oktober 1999 fann FF inte att patienten hade någon depressiv förstämning, och mot bakgrund av redan gjorda iakttagelser bedömde FF att risken för att AA skulle begå självmord var liten. Enligt FF:s mening fanns inte någon grund för att bereda AA vård enligt LPT.

När det gäller sjukvårdens bedömning om AA:s psykiska tillstånd i samband med att han skrevs ut från sjukhuset har jag inhämtat yttrande från Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har i sitt remissvar framhållit att en mer strukturerad bedömning av självmordsrisken borde ha gjorts och dokumenterats med hänsyn till patientens aktuella problematik med hög grad av självdestruktivitet inklusive självmordshandlingar. Med hänsyn till att AA vid utskrivningen inte ansågs ha visat några tecken på depression och enligt läkarens uppfattning föreföll vara balanserad, fann Socialstyrelsen dock inte anledning att rikta någon kritik mot den ansvarige läkaren för att AA skrevs ut från sjukhuset.

Vad som kommit fram i ärendet utgör inte skäl för mig att ha någon annan uppfattning än den som Socialstyrelsen har redovisat när det gäller sjukhusets agerande. Jag vill här erinra om att jag inledningsvis framhållit att utgångspunkten för min bedömning är att det inte med säkerhet kan slås fast att AA själv berövade sig livet efter utskrivningen från sjukhuset.

Även om det visade sig att det inte förelåg förutsättningar för att bereda AA vård enligt LPT delar jag till fullo BB:s ståndpunkt att det fanns skäl att på nytt väcka frågan om AA borde beredas psykiatrisk vård vid sjukhus. Jag har därför inte någon erinran mot att LVM-hemmet förde AA till Sahlgrenska universitetssjukhuset. Däremot vill jag ifrågasätta BB:s beslut att i samband därmed skriva ut AA från LVM-hemmet. Det beslutet innebar att vården enligt LVM avslutades. I denna del får jag anföra följande.

AA hade under försommaren 1999 ansetts vara i behov av vård enligt LVM. AA:s förhållanden hade inte ändrats på sådant sätt att han inte längre behövde vård på grund av sitt missbruk. Ändamålet eller syftet med vården enligt LVM hade således inte upphört. Under LVM-vården hade kommit fram att AA hade påtagliga psykiska problem. Självfallet är det inte meningen att psykiskt sjuka personer skall vårdas inom ramen för LVM. Det är dock, som framgått ovan, inte ovanligt att det finns en kombination av psykiska problem och problem med missbruk. Jag vill härvid peka på att det i 4 § andra stycket LVM stadgas att om någon för kortare tid ges vård med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), hindrar detta inte ett beslut om tvångsvård enligt LVM. Om vården inom psykiatri skulle komma att pågå under längre tid, torde vården enligt LVM kunna upphöra genom att missbrukaren skrivs ut från LVM-hemmet (se härom prop. 1983/84:174 s. 29, prop. 1990/91:58 bil. 1 s. 93 och Socialstyrelsens, numera upphävda, allmänna råd 1989:3, LVM Tillämpningen av lagen).

Inför beslutet om utskrivning av AA från LVM-hemmet samrådde BB med läkare och därvid diskuterades AA:s behov av psykiatrisk vård. Även för en läkare kan det vara en vanskelig uppgift att avgöra huruvida en enskild kommer att bli föremål för psykiatrisk vård. Särskilda svårigheter föreligger när det gäller att bedöma om tvångsvård kan bli aktuell. Även om omständigheterna talade för att AA behövde vård var det inte uppenbart att han skulle beredas vård vid sjukhuset under någon längre tid. BB borde därför ha väntat med att besluta om eventuell utskrivning av AA från LVM-hemmet till dess det förelåg besked från sjukhuset om planeringen för AA. Om LVM-vården hade bestått när AA skrevs ut från sjukhuset, skulle AA ha förts tillbaka till LVM-hemmet och sjukhuset skulle ha haft möjlighet att hålla kvar honom i avvaktan på transporten (se 24 § tredje stycket LVM). Eftersom LVM-vården hade upphört när AA skrevs ut från sjukhuset lämnades således AA utan det stöd han var i behov av. Även med beaktande av att BB hade konsulterat läkare före beslutet att skriva ut AA från hemmet, finns det anledning att ställa sig starkt kritisk till BB:s handlande.

Jag vill avslutningsvis framhålla att föreståndaren för ett LVM-hem skall samråda med socialtjänsten när det gäller vården av en missbrukare. Enligt 26 § LVM skall

samråd alltid ske före överflyttning till ett annat hem och före utskrivning. I förevarande fall underrättade BB först i efterhand den ansvariga nämnden om att AA hade skrivits ut från hemmet. BB har därmed åsidosatt sina förpliktelser enligt den nämnda bestämmelsen.

Som SiS har anført i sitt yttrande hit finns det flera problem när det gäller vården av psykiskt störda missbrukare som vårdas enligt LVM. SiS har till sitt yttrande fogat en rapport den 29 november 1999: Ansvarsfördelningen mellan Statens institutionsstyrelse och landstingen. Några enkla lösningar på problemen finns inte. Jag vill för egen del understryka vikten av fortlöpande diskussioner mellan LVM-hem, sjukvård och socialtjänst i syfte att uppnå en god samordning när det gäller att tillhandahålla adekvata insatser för den enskilda missbrukaren.

Med den allvarliga kritik mot LVM-hemmet som innefattas i det ovan anförda avslutas ärendet här.