

IVO	
Ink	2021-09-22
Doss	10.1
Dnr	23298/2019-4

Uttalanden i vissa frågor om tvångsanvändning vid psykiatrisk heldygnsvård av underåriga patienter

Beslutet i korthet: ChefsJO har inom ramen för ett initiativärende granskat vissa frågor som rör barns rättsliga ställning inom den psykiatriska heldygnsvården.

I beslutet uppmärksammar chefsJO att det finns oklarheter i flera centrala avseenden när det gäller behandlingen av dessa barn, bl.a. i fråga om barnets egen inställning i förhållande till vårdnadshavarnas ansvar för barnets hälso- och sjukvård, i vilka situationer det behövs ett beslut om vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) för att vårda ett barn mot dess vilja och de närmare förutsättningarna för att ge barnet behandling utan samtycke med stöd av 17 § LPT. ChefsJO konstaterar också att det inte är närmare reglerat vilket tvång som vårdpersonalen har rätt att använda för att få till stånd en behandling utan samtycke enligt 17 § tredje stycket LPT och att det rättsliga stödet för det tvång som faktiskt används inom tvångsvården i dag kan ifrågasättas. Detta är enligt chefsJO djupt otillfredsställande.

Vidare uttalar chefsJO att det från ett rättssäkerhetsperspektiv givetvis är angeläget att hälso- och sjukvårdslagstiftningen är tydlig och tillämpas enhetligt över hela landet. Det är särskilt viktigt med tydliga regler och vägledande förarbetsuttalanden i de fall där ingripande beslut, om exempelvis behandling utan samtycke eller rent av med hjälp av fysiskt tvång, inte kan överklagas och ytterligare ledning inte går att få genom rättspraxis på området. ChefsJO uttalar att konsekvenserna av den knapphändiga regleringen av barns rättsliga ställning inom hälso- och sjukvården blir att bedömningen av svåra frågor om grundläggande rättigheter överläts till sjukvårdspersonalen, vilket är mycket otillfredsställande.

Sammantaget konstaterar chefsJO att det finns behov av ytterligare klargöranden när det gäller förutsättningarna för vård och behandling av barn inom hälso- och sjukvården oberoende av barnets och vårdnadshavarnas vilja. Regeringen har nyligen gett en särskild utredare i uppdrag att se över vissa frågor enligt bl.a. LPT. Utredningen omfattar dock enligt direktiven endast vissa av de frågor som berörs i detta ärende. ChefsJO finner därför anledning att uppmärksamma regeringen på behovet av en översyn av lagstiftningen som på ett mer fullständigt sätt kan komma till rätta med de brister som berörts.

Innehållsförteckning

1. Initiativet	4
2. Utredning	4
2.1 Inspektion av BUP Haldygnsvård i Stockholm	4
2.2 Inspektion av BUP Haldygnsvård i Malmö	5
2.3 Fortsatt utredning	5
3. Rättslig reglering	5
3.1 Vissa grundläggande bestämmelser	5
3.2 Allmänt om frivillig hälso- och sjukvård	6
3.3 Vårdnadshavares rättigheter och skyldigheter	7
3.4 Psykiatrisk tvångsvård	8
3.5 Journalföring	10
3.6 Brottsbalkens nödbestämmelse	10
4. Bedömning	11
4.1 Allmänna utgångspunkter	11
4.2 Barns rättsliga ställning i hälso- och sjukvården	12
4.2.1 Förhållandet mellan barnets vilja och vårdnadshavarens inställning	12
4.2.2 Generella möjligheter till vård utan samtycke	13
4.2.3 Tvång som utövas av vårdnadshavare eller med vårdnadshavarens samtycke	14
4.2.4 Barn och LPT	15
4.2.5 Särskilt om vårdnadshavarnas delaktighet	17
4.2.6 Slutsatser i denna del	18
4.3 Tillförsel av läkemedel och näring med stöd av tvångslagstiftningen	19
4.3.1 Ätstörning som en allvarlig psykisk störning	19
4.3.2 Allmänna förutsättningar för behandling utan samtycke enligt 17 § LPT	19
4.3.3 Tillförsel av näring och vätska med stöd av 17 § tredje stycket LPT	20
4.3.4 Tillvägagångssätt vid tillförsel av näring och läkemedel via sond mot patientens vilja	22
4.3.5 Särskilt om fastspänning och fasthållning i LPT	22
4.3.6 Förhållandet mellan 17 § LPT och nödrätten	24
4.3.7 Dokumentation och rapportering	25
4.3.8. Slutsatser i denna del	25
4.4 Det enskilda fallet	26

4.5 Avslutande synpunkter.....	27
Bilaga	
Socialstyrelsens yttrande.....	1
Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) yttrande	9
Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) yttrande.....	16
Regionstyrelsen för Region Skånes yttrande	19

1. Initiativet

Den 15–19 juni 2017 genomförde JO:s Opcat-enhet en inspektion av barn- och ungdomspsykiatri, BUP, i Stockholm (BUP Haldygnsvård) inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), Region Stockholm (JO:s ärende med dnr 3816-2017). Efter inspektionen hämtades vissa handlingar in och granskades. I protokollet beslutade jag att öppna ett särskilt initiativärende med anledning av vad som kommit fram vid inspektionen om förhållandena för en underårig patient som mot sin vilja tillfördes näring och läkemedel via sond.

2. Utredning

2.1 Inspektion av BUP Haldygnsvård i Stockholm

I protokollet från inspektionen av BUP Haldygnsvård i Stockholm antecknades under rubriken Tvångsätgärder bl.a. följande:

Särskilt om en patient som mot sin vilja tillfördes näring och medicin via en sond

Av rutinen Lokala rutiner för omvårdnad av barn och ungdomar vid sondning med tvång (Barn och ungdomspsykiatriska kliniken Stockholm. 2010-07-07, tillägg 2014-12-15) framgår: "En patient som vårdas med LPT får enligt Socialstyrelsen endast sondas med tvång vid livshotande tillstånd". Vidare framgår det att ett beslut om sondning med tvång ska fattas inför varje tillfälle, och alltså inte kan utföras enligt en stående ordination.

En LPT-patient var sedan några veckor före inspektionen intagen för att hon gradvis hade slutat att äta och dricka. En överläkare uppgav att patienten borde behandlas inom den somatiska vården, men hon blir inte mottagen där. Patienten hade ännu inte fått någon psykiatrisk diagnos. Några av de läkare som kunde fatta ett beslut om att använda sond hade, med stöd av rutinen, inledningsvis inte velat göra det med hänvisning till att det vid tillfället inte förelåg ett livshotande tillstånd för patienten. Efter påtryckning av patientens föräldrar fick patienten nu, mot sin vilja, näring, vatten och medicin via en sond två gånger per dygn. Varje sondtillfälle tog ca 15 minuter och fem anställda deltog.

— — —

Personal framhöll att det har varit frustrerande för dem att läkarna inledningsvis hade olika uppfattning vad gäller användningen av sond på patienten, och att det dröjde innan de fick besked om de inte får tvinga patienten upp ur sängen mot hennes vilja.

I samband med en avslutande genomgång gavs representanter för kliniken möjlighet att kommentera de iakttagelser som gjorts vid inspektionen. Under rubriken Frågor med anledning av att tvångsätgärder vidtas antecknades bl.a. följande:

Särskilt om en patient som mot sin vilja tillfördes näring och medicin via en sond

Ledningen uppgav att det enligt rutinen krävs ett livshotande tillstånd för att ett vårdintyg ska kunna utfärdas i syfte att inleda en behandling som omfattar användning av sond med tvång. Det anges i rutinen att det krävs att det föreligger vitalindikation inför varje sondtillfälle. För den aktuella patienten har kliniken dock gjort en vid tolkning som innebär att det inte behöver föreligga ett livshotande tillstånd varje gång.

2.2 Inspektion av BUP Haldygnsvård i Malmö

Den 9–11 april 2019 genomförde jag och mina medarbetare en inspektion av BUP Haldygnsvård i Malmö inom Region Skåne (JO:s ärende med dnr 1559-2019). Frågor om behandling av underåriga patienter med ätstörningar uppkom även vid den inspektionen, bl.a. om tillförsel av näring via sond som utförs mot patienters vilja. I protokollet från inspektionen antecknades under rubriken Tvångsåtgärder bl.a. följande:

Användning av tvångsåtgärder vid kliniken

Vid det avslutande mötet uppgav företrädarna för kliniken bl.a. följande: Behandling av unga patienter med ätstörningsproblematik väcker svåra frågor för personalen, bl.a. från vilken ålder vård enligt LPT kan bli aktuell och vilka åtgärder en vårdnadshavare kan godkänna för barnets räkning. När det gäller tillförsel av näring via sond som genomförs utan patientens samtycke, exempelvis genom fasthållning, är det normalt bestämmelsen i 17 § tredje stycket LPT om nödvändig behandling som tillämpas. När det gäller avskiljande så händer det att kliniken stänger ner en avdelning och låter en patient vistas ensam där med personal. Det bedöms i så fall som avskiljande och ett formellt beslut fattas.

2.3 Fortsatt utredning

Rutindokument Tvångssondning med stöd av LPT, som gäller från den 1 februari 2018, hämtades in från BUP Stockholm (regnr RUT-15778-v.1.0). Vissa handlingar rörande den patient (NN) som tillfördes läkemedel och näring mot sin vilja hos BUP Stockholm begärdes även in från Förvaltningsrätten i Stockholm och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Av handlingarna framgick bl.a. att NN:s behandling hos BUP Stockholm var föremål för utredning hos IVO.

IVO fattade beslut den 14 maj 2019 i ärendet som gäller NN.

En promemoria med de iakttagelser som JO hade gjort upprättades i ärendet. Socialstyrelsen, IVO, Styrelsen för SLSO och Regionstyrelsen för Region Skåne uppmanades därefter att yttra sig över denna promemoria med ett antal särskilda frågeställningar.

JO:s sammanställning av remissvaren återfinns i en bilaga till beslutet. De särskilda frågeställningarna framgår av respektive yttrande.

Under handläggningen av ärendet kom en överläkare, A.L., in med ett yttrande till JO tillsammans med en PM om heldygnsvård av anorexipatienter som varit i bruk vid BUP Haldygnsvård i Malmö inom Region Skåne.

3. Rättslig reglering

3.1 Vissa grundläggande bestämmelser

Den offentliga makten ska enligt regeringsformen (RF) utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet (1 kap. 2 §). Var och en är mot det allmänna skyddad mot bl.a. påtvingat

kroppsligt ingrepp och frihetsberövanden (2 kap. 6 och 8 §§ RF). Dessa grundläggande fri- och rättigheter kan endast begränsas genom lag och då bara i syfte att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle (2 kap. 20 och 21 §§ RF).

I den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) anges bl.a. att envars rätt till liv ska skyddas genom lag (artikel 2.1). Där föreskrivs emellertid också att ingen får utsättas för omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (artikel 3) samt att var och en har rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv (artikel 8.1).

FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen) blev svensk lag den 1 januari 2020 (se lagen [2018:1197] om FN:s konvention om barnets rättigheter). Som barn räknas enligt konventionens första artikel varje människa under 18 år. Som en övergripande princip gäller enligt artikel 3 att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ. I konventionen erkänner konventionsstaterna vidare barnets rätt till bl.a. liv och utveckling (artikel 6), att få uttrycka sina åsikter i frågor som rör barnet självt och att få dem beaktade, i förhållande till ålder och mognad (artikel 12), skydd för sitt privatliv (artikel 16), skydd mot alla former av fysisk och psykisk misshandel, övergrepp eller vanvård (artikel 19) samt bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering (artikel 24). Rättigheterna ska tillförsäkras varje barn utan åtskillnad (artikel 2.1).

3.2 Allmänt om frivillig hälso- och sjukvård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § andra stycket HSL). En utgångspunkt är att vården ska vara frivillig och genomföras i samråd med den som är i behov av vård. Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls, vilket bl.a. innebär att vården särskilt ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (5 kap. 1 § 3 HSL). Vården ska ha en medmänsklig och förstående inriktning och genomföras i samråd med patienten. Eftersom vården är helt frivillig kan en patient motsätta sig att en viss vårdåtgärd vidtas (prop. 1984/85:181 s. 96).

En motsvarande bestämmelse om patientens självbestämmande och integritet finns i 4 kap. 1 § patientlagen (2014:821). I patientlagen slås även fast att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag. Ett samtycke kan lämnas skriftligen, muntligen eller genom att patienten på annat sätt visar att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden (4 kap. 2 § patientlagen). När patienten är ett barn ska barnets inställning till den

aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad (4 kap. 3 § patientlagen). Patienten ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas (4 kap. 4 § patientlagen). När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas (1 kap. 8 § patientlagen och 5 kap. 6 § HSL).

I patientlagen finns även bestämmelser om patientens rätt till information och delaktighet. Där anges bl.a. att patienten ska få information om sitt hälsotillstånd samt om möjligheten att välja behandlingsalternativ och att få en ny medicinsk bedömning (se 3 kap. 1 och 2 §§). När patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få den informationen (3 kap. 3 §). Vidare anges att hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten (5 kap. 1 §) och att patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta (5 kap. 3 §).

3.3 Vårdnadshavares rättigheter och skyldigheter

Vårdnadshavares ansvar för sina barn regleras i 6 kap. föräldrabalken. Där anges bl.a. att vårdnadshavaren ska se till att barnets behov av omvårdnad, trygghet och en god fostran blir tillgodosedda (1 och 2 §§). Vidare anges att ett barns vårdnadshavare har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter (6 kap. 11 §). Vårdnadshavaren ska därvid i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål. Står barnet under vårdnad av två vårdnadshavare, ska vad som sägs i bl.a. 11 § gälla dem tillsammans (6 kap. 13 § första stycket). Står barnet under vårdnad av två vårdnadshavare och samtycker endast den ena till en åtgärd till stöd för barnet, får socialnämnden besluta att åtgärden får vidtas utan den andra vårdnadshavarens samtycke om det krävs med hänsyn till barnets bästa och åtgärden gäller bl.a. psykiatrisk eller psykologisk utredning eller behandling som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (6 kap. 13 a § första stycket 1).

I barnkonventionen anges att konventionsstaterna ska respektera det ansvar och de rättigheter och skyldigheter som tillkommer barnets föräldrar eller annan vårdnadshavare att på ett sätt som står i överensstämmelse med den fortlöpande utvecklingen av barnets förmåga ge lämplig ledning och råd då barnet utövar de rättigheter som erkänns i barnkonventionen (artikel 5). Vidare anges att barnets föräldrar eller andra vårdnadshavare gemensamt har huvudansvaret för barnets uppföstran och utveckling, med statens stöd (artikel 18). Det är dock konventionsstaterna som ytterst ansvarar för att barns rättigheter förverkligas, och staterna ska därför vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder och administrativa åtgärder (se artikel 3.1 och 18.1).

Det är ytterst de kommunala socialnämnderna som ansvarar för att barn växer upp under goda och trygga förhållanden. Socialnämnderna har dels ett särskilt ansvar för barn och unga enligt socialtjänstlagen (2001:453), dels en möjlighet att omhänderta barn som far illa enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Enligt LVU ska vård bl.a. beslutas om det på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas (2 §).

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa (14 kap. 1 § socialtjänstlagen, och jfr 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen [2009:400], OSL).

Enligt 12 kap. 3 § OSL gäller sekretess till skydd för en enskild, om den enskilde är underårig, även i förhållande till dennes vårdnadshavare. Sekretessen gäller dock inte i förhållande till vårdnadshavaren i den utsträckning denne enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör den underåriges personliga angelägenheter, såvida inte det kan antas att den underåriga lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren, eller det annars anges i offentlighets- och sekretesslagen. Om sekretess inte gäller i förhållande till vårdnadshavaren förfogar denne enligt 2 § ensam eller, beroende på den underåriges ålder och mognad, tillsammans med den underåriga över sekretessen till skydd för den underåriga.

3.4 Psykiatrisk tvångsvård

I 1 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, anges att föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen gäller all psykiatrisk vård samt att kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) ges i denna lag.

Av 2 § framgår att tvångsvård enligt LPT ges som sluten psykiatrisk tvångsvård eller, efter sådan vård, som öppen psykiatrisk tvångsvård. Vård som ges när patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning benämns sluten psykiatrisk tvångsvård. Annan vård enligt LPT benämns öppen psykiatrisk tvångsvård. Enligt bestämmelsens andra stycke ska tvångsvården syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.

Tvångsåtgärder vid vård enligt LPT får endast användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden (2 a § LPT). Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas. Tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt

medverka till vård (2 b § LPT). De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.

Enligt 3 § LPT får tvångsvård endast ges om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och 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 (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård). En förutsättning för vård enligt LPT är att patienten motsätter sig sådan vård, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

I 17 § LPT föreskrivs att i fråga om behandlingen under vårdtiden ska samråd äga rum med patienten när det kan ske. Samråd ska ske också med patientens närstående, om det inte är olämpligt. Behandlingsåtgärderna ska anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården enligt 2 § andra stycket. Om det är nödvändigt får patienten, efter chefsöverläkarens beslut, ges behandling utan samtycke.

En patient får enligt 18 § LPT hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han ska vistas. Om andra åtgärder inte är tillräckliga, får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där denne ska vistas, för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården.

Chefsöverläkaren ska, så snart patientens tillstånd tillåter det, se till att patienten erbjuds ett uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd (18 a § LPT).

I 19 § första stycket LPT föreskrivs att om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. Hälso- och sjukvårdspersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd. Om det finns synnerliga skäl, får det enligt andra stycket beslutas att patienten ska hållas fastspänd längre än som anges i första stycket. Chefsöverläkaren beslutar om fastspänning. IVO ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt andra stycket.

Sedan den 1 juli 2020 finns en särskild bestämmelse i 19 a § LPT som gäller fastspänning av barn. I bestämmelsen föreskrivs att om det finns en omedelbar fara för att en patient som är under 18 år lider allvarlig skada och det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga får patienten spännas fast med bälte. Ett beslut om fastspänning fattas av chefsöverläkaren. Beslutet gäller högst en timme. Tiden för fastspänningen får förlängas genom nya beslut som gäller under högst en timme i taget. Hälso- och sjukvårdspersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd. IVO ska utan dröjsmål

underrättas om patienten hålls fastspänd under en sammanhängande tid som överstiger en timme. Det har även införts en ny bestämmelse i 22 c § LPT som anger att om en patient som är under 18 år har blivit föremål för någon eller några tvångsåtgärder i form av fastspänning, avskiljning eller inskränkning i sin rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster vid minst tre tillfällen under vårdperioden, ska IVO underrättas om dessa åtgärder.

Chefsöverläkarens beslut om intagning för tvångsvård och vissa andra beslut enligt LPT får överklagas till allmän förvaltningsdomstol (se 32 och 33 §§ LPT). Beslut om behandling utan samtycke och om tvångsåtgärder enligt bl.a. 18, 19 och 19 a §§ LPT får dock inte överklagas.

I ett mål enligt LPT ska förvaltningsrätten hålla muntlig förhandling, om det inte är uppenbart obehövligt (36 §) och patienten har i många mål rätt till ett offentligt biträde (38 a §). Om patienten har fyllt 15 år, har han rätt att själv föra sin talan i mål och ärenden enligt LPT (44 §). En patient som är yngre bör höras, om det kan vara till nytta för utredningen och det kan antas att patienten inte tar skada av att höras.

3.5 Journalföring

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten, bl.a. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder, uppgift om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny medicinsk bedömning samt uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling (3 kap. 6 § patientdatalagen [2008:355]).

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår bl.a. att vårdgivaren ska säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar, utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa, samtycken och återkallade samtycken samt patientens önskemål om vård och behandling (5 kap. 5 §).

3.6 Brottsbalkens nödbestämmelse

I brottsbalkens 24 kap. finns regler om grunder för ansvarsfrihet. Där föreskrivs bl.a. att en gärning som någon begår i nöd utgör brott endast om den med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig (24 kap. 4 §). Nöd föreligger när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse.

4. Bedömning

4.1 Allmänna utgångspunkter

Utgångspunkten i hälso- och sjukvården är att verksamheten ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Det innebär att patienten, även om patienten är ett barn, som huvudregel ska ge sitt informerade samtycke till vård och behandling (se 4 kap. 1–4 §§ patientlagen). Samtidigt har ett barns vårdnadshavare långtgående befogenheter att bestämma över barnet, bl.a. i fråga om vilka vårdande och stödjande insatser barnet ska få från hälso- och sjukvården (se 6 kap. 11 och 13 §§ föräldrabalken och prop. 2011/12:53 s. 12 f. och 15). Under vissa förhållanden kan också långtgående inskränkningar av enskildas grundläggande fri- och rättigheter medges med stöd av LPT, bl.a. när det gäller skyddet mot påtvingat kroppsligt ingrepp och frihetsberövande.

Barnets bästa ska särskilt beaktas när hälso- och sjukvård ges till ett barn (se bl.a. artikel 3 i barnkonventionen och 1 kap. 8 § patientlagen). Vad som är barnets bästa måste avgöras utifrån förhållandena i varje enskilt fall (se prop. 2013/14:106 s. 63 och 112). Bedömningen ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och ska, beroende på barnets ålder och mognad, utgå från underlag från vårdnadshavare och det som barnet själv ger uttryck för. I vissa fall kan det även vara relevant att inhämta underlag från andra personer som har kunskap om barnet. Så långt som möjligt bör såväl långsiktiga som kortsiktiga konsekvenser av att exempelvis ge eller avstå från att ge barnet viss vård eller behandling beaktas.

I JO:s verksamhet, såväl vid inspektioner och klagomålsärenden som när JO besvarar lagstiftningsremisser, aktualiseras återkommande frågor som rör behandling av barn inom den psykiatriska heldygnsvården. Såväl vårdpersonal som patienter och vårdnadshavare har vittnat om att det inom detta område finns svårigheter vid tillämpningen av barns rättigheter i förhållande till vårdnadshavarnas bestämmanderätt över barnet och tvångsvårdslagstiftningen. Centrala frågor i det här ärendet är bl.a. vems samtycke – barnets eller vårdnadshavarens – som krävs för en viss vårdinsats, i vilka situationer det kan bli aktuellt att besluta om vård enligt LPT samt under vilka förutsättningar det är möjligt att tvångsvis tillföra en underårig patient näring och läkemedel via sond.

Ärendet aktualiserar således flera komplexa frågeställningar. Jag vill redan här framhålla att JO:s uppgift är att utöva tillsyn över hur lagar och andra föreskrifter tillämpas i offentlig verksamhet. Granskningen är av rättslig art och tar främst sikte på frågan om myndigheterna handlägger sina ärenden på ett formellt riktigt sätt. JO kan inte ändra eller upphäva myndigheters beslut och brukar inte uttala sig om deras bedömningar och beslut i sakfrågor. Detta gäller särskilt när det rör sig om sakområden där JO saknar egen kompetens. Ett viktigt syfte med JO:s verksamhet är emellertid att främja rättssäkerheten och särskilt se till att medborgarnas grundläggande fri- och rättigheter respekteras i den offentliga verksamheten. JO fullgör även uppdraget som nationellt

besöksorgan (NPM) enligt det fakultativa protokollet till FN:s konvention mot tortyr (Opcat). Syftet med det uppdraget är att förebygga omänsklig behandling av människor som hålls frihetsberövade. Ombudsmännen ska vidare verka för att brister i lagstiftningen avhjälps. JO kan bl.a. undersöka om de lagar och andra föreskrifter som finns på ett visst område ger tillräcklig ledning för de myndigheter och befattningshavare som ska följa dem. Är regelverket utformat på ett sätt som försvårar en enhetlig och rättssäker tillämpning kan det vara JO:s uppgift att påtala ett eventuellt behov av författningsändring till riksdagen eller regeringen.

4.2 Barns rättsliga ställning i hälso- och sjukvården

4.2.1 Förhållandet mellan barnets vilja och vårdnadshavarens inställning

Som framgått av redogörelsen för den rättsliga regleringen har ett barns vårdnadshavare rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter men ska därvid i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål (6 kap. 11 § föräldrabalken). Av förarbetena framgår att bestämmelsen inte i sig anses innebära att vårdnadshavaren ska vara förhindrad att sätta sig över barnets vilja i de fall barnets bästa kräver det, men att det ska göras en individuell bedömning i varje fall (se prop. 1981/82:168 s. 24 f.).

Frågan om vilket inflytande barn ska ha i medicinska frågor är komplicerad och har avhandlats bl.a. i ett antal utredningar, rättsfall, artiklar och JO-uttalanden (se bl.a. prop. 2013/14:106 s. 64 f. med vidare hänvisningar). Av central betydelse i diskussionen om barns möjlighet till inflytande är konflikten mellan å ena sidan barnets rätt till självbestämmande och integritet, och å andra sidan barnets behov av skydd samt vårdnadshavarnas möjlighet att utöva sin skyldighet att tillgodose barnets behov.

Hälso- och sjukvård av barn kräver som huvudregel vårdnadshavarnas samtycke om det inte står klart att barnet har nått en sådan mognad att det självt kan ta ställning till åtgärden. Var den gränsen går kan inte anges generellt utan måste avgöras från fall till fall. Det finns dock avgöranden i praxis som talar för att vårdnadshavaren normalt har bestämmanderätten över små barn medan huvudregeln anses vara den motsatta för barn över 15 år (se bl.a. prop. 2013/14 s. 106 s. 66, RÅ 1996 ref. 65 och JO 1975/76 s. 244). Gränsdragningen är svårare för de barn som varken är riktigt små eller har nått de övre tonåren. Av förarbetena till patientlagen framgår att det centrala för bedömningen av om barnet ska anses moget nog att ensamt få besluta om viss vård eller behandling är om barnet kan tillgodogöra sig relevant information och överblicka vilka konsekvenser som hans eller hennes beslut kan få (se prop. 2013/14:106 s. 64 f. och 120). Det framgår vidare att vilken mognad som krävs i det enskilda fallet beror på vårdåtgärdens art och angelägenhetsgrad samt att det krävs en avsevärd mognad för att ett barn ska kunna ta ställning till mer omfattande behandlingar och ingrepp medan yngre barn däremot på egen hand i vissa fall kan samtycka till enklare åtgärder. I syfte att skapa enhetlighet presenterade Socialstyrelsen

2015 ett kunskapsstöd för att bedöma barns mognad (Bedöma barns mognad för delaktighet. Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården, Socialstyrelsen 2015, artikelnummer 2015-12-22).

En närliggande fråga är hur långt barnets eget positiva självbestämmande sträcker sig, dvs. om det finns gränser för vilka insatser ett barn själv kan få till stånd utan att vårdnadshavarna har formell rätt att förhindra detta. Vissa beslut kan dock vara av sådan karaktär att barn aldrig kan uppnå full självbestämmanderätt. Vårdnadshavarnas inställning väger t.ex. tungt när det gäller frågor om var ett barn ska bo. Ett beslut om inläggning vid en psykiatrisk vårdinrättning påverkar bl.a. var barnet ska bo och vistas och kan anses ha så ingripande betydelse för relationen mellan föräldrar och barn att det inte är möjligt att överlämna den frågan till barnet att själv bestämma om (se bl.a. Svensson, Barns rättsliga ställning i den psykiatriska vården, I Engström [red.], Tvingad till hjälp – om tvång, etik och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård, Studentlitteratur, Lund, 2006 s. 224 f. Jfr även Lundgren och Sunesson, Nya sociallagarna [Version 34, JUNO], kommentaren till 11 kap. 10 § socialtjänstlagen samt JO 2011/12 s. 415 och JO 2020/21 s. 485).

4.2.2 Generella möjligheter till vård utan samtycke

Inom hälso- och sjukvården uppkommer ofta situationer där patienter av olika skäl inte har möjlighet att samtycka till nödvändiga insatser. En patient ska enligt patientlagen få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa om en patients vilja på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas (4 kap. 4 §). I förarbetena anges att bestämmelsen även kan tillämpas när en person som mer varaktigt får anses sakna beslutsförmåga befinner sig i en nödsituation (prop. 2013/14:106 s. 120). Vidare anges att med ”annan orsak” avses bl.a. att patienten är okontaktbar på grund av chock, är på väg in i medvetslöshet eller är påverkad av exempelvis narkotiska preparat. Om bestämmelsen ska tillämpas på något speciellt sätt när det gäller barn anges inte i förarbetena.

Om 4 kap. 4 § patientlagen inte kan tillämpas ger brottsbalkens bestämmelse om ansvarsfrihet för handlingar som begåtts i nöd visst utrymme för vårdpersonal att behandla patienter i akuta situationer utan samtycke. Nöd föreligger bl.a. när fara hotar liv och hälsa (24 kap. 4 § andra stycket brottsbalken). Det krävs dock att den handling som vidtas inte är oförsvarlig. Det innebär att den gärning som företas i nöd ska vara påkallad av ett intresse av betydligt större vikt än det som offras (se prop. 1993/94:130 s. 35). Bestämmelsen är avsedd att tillämpas endast i undantagsfall (se prop. 1962:10 s. B334). En nödsituation kan endast föreligga en kortare tid och det är inte möjligt att behandla en patient en längre tidsperiod med stöd av nödregeln.

I icke akuta situationer är det mer oklart vad som gäller för personer som mer eller mindre varaktigt saknar förmåga att lämna rättsligt bindande samtycke till vård och behandling. Om information rörande patienten inte kan lämnas till

patienten själv ska patientens närstående såvitt möjligt informeras om det inte hindras av sekretess (3 kap. 4 och 5 §§ patientlagen). De närstående kan många gånger lämna värdefulla upplysningar om patientens förmodade inställning men har inte någon bestämmanderätt över patienten. Inte heller anses en god man eller förvaltare fullt ut kunna företräda patienten i frågor som gäller just hälso- och sjukvård. Frågan om vem som ska bestämma i stället för en vuxen patient som bedöms sakna beslutsförmåga har behandlats i flera statliga utredningar utan att någon lagstiftning kommit till stånd (se bl.a. SOU 2020:14, 2015:80 och 2013:2).

Psykiskt sjuka patienter har som utgångspunkt samma rätt till självbestämmande som alla andra. Inom psykiatrin accepteras dock tvångsvård på ett sätt som saknar motsvarighet i den somatiska vården. LPT möjliggör i vissa fall påtvingad behandling av personer som lider av en allvarlig psykisk störning, har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård och som motsätter sig sådan vård, eller där det till följd av patientens psykiska tillstånd finns en grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke (3 § LPT). LPT har inte någon nedre åldersgräns och reglerar även tvångsvård inom barn- och ungdomspsykiatrin. I lagen finns numera även vissa särskilda bestämmelser som rör barn (se t.ex. 19 a och 20 a §§ LPT).

4.2.3 Tvång som utövas av vårdnadshavare eller med vårdnadshavarens samtycke

De grundläggande fri- och rättigheter som anges i regeringsformen och Europakonventionen gäller i relationen mellan enskilda och det allmänna. I relationen mellan barnet och barnets vårdnadshavare är den rättighetsregleringen inte direkt tillämplig, men det allmänna har enligt Barnkonventionen långtgående skyldigheter att tillförsäkra alla barn de rättigheter som anges i konventionen.

När det gäller de allra minsta barnen är det oftast inte möjligt att motivera barnet till att frivilligt medverka vid vissa behandlingsåtgärder genom information och andra åtgärder. En vårdnadshavare anses ha ett visst utrymme att använda tvång i syfte att möjliggöra att vård ges till ett barn så länge det inte strider mot det s.k. agaförbudet i 6 kap. 1 § föräldrabalken, bestämmelserna i Barnkonventionen eller brottsbalkens regler om t.ex. misshandel, olaga tvång eller olaga frihetsberövande (se Kindström Dahlin, Att tvinga ett barn – om barns rättigheter i hälso- och sjukvården och behovet av en tydligare tvångsvårdslagstiftning, Förvaltningsrättslig tidskrift 2016, s. 270).

Vilket utrymme som finns för en vårdnadshavare att för sitt barns räkning samtycka till vårdinsatser som innebär inskränkningar av grundläggande fri- och rättigheter är inte tydligt reglerat vare sig i föräldrabalken, Barnkonventionen eller hälso- och sjukvårdslagstiftningen. En bedömning måste göras i varje enskilt fall med beaktande av barnets mognad, åtgärdens angelägenhetsgrad och de negativa effekterna av tvånget (se prop. 2013/14:106

s. 64 f. och 120 f.). I vart fall torde tvångsanvändning mot äldre barn kräva särskilt lagstöd, antingen genom en speciallag eller undantagsvis genom att tillämpa brottsbalkens nödregler.

Huvudregeln är att båda vårdnadshavarnas samtycke krävs till behandlingsåtgärder av ingripande karaktär, t.ex. psykiatrisk vård (se 6 kap. 13 § andra stycket föräldrabalken och JO 2003/04 s. 311). Om den ena vårdnadshavaren motsätter sig en åtgärd som gäller en psykologisk eller psykiatrisk behandling får socialnämnden dock besluta att åtgärden ändå får vidtas, om det krävs med hänsyn till barnets bästa (6 kap. 13 a § föräldrabalken). Det gäller oavsett om den andra vårdnadshavaren uttryckligen motsätter sig åtgärden, håller sig undan eller väljer att inte medverka (se prop. 2011/12:53 s. 26). Somatisk vård omfattas däremot inte av bestämmelsen (se prop. 2011/12:53 s. 27). Om barnet inte kan ges angelägen vård på grund bristande samtycke från vårdnadshavarna, kan detta utgöra grund för ett ingripande enligt LVU. Ett barn som vårdas enligt LVU kan ges psykiatrisk vård, men LVU ger inte i sig lagstöd för att använda tvång inom vården. Om det inte rör sig om en nödsituation eller om förutsättningarna för LVU inte är uppfyllda blir det betydligt svårare att garantera barnets rätt till psykiatrisk vård i de fall där båda vårdnadshavarna motsätter sig vården.

4.2.4 Barn och LPT

Den psykiatriska vården har, som jag tidigare redogjort för, en viss särställning genom att det där är möjligt med behandling mot patientens vilja med stöd av bestämmelserna i LPT. Samtidigt är vården förenad med vissa särskilda rättssäkerhetsgarantier i form av exempelvis rätten att skyndsamt få lagligheten av den psykiatriska tvångsvården prövad i domstol, en presumtion för muntlig förhandling och vissa legala ramar för de tvångsåtgärder som har vidtagits (se bl.a. 17–25, 32, 33, 35 och 36 §§ LPT).

Det finns inte någon uttrycklig åldersgräns för vård enligt LPT. Socialstyrelsen och IVO har anförts att det inte går att fastställa någon generell nedre åldersgräns för när psykiatrisk tvångsvård behöver beslutas för att behandling av ett barn ska kunna ske mot barnets vilja. Av SLSO:s remissvar framgår att det inom regionen är mycket ovanligt med behandling av ingripande karaktär för barn som inte uppnått tonåren men att LPT behöver tillämpas om det blir aktuellt att tillföra näring och läkemedel mot barnets vilja. Region Skåne har anförts att små barn (runt åtta år eller yngre) oftast inte har mognadsmässiga förutsättningar att förstå grunderna i LPT och att ett beslut om psykiatrisk tvångsvård därför inte skulle vara förenligt med dessa barns bästa. Enligt Region Skåne bereds så små barn i stället nödvändig psykiatrisk vård med vårdnadshavarnas samtycke och stöd, i linje med den typ av vård som ges inom den somatiska vården.

En studie av domar från Förvaltningsrätten i Göteborg från åren 2010–2015 visade att i vart fall barn som uppnått tolv års ålder där ansågs ha rätt att vägra ta emot psykiatrisk vård och behandling (se Vahlne Westerhäll, Barnets bästa

vid psykiatrisk tvångsvård – exemplet anorexia nervosa, Förvaltningsrättslig tidskrift 2016, s. 110 f.). Jag noterar dock att det i Svenska Psykiatriska Föreningens (SPF) kliniska riktlinjer för ätstörningar anges att när tvångsvård blir aktuell för barn och ungdomar gäller att minderåriga barn (under 15 år) med föräldrarnas medgivande kan läggas in och hållas kvar i slutenvård utan tvångsåtgärd. Blir det nödvändigt med tvångsåtgärder som exempelvis tvångssondning gäller inte föräldrarnas medgivande. Man måste då överföra patienten till LPT-vård (se SPF, Ätstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling, 2015, s. 68).

I LPT finns vissa särskilda bestämmelser som rör barn, dvs. patienter under 18 år (se bl.a. 19 a och 20 a §§ LPT). Därutöver anges att en patient som har fyllt 15 år själv har rätt att föra sin talan i mål och ärenden enligt LPT (se 44 § LPT). Bestämmelsen reglerar vem som är processbehörig och innebär att om en patient är under 15 år är det vårdnadshavarna som för barnets talan. Däremot rör den inte vem som ska ta ställning till frågor om vård och behandling av barnet. I de nu 30 år gamla förarbetena till bestämmelsen anges att det endast undantagsvis torde bli aktuellt att ge psykiatrisk tvångsvård åt någon som är strax under 15 år (se prop. 1990/91:58 s. 284).

Av särskilt intresse när det gäller tvångsvård av barn är rekvisitet i 3 § att patienten ska motsätta sig vård, eller att det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med patientens samtycke. I förarbetena anges att det är patientens egen inställning till den vård som är nödvändig som ska tillmätas självständig betydelse och att det gäller i princip även om patienten är underårig eller har en förvaltare eller god man förordnad för sig (se prop. 1990/91:58 s. 242). En eventuell vårdnadshavares, förvaltares eller god mans inställning till vården är inte avgörande i detta hänseende.

Det faktum att vårdnadshavarna har ett visst utrymme att besluta i vart fall för de mindre barnens räkning medför emellertid att frågor uppkommer om var gränserna går och vilken skillnad det gör om ett barns bristande beslutsförmåga bedöms bero på en psykisk störning eller på bristande ålder och mognad. Under vilka förhållanden LPT kan komma i fråga i dessa fall behandlas inte närmare i förarbetena. Där anges dock att det kan bli aktuellt att tillämpa bestämmelsen i vissa fall, bl.a. om patienten är helt avskärmad från verkligheten och inte kan ge uttryck för en egen vilja i vårdfrågan, t.ex. som följd av ett omfattande missbruk av droger (se prop. 1990/91:58 s. 242). Bestämmelsen ska dock endast tillämpas i uppenbara fall, och det ska finnas ett orsakssamband mellan patientens allvarliga psykiska störning och patientens oförmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan.

När det gäller möjligheten att samtycka till tvångsåtgärder vill jag här även påminna om att skyddet mot påtvingade åtgärder från det allmännas sida kommer till uttryck redan i den svenska grundlagen och endast får begränsas

genom lag (se 2 kap. RF). Med anledning av de höga krav som ställs på rättighetsbegränsningar har JO i flera ärenden uttalat att samtycke till inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter inte kan ersätta lagstöd, exempelvis när det gäller tvångsåtgärder enligt LPT (se bl.a. JO 2008/09 s. 338 och JO 2018/19 s. 98, jfr även JO 1991/92 s. 114).

En annan fråga som ibland aktualiseras är om tvångsvård med stöd av LPT kan beslutas för ett barn mot en vårdnadshavares vilja, utan att vårdnadshavarnas bestämmanderätt har begränsats genom ett föregående beslut om vård enligt LVU eller 6 kap. 13 a § föräldrabalken. Såväl SLSO som Region Skåne har i sina remissvar anfört att det är den medicinska bedömningen som får styra och att det händer att ett barn eller en ungdom vårdas mot en eller båda vårdnadshavares vilja. Det finns även förvaltningsrättsdomar som ger uttryck för den uppfattningen (se bl.a. Vahlne Westerhäll, Barnets bästa vid psykiatrisk tvångsvård – exemplet anorexia nervosa, Förvaltningsrättslig tidskrift 2016, s. 107 f.).

Varje begränsning i en vårdnadshavares möjlighet att utöva vårdnaden av sitt barn innebär en begränsning av artikel 8 i Europakonventionen (se HFD 2015 ref. 5). I de fall där ett barn uppfyller förutsättningarna för vård enligt LPT är det emellertid denna särskilda tvångsvårdslagstiftning som träder in. Enligt min mening har chefsöverläkaren då möjlighet att enbart med stöd av LPT besluta om vård även i strid med den ena eller båda vårdnadshavarnas vilja (se bl.a. prop. 2002/03:53 s. 88 f.). Jag noterar dock att det finns andra uppfattningar i den frågan (se t.ex. Kindström Dahlin, Att tvinga ett barn – om barns rättigheter i hälso- och sjukvården och behovet av en tydligare tvångsvårdslagstiftning, Förvaltningsrättslig tidskrift 2016, s. 274).

4.2.5 Särskilt om vårdnadshavarnas delaktighet

Även i de fall där vårdnadshavarna inte har någon formell bestämmanderätt har de en viktig roll när barn vårdas inom hälso- och sjukvården. I förarbetena till patientlagen understryks att även då ett barn är moget nog att själv fatta beslut om viss vård eller behandling bör hälso- och sjukvårdspersonalen sträva efter att ändå involvera vårdnadshavarna, om inte barnet motsätter sig det eller det inte kan anses vara till barnets bästa. Vårdnadshavarna har även fortsättningsvis ett lagstadgat ansvar för barnet, som kan vara i behov av råd och stöd i större utsträckning än en vuxen patient (prop. 2013/14:106 s. 66). Det är alltså angeläget att vårdnadshavarna aktivt involveras i vården genom att få information kontinuerligt och möjlighet att framföra sina åsikter. Detta är även viktigt för att de ska kunna fullgöra sina uppgifter som vårdnadshavare, t.ex. när det gäller barnets behandling efter att barnet lämnat vårdinrättningen. I vilken grad vårdnadshavarna ska göras delaktiga varierar i varje enskilt fall beroende på barnets ålder och mognad, åtgärdens karaktär och vad som är barnets bästa. En förutsättning är givetvis också att sekretessen inte hindrar sådan information och delaktighet.

Om ett barn vårdas enligt LPT är det ytterst chefsöverläkaren som beslutar om behandlingen och eventuella tvångsåtgärder, även om lagen föreskriver att samråd ska äga rum med patienten när det kan ske samt med patientens närstående, om det inte är olämpligt. Patientlagens bestämmelser om delaktighet och information gäller vidare även under tvångsvård. Vårdnadshavarna är inte heller fråntagna sina övriga rättigheter och skyldigheter enligt föräldrabalken. Som remissinstanserna anført är barnets och vårdnadshavarnas åsikter även en viktig del i vårdens bedömning av vad som utgör barnets bästa. Vårdnadshavarnas delaktighet är särskilt viktig vid tvångsåtgärder eftersom vårdpersonalen ska försöka få patienten att frivilligt medverka till vården och kunna utföra tvångsåtgärder så skonsamt som möjligt (2 a och 2 b §§ LPT).

4.2.6 Slutsatser i denna del

Både Socialstyrelsen och IVO har anført att rättsläget till viss del är oklart när det gäller barnets rättsliga ställning i förhållande till vårdnadshavarnas ansvar för barnets hälso- och sjukvård, bl.a. när det gäller i vilken utsträckning vårdnadshavaren med stöd av föräldrabalkens bestämmelser kan sätta sig över barnets vilja att avstå viss behandling och i vilka situationer vårdnadshavarnas samtycke ska inhämtas. Min utredning bekräftar den bilden. Oklarheterna gäller såväl i vilka situationer en behandling kan ges med stöd av enbart vårdnadshavarnas samtycke som vilka åtgärder som kan genomföras oberoende av vårdnadshavarnas inställning.

Psykiatrisk heldygnsvård av ett barn kan vara mycket ingripande för både barnet och vårdnadshavarna, oavsett om vården ges frivilligt eller med stöd av tvångsvårdslagstiftningen. Det är angeläget att det finns tydliga rättsliga ramar för i vilka fall sådan vård av en underårig kan ges med stöd av hälso- och sjukvårdslagen och när det krävs ett beslut om vård enligt LPT. Jag är, i likhet med remissinstanserna, mycket tveksam till att det skulle finnas rättsligt stöd för att mot barnets vilja genomföra en ingripande behandling inom den frivilliga psykiatriska vården, t.ex. tillföra näring eller läkemedel via sond, enbart med stöd av vårdnadshavarnas samtycke. Detsamma gäller övriga tvångsåtgärder som regleras i LPT. Vårdnadshavarnas rättigheter och skyldigheter enligt föräldrabalken är allmänt hållna, och åtgärder som inskränker barnets grundläggande fri- och rättigheter kräver ett tydligt stöd i lag. En ordning där vårdnadshavarnas samtycke anses tillräckligt skulle också innebära att barnet går miste om tvångslagstiftningens särskilda skydd gentemot det allmänna.

Om en underårig patient uppfyller de lagstadgade kriterierna för psykiatrisk tvångsvård har chefsöverläkaren enligt min mening möjlighet att besluta om sådan vård oberoende av vårdnadshavarnas samtycke. Det finns inte någon nedre åldersgräns för LPT och inte heller några tydliga uttalanden i förarbeten eller praxis om vid vilken ålder tvångsvård kan aktualiseras för de mindre barnen. Som framgått är min utgångspunkt dock att det inte finns lagstöd för att påtvinga barn ingripande psykiatrisk behandling utan att LPT tillämpas. En bedömning av förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård måste således göras i

det enskilda fallet. Det är tydligt att det finns behov av närmare vägledning för hur den bedömningen ska gå till i fråga om underåriga patienter.

Sammantaget kan jag alltså konstatera att det finns behov av en tydligare lagreglering som klargör förhållandet mellan barnets egen och vårdnadshavarnas inställning till vård samt utrymmet för att i vissa fall tillgodose barns behov av hälso- och sjukvård i strid med barnets eller vårdnadshavarnas vilja. Det gäller inte minst inom den psykiatriska vården. Därutöver behövs det även kompletterande vägledning i lägre föreskrifter och kunskapsstöd för vårdpersonalen.

4.3 Tillförsel av läkemedel och näring med stöd av tvångslagstiftningen

4.3.1 Ätstörning som en allvarlig psykisk störning

Tillförsel av näring via sond aktualiseras främst för patienter med olika former av ätstörningar, t.ex. anorexia nervosa. För att en patient ska vårdas med tvång enligt LPT krävs att patienten lider av en allvarlig psykisk störning (3 §). I förarbetena ges exempel på vad som kan anses vara en allvarlig psykisk störning (se prop. 1990/91:58 s. 86 f.). Där anges att till allvarlig psykisk störning bör i första hand räknas tillstånd av psykotisk karaktär. Vidare ingår allvarliga depressioner med självmordstankar, svårartade personlighetsstörningar, alkohol- och drogpsykosor samt allvarliga förvirringstillstånd som kan drabba narkotikamissbrukare eller svårartade abstinensstillstånd.

Ätstörningar nämns inte uttryckligen i förarbetena. Det framgår emellertid att uppräknningen inte är avsedd att vara uttömmande och att man vid en tolkning av begreppet är hänvisad till vissa motivuttalanden och den praxis som utvecklas (se prop. 1990/91:58 s. 86 f.). Praxis visar entydigt att ätstörningar, såsom anorexia nervosa, anses kunna vara en allvarlig psykisk störning. Anorexia nervosa var också den vanligaste huvuddiagnosen vid vårdtillfällen i den slutna psykiatriska tvångsvården för flickor och pojkar sammantaget under 2016 (se prop. 2019/20:84 s. 17).

4.3.2 Allmänna förutsättningar för behandling utan samtycke enligt 17 § LPT

Att en patient vårdas med stöd av LPT innebär inte att behandling med någon form av automatik kan ges mot patientens vilja (se prop. 2016/17:94 s. 24). Även tvångsvården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och i förekommande fall patientens vårdnadshavare. Vidare gäller att vården ska utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och att patienten ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav (se prop. 2016/17:94 s. 24).

När det gäller förutsättningarna för behandling utan samtycke enligt 17 § tredje stycket LPT är det förstås ett grundläggande krav att patienten uppfyller kriterierna för tvångsvård enligt 3 § LPT och att ett intagningsbeslut har fattats. Vidare ska de allmänna förutsättningarna för tvångsåtgärder vara uppfyllda, dvs. åtgärden ska vara proportionerlig och nödvändig (2 a och 2 b §§ LPT).

Samråd ska äga rum med patienten när det kan ske och patientens närstående om det inte är olämpligt (17 § första stycket LPT). Det ska vidare röra sig om en nödvändig psykiatrisk behandling som ges för att uppnå syftet med vården (17 § andra stycket LPT). Om patienten är ett barn ska barnets bästa särskilt beaktas (1 kap. 8 § patientlagen och 5 kap. 6 § HSL).

I förarbetena anges att avsikten inte är att chefsöverläkaren ska besluta i frågan vid varje tillfälle som patienten under pågående behandlingsperiod ska ges t.ex. en viss medicinering, utan bestämmelsen tar sikte på mer övergripande behandlingsbeslut som ger befogenhet för övrig vårdpersonal att genomföra de vårdåtgärder som följer av ett sådant beslut (se prop. 1990/91:58 s. 257).

4.3.3 Tillförsel av näring och vätska med stöd av 17 § tredje stycket LPT

En omdiskuterad fråga gäller möjligheterna att tillföra en patient som är intagen för vård enligt LPT näring eller vätska mot patientens vilja. Bestämmelsen i 17 § omfattar alla psykiatriska behandlingsåtgärder (se prop. 1990/91:58 s. 257 f.). Somatisk behandling omfattas däremot inte, vilket kan leda till gränsdragningsproblem. I förarbetena anges bl.a. följande (se prop. 1990/91:58 s. 258 f.):

Vårdåtgärder som företas trots att patienten motsatt sig dem innebär ett allvarligt ingrepp i den personliga integriteten. Detta gäller självfallet även om en patient som är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk tvångsvård skulle ges somatisk behandling mot sin vilja. Samhället har emellertid åtagit sig ett särskilt ansvar för de personer som omhändertagits med tvång på en vårdinrättning. Det bör därför inte råda någon tvekan om att livräddande åtgärder får vidtas mot patientens vilja. Om somatisk behandling även i övrigt kan ges i fall av fara för hälsan, torde få bedömas från fall till fall. En allvarlig psykisk störning kan t.ex. vara direkt orsakad av en svår somatisk sjukdom och en somatisk behandlingsåtgärd kan då tänkas vara ofrånkomlig. Av betydelse för ställningstagandet i särskilda fall bör vara bl.a. patientens psykiska tillstånd, den somatiska sjukdomens art och den typ av åtgärd det gäller. Nödrätten torde inte kunna utnyttjas annat än om hälsofaran är verkligt allvarlig och överhängande.

När det gäller behandling av patienter med ätstörningar framgår bl.a. följande av Barnpsykiatrikommitténs utredning från 1998, om vård och stöd till barn och ungdomar med psykiska problem (se SOU 1998:31 s. 400):

I dag vet vi att framgångsrik behandling av ätstörningar kräver mer än bara en god allmänpsykiatri. Oberoende av ätstörningens orsaksbakgrund är det viktigt att komma tillrätta med det störda ätbeteendet och den uppkomna näringsbristen i sig. Då kroppen befinner sig i ett svälttillstånd, som vid utvecklad anorexi, genererar detta hyperaktivitet och ångest som i sin tur vidmakthåller det anorektiska symtomet. I dag är flertalet experter på området därför överens om att det är viktigt att också se till somatisk status och ätbeteendet, och att detta i många fall är en förutsättning för att nå framgång med behandling av eventuella bakomliggande orsaker till anorexin (American Psychiatric Association 1993, Medicinska Forskningsrådet 1993).

I en samtida utvärdering av bl.a. LPT uttalade Tvångspsykiatrikommittén bl.a. följande (se SOU 1998:32 s. 391):

Patienter som är intagna för psykiatrisk tvångsvård får som huvudregel inte ges somatisk vård med stöd av LPT och LRV. Det innebär att behövlig somatisk vård får anstå till dess tvångsvården upphört eller patienten annars kan ta

grundad ställning i frågan och vård ges med patientens samtycke. Om patientens psykiska störning relaterar till den somatiska sjukdomen ingår nödvändig somatisk behandling som en del av den vård som ges med stöd av LPT eller LRV. Detta gäller t.ex. patienter med ätstörningar (anorexi och bulemi). I övrigt får somatisk vård mot patientens vilja endast ges i livshotande situationer och i andra akuta situationer när det finns en verkligt överhängande och allvarlig fara för patientens hälsa.

I de tidigare nämnda kliniska riktlinjerna från SPF om ätstörningar nämns näringstillförsel och tvångssondning som exempel på en tvångsbehandling som kräver LPT-vård (se SPF, Ätstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling, 2015, s. 65 och 68). Vidare anges i föreningens riktlinjer för psykiatrisk tvångsvård i ett avsnitt om tvångsåtgärder för barn som är föremål för LPT bl.a. att tillförsel av näring via sond då och då förekommer som en del av behandlingen av patienter med svår anorexia nervosa (se SPF, Psykiatrisk tvångsvård – kliniska riktlinjer för vård och behandling, 2013, s. 99).

Jag uppfattar att även Socialstyrelsens inställning är att tillförsel av näring kan vara en nödvändig psykiatrisk behandling för att uppnå syftet med tvångsvården och därför ges med stöd av 17 § LPT. Samma inställning har också IVO gett uttryck för. Styrelsen för SLSO har anförat att tillförsel av näring med tvång bedöms vara motiverat om det finns en allvarlig fara för liv och hälsa på grund av otillräckligt näringsintag hos en LPT-patient som motsätter sig näringsintag. Av Region Skånes yttrande framgår att myndigheten anser att tillförsel av näring och medicin bör betraktas som en nödvändig medicinsk behandling under vård enligt LPT och inte som en tvångsåtgärd. Regionen har vidare anförat att så anses vara fallet om näringstillförseln är absolut livsnödvändig, dvs. om barnet befinner sig i livshotande svält, och hjärtat är påverkat med risk för ett hjärtstillestånd som följd.

Jag kan konstatera att det finns stöd i förarbeten och statliga utredningar för att viss somatisk behandling kan ges inom ramen för LPT om det finns ett samband mellan den psykiska störningen och det somatiska tillståndet. Tillförsel av näring och vätska torde i vissa fall kunna ses som en behandlingsåtgärd och ges med stöd av 17 § tredje stycket LPT, exempelvis till patienter med svåra ätstörningar. Min utredning visar att det även sker i praktiken. Frågan är dock inte tydligt reglerad i lag och behandlas inte heller i förarbetena. Remissinstanserna i det nu aktuella ärendet har uttryckt sig på olika sätt, och det är i vissa fall svårt att riktigt förstå deras inställning till om behandlingen betraktas som en tvångsåtgärd och i vilka situationer en sådan behandling ges med stöd av 17 § tredje stycket LPT. Jag vill därför framhålla att den här typen av behandling alltid är att betrakta som en tvångsåtgärd om den ges mot patientens vilja.

JO har tidigare uttalat att det ytterligare bör klargöras vilka behandlingsinsatser som avses i 17 § LPT (se prop. 2016/17:94 s. 25 och JO:s remissvar över departementspromemorian Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk

tvångsvård [Ds 2014:28] i JO:s ärende med dnr R 69-2014). Några sådana klargöranden har dock inte kommit till stånd.

4.3.4 Tillvägagångssätt vid tillförsel av näring och läkemedel via sond mot patientens vilja

Det regleras inte i 17 § LPT hur vårdpersonalen ska gå till väga när behandling med näring eller läkemedel ska ges till en patient utan patientens samtycke. Av naturliga skäl kan det dock finnas behov av att använda visst fysiskt tvång i dessa situationer om en patient fysiskt motsätter sig den aktuella behandlingen. Att vårdpersonalen kan behöva ta till tvång framgår också indirekt av 2 b § LPT, där det föreskrivs att tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård samt inte i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta. Enligt den allmänna bestämmelsen i 2 a § LPT ska tvång utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten. Några närmare anvisningar finns dock såvitt jag kan se inte heller i lagens förarbeten (se bl.a. prop. 1990/91:58 s. 131 f., 1999/00:44 s. 80 f. och 2016/17:94 s. 24 f.). Behovet av lagreglering har dock tidigare påtalats av bl.a. Psykiatrilagsutredningen liksom av JO (se SOU 2012:17 s. 397 f. och protokollet i JO:s ärende med dnr 2222-2016).

Genom utredningen har det framkommit att tillförsel av näring och läkemedel via sond inom SLSO genomförs medan patienten är fastspänd om inte särskilda skäl talar för att fasthållning är att föredra (se Tvångssondning med stöd av LPT, som gäller från den 4 juni 2019, regnr RUT-15778-v.3.0). Region Skåne har i sitt remissvar anfört att myndigheten förespråkar ett kortvarigt hållande av erfaren personal i kombination med gott barnpsykiatriskt omvårdnadsarbete framför att ge nödvändig näringstillförsel via sond under fastspänning.

Socialstyrelsen och IVO har påtalat att det sätt som är mest skonsamt kan skilja sig åt mellan olika patienter. Tillvägagångssättet behöver därför anpassas i varje enskilt fall efter patientens förutsättningar och önskemål samt i nära samråd med patienten och patientens anhöriga. Innan en tvångsåtgärd används ska patienten som nyss nämnts även ha fått individuellt anpassad information för att förmås att frivilligt medverka till vård (2 b § LPT).

Det är svårt att i detta sammanhang redogöra för hur hälso- och sjukvårdspersonalen bör gå tillväga för att ta reda på vilket alternativ som är mest skonsamt för en enskild patient. Det är inte heller JO:s uppgift att avgöra. En grundläggande fråga som aktualiseras i sammanhanget är emellertid vilket lagstöd som finns för det tvång i form av fasthållning eller fastspänning som i många fall används av vårdpersonalen i dessa situationer. Jag finner därför anledning att behandla den frågan närmare.

4.3.5 Särskilt om fastspänning och fasthållning i LPT

Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande

anordning (19 § LPT). För en patient som är under 18 år krävs att det finns en omedelbar fara för att patienten lider allvarlig skada och det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga (19 a § LPT). Barn får enligt bestämmelsen bara spännas fast med bälte. I förarbetena anges att bestämmelserna om fastspänning tar sikte främst på hastigt uppkomna faresituationer som inte kan bemästras på något annat sätt än genom att patienten spänns fast med bälte (se prop. 1990/91:58 s. 260 och prop. 2019/20:84 s. 28 och 56). I omedelbarhetskravet ligger att det ska vara fråga om att avvärja en plötslig händelse. Det kan enligt min mening därmed inte annat än i undantagsfall anses förenligt med de aktuella bestämmelserna att spänna fast en patient i syfte att få till stånd behandling utan samtycke enligt 17 § tredje stycket LPT.

Frågan om fasthållning är inte uttryckligen reglerad i LPT utöver att 18 § andra stycket möjliggör ett fasthållande för att t.ex. hindra patienten att lämna vårdinrättningens område, upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller tillgodose säkerheten i vården. Förslag om att införa en särskild bestämmelse om fasthållning i LPT har övervägts vid flera tillfällen, senast i utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård För barnets bästa? (se SOU 2017:111 s. 229 f.). I mitt remissvar över betänkandet anförde jag att det från rättssäkerhetssynpunkt inte är acceptabelt om det förekommer fasthållning inom den psykiatriska tvångsvården utan att det dokumenteras och att det mot den bakgrunden kan framstå som önskvärt med en tydligare reglering av förutsättningarna för fasthållning (se mitt yttrande den 11 maj 2018 i JO:s ärende med dnr R 10-2018). Utredningens förslag innebar dock enligt min mening vissa gränsdragningssvårigheter i den praktiska tillämpningen och därmed också svårigheter att avgöra när en skyldighet att fatta ett formellt beslut uppkommer. Jag ansåg därför att förslaget behövde bearbetas ytterligare. I den proposition som behandlade betänkandet anfördes bl.a. följande (se prop. 2019/20:84 s. 34):

Regeringen konstaterar att fasthållning av en patient är en åtgärd som förekommer ofta i den psykiatriska tvångsvården utan att hälso- och sjukvårdspersonalen synes tänka på att det handlar om ett ingrepp i den enskildes rättssfär. För att sätta gränser i fråga om när och hur fasthållande får komma till användning finns å ena sidan skäl att uttryckligen reglera detta i lag. Avsaknaden av en reglering kan innebära att personalen hamnar i tvivel om vad som får eller inte får göras och en patient kan inte bedöma vilka åtgärder som får vidtas och under vilka förutsättningar. En uttrycklig bestämmelse medför å andra sidan en risk att hälso- och sjukvårdspersonalen tar bestämmelsen till intäkt för att också tillgripa åtgärden.

Mot bakgrund av den kritik som riktats mot förslaget om fasthållning ansåg regeringen att det med aktuellt beredningsunderlag inte var möjligt att gå vidare med en ny lagstiftning i frågan.

Jag kan alltså konstatera att bestämmelserna om fastspänning och fasthållning inte är avsedda att reglera tvångsanvändning vid behandling med stöd av 17 § tredje stycket LPT. Trots detta framgår det av utredningen att sådana åtgärder vidtas regelbundet och tycks vara indirekt sanktionerade av myndigheterna (se

avsnitt 4.3.7 nedan om dokumentation och rapportering). Några andra särskilda bestämmelser om hur personalen ska gå tillväga när patienten motsätter sig behandlingen finns inte i LPT. Jag har förståelse för att det kan finnas behov av att använda visst våld eller tvång för att få till stånd behandling mot patientens vilja. Det handlar emellertid om ingripande åtgärder, och det är därför otillfredsställande att lagstiftningen inte ger någon närmare vägledning om vilka tillvägagångssätt som kan komma i fråga. Särskilt när det gäller fastspänning kan det inte minst av rättssäkerhetsskäl finnas anledning att uppfatta de jämförelsevis preciserade förutsättningarna i 19 och 19 a §§, med tillhörande förarbetsuttalanden, som uttömmande.

4.3.6 Förhållandet mellan 17 § LPT och nödrätten

Som jag tidigare redovisat ger brottsbalkens nödbestämmelse visst utrymme för vårdpersonal att i akuta situationer behandla patienter utan samtycke. Det råder inte någon tvekan om att tillförsel av näring eller läkemedel i allmänhet är åtgärder som skulle kunna anses försvarliga i nödparagrafens mening för att rädda en patient, om faran för dennes liv eller hälsa är överhängande (se prop. 1983/84:148 s. 21 f.). När det gäller patienter vars vilja på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas, regleras denna typ av situationer dock numera i huvudsak av 4 kap. 4 § patientlagen, om vård i akuta situationer.

Frågan om i vilken utsträckning angelägna vårdinsatser i strid med patientens uttryckliga vilja kan anses försvarliga är mer komplicerad. När det gäller åtgärder med stöd av hälso- och sjukvårdslagen torde det framför allt kunna vara fallet vid bristande eller ifrågasatt beslutskompetens. I förarbetena till LPT anges att för personer som omhändertagits med tvång på en vårdinrättning har samhället åtagit sig ett särskilt ansvar varför utrymmet att vidta livräddande åtgärder mot patientens vilja är större (se prop. 1990/91:58 s. 258). För egen del ifrågasätter jag dock om inte bedömningen även i dessa fall måste grundas på antaganden om bristande beslutsförmåga. Jag har således svårt att se att enbart det faktum att en person är frihetsberövad skulle påverka rätten till självbestämmande (se även beträffande matvägrande intagna i kriminalvården mitt beslut denna dag i ärende med dnr 6300-2018, med där gjorda hänvisningar). Nödrätten är dock avsedd att tillämpas i undantagsfall och framför allt i akuta situationer.

Jag har ovan konstaterat att det under vissa förutsättningar är möjligt att besluta att utan samtycke tillföra både läkemedel och näring med stöd av 17 § tredje stycket LPT. Om en sådan situation är för handen bör det i normalfallet inte vara aktuellt att tillämpa nödrätten, utan behandlingen måste kunna ges i enlighet med tvångsvårdslagstiftningen. Däremot skulle nödrätten kunna aktualiseras i de fall där de aktuella åtgärderna inte vidtas för att uppnå syftet med tvångsvården, eller när det inte har varit möjligt att fatta ett beslut enligt 17 § tredje stycket LPT, t.ex. i mycket hastigt uppkomna situationer.

Det skulle kunna hävdas att brottsbalkens nödbestämmelse i undantagsfall även skulle kunna åberopas för att rättfärdiga visst tvång som används av vårdpersonalen för att genomföra en behandling utan samtycke enligt 17 § tredje stycket LPT. Nödreglerna är dock mycket allmänt hållna och inte avsedda att tillämpas i fall där förutsebara situationer har reglerats i ordinarie regelverk. Enligt min mening är det mycket otillfredsställande om vårdpersonalen ska behöva förlita sig på nödrätten för att hantera dessa situationer som regelmässigt uppkommer vid behandling inom den psykiatriska tvångsvården.

4.3.7 Dokumentation och rapportering

Jag delar remissinstansernas uppfattning att behandling mot en patients vilja givetvis ska dokumenteras i patientens journal (se 3 kap. 6 § patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2016:40). Av dokumentationen bör även framgå bakomliggande skäl, händelseförlopp, tillvägagångssätt, vilken personal som har deltagit vid åtgärden och om ett barn behandlats mot sin vilja men med stöd av barnets vårdnadshavares samtycke. Kravet på dokumentation gäller såväl för den frivilliga hälso- och sjukvården som för den psykiatriska tvångsvården.

Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården är skyldig att lämna vissa uppgifter till Socialstyrelsens patientregister, PAR (se Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister [SOSFS 2013:35]). Det gäller bl.a. uppgifter om läkemedelstillförsel eller annan åtgärd utförd under fastspänning eller fasthållande och anläggande av sond (se Baslista för KVÅ i psykiatrisk slutenvård, som gäller fr.o.m. 2019-01-01, s. 6 och 15).

Styrelsen för SLSO har anfört att all behandling som sker mot patientens vilja med stöd av fastspänning eller fasthållning dokumenteras med fasta svarsalternativ i den elektroniska patientjournalen varefter det maskinellt skapas datafiler som rapporteras in till PAR. Vidare framgår det av yttrandet att rapportering av näringstillförsel via sond under fastspänning eller fasthållande görs genom en kombination av flera koder, vilket är avsevärt mer komplicerat både vad gäller inrapportering och produktion av statistik. I Region Skånes remissvar anges att behandling mot patientens vilja med stöd av 17 § LPT rapporteras om den är förenad med en rapporteringsskyldig tvångsåtgärd.

Underrättelse om beslut om tvångsåtgärder ska även i vissa fall göras till IVO (se bl.a. 19 och 19 a §§ LPT, 8 § LRV och 4 kap. 7 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2008:18] om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård). Det gäller bl.a. beslut om fastspänning enligt 19 eller 19 a § LPT.

4.3.8. Slutsatser i denna del

Jag kan konstatera att olika former av ätstörningar enligt praxis kan betraktas som en allvarlig psykisk störning och läggas till grund för vård enligt LPT. Vidare talar förarbetena för att näring och vätska i vissa fall kan tillföras mot en patients vilja med stöd av 17 § tredje stycket LPT. En förutsättning är då att

behandlingen anses nödvändig för att uppnå syftet med den psykiatriska vården. Det är dock inte klart angivet i lag eller förarbeten vilka behandlingsinsatser som avses i 17 § LPT. Som JO tidigare har uttalat kan det finnas behov av vissa klargöranden i denna del.

Vidare framgår det inte närmare av bestämmelserna i LPT vilka rättsliga ramar som finns för det tvång som kan behöva användas vid behandling utan samtycke inom den psykiatriska tvångsvården. Det är enligt min mening olyckligt att det inte uttryckligen framgår av 17 § att vårdpersonalen har rätt att använda visst tvång för att genomföra den behandling som anses nödvändig, utan att detta får utläsas av den allmänna bestämmelsen i 2 b §. Inte annat än i undantagsfall kan det tvång som används anses falla in under övriga bestämmelser om tvångsåtgärder i LPT eller rättfärdigas med stöd av nödrätten. Dessa brister är djupt otillfredsställande, och det finns enligt min mening behov av klargöranden från lagstiftarens sida. Utredningen har även visat på vissa svårigheter och brister när det gäller uppföljning och rapportering av de åtgärder som vidtas i samband med behandling enligt 17 § tredje stycket LPT.

Jag noterar vidare att de två regioner som har yttrat sig i ärendet har olika uppfattningar i fråga om vilket tillvägagångssätt – fasthållning eller fastspänning – som i allmänhet anses mest skonsamt och därför i första hand bör användas vid tillförsel av näring mot en patients vilja. Det kan av den anledningen finnas behov av vägledning i dessa svåra frågor för att få en enhetlig tillämpning i hela landet. Här vill jag dock särskilt framhålla vikten av att patienten och patientens vårdnadshavare får information och möjlighet att uttrycka önskemål samt får dessa tillgodosedda i den mån det går. Det är också viktigt att åtgärden genomförs av erfaren personal med god kännedom om patienten och att patientens upplevelse av tvångsåtgärden går igenom vid det uppföljningssamtal som ska hållas efteråt (se 18 a § LPT). Det kan även möjliggöra att en eventuell ny tvångsåtgärd genomförs på ett mer skonsamt sätt.

Jag noterar i sammanhanget att Socialstyrelsen i en utredning bedömt att det föreligger ett behov av kunskapsstöd om ätstörningar i form av nationella riktlinjer såväl som kunskapsstöd till hälso- och sjukvårdspersonal (se Socialstyrelsen, Kunskapsläget om vård av ätstörningar, publicerad i november 2019, artikelnummer 2019-11-6439). Såvitt framkommit har något sådant arbete ännu inte slutförts.

4.4 Det enskilda fallet

IVO har utrett ett ärende om den patient vars förhållanden på BUP Stockholm låg till grund för det här initiativärendet. I sitt beslut har IVO uttalat viss kritik mot vårdgivarens behandling av patienten. Det har även framkommit att de rutiner för tvångssondning med stöd av LPT som inledningsvis tycks ha försvårat behandlingen av patienten nu har uppdaterats av SLSO. Mot den bakgrunden avstår jag från att göra några särskilda uttalanden om det enskilda fallet.

4.5 Avslutande synpunkter

Behandlingen av barn inom den psykiatriska heldygnsvården aktualiserar flera frågor som rör grundläggande fri- och rättigheter. Jag har i min utredning uppmärksammat att det finns oklarheter i flera centrala avseenden när det gäller behandlingen av dessa barn, bl.a. när det gäller barnets egen inställning i förhållande till vårdnadshavarnas ansvar för barnets hälso- och sjukvård, i vilka situationer det behövs ett beslut om vård enligt LPT för att vårda ett barn mot dess vilja och de närmare förutsättningarna för att ge barnet behandling utan samtycke med stöd av 17 § LPT. Min granskning har också visat att det inte är närmare reglerat vilket tvång som vårdpersonalen har rätt att använda för att få till stånd en behandling utan samtycke enligt 17 § tredje stycket LPT samt att det rättsliga stödet för den tvångsanvändning som faktiskt äger rum inom tvångsvården i dag kan ifrågasättas. Detta är djupt otillfredsställande.

Från ett rättssäkerhetsperspektiv är det givetvis angeläget att hälso- och sjukvårdslagstiftningen är tydlig och tillämpas enhetligt över hela landet. Det är särskilt viktigt med tydliga regler och vägledande förarbetsuttalanden i de fall där ingripande beslut, om exempelvis behandling utan samtycke eller rent av med fysiskt tvång, inte kan överklagas och ytterligare ledning inte går att få genom rättspraxis på området. Konsekvenserna av den knapphändiga regleringen av barns rättsliga ställning inom hälso- och sjukvården blir att bedömningen av svåra frågor om grundläggande rättigheter överläts till sjukvårdspersonalen. Det är mycket otillfredsställande. Trots de förtydliganden som har gjorts, genom exempelvis bestämmelserna i patientlagen och 6 kap. 13 a § föräldrabalken, finns det enligt min mening behov av ytterligare klargöranden när det gäller förutsättningarna för vård och behandling av barn inom hälso- och sjukvården oberoende av barnets och vårdnadshavarnas vilja. Annars finns det en uppenbar risk för att barn inte får sina grundläggande behov tillgodosedda eller utsätts för rättsstridiga tvångsåtgärder.

Det har kommit till min kännedom att regeringen har gett en särskild utredare i uppdrag att se över vissa frågor enligt LPT och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, i syfte att ytterligare stärka barnrättsperspektivet, rättssäkerheten och säkerheten i vården för de personer som tvångsvårdas med stöd av LPT och LRV (se S 2021:02 Översyn av vissa frågor gällande den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården och dir. 2021:36). Jag finner därför skäl att skicka en kopia av beslutet till utredningen för kännedom. Såvitt framgår av direktiven omfattar utredningens uppdrag dock endast vissa av de frågor som berörs i detta ärende.

Mot denna bakgrund finner jag även anledning att, enligt 4 § lagen (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän, väcka frågan om en översyn av lagstiftningen som på ett mer fullständigt sätt kan komma till rätta med de brister som berörts. Jag överlämnar därför en kopia av detta beslut till regeringen.

Vad som i övrigt har kommit fram i ärendet föranleder inte några uttalanden från min sida.

Ärendet avslutas.



Elisabeth Rynning

Ärendet har föredragits av Agnes Morin. Byråchefen Dan Johansson och enhetschefen Gunilla Bergerén har deltagit i beredningen. 

Sändlista

Socialstyrelsen (dnr 18748/2019)

IVO (dnr 10.1-23298/2019)

Styrelsen för SLSO, Region Stockholm (dnr SLSO 19-1261)

Regionstyrelsens arbetsutskott, Region Skåne (dnr 1900366)

Regeringen, Socialdepartementet

Regeringskansliet, S 2021:02