

**Yttrande över betänkandet För barnets bästa? (SOU 2017:111)**

---

(S2018/00232/FS)

**Sammanfattning**

Riksdagens ombudsmän, JO, har beretts tillfälle att lämna synpunkter på rubricerade betänkande.

Enligt direktiven är syftet med översynen av tvångsåtgärder mot barn enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, bl.a. att ytterligare stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för de barn som tvångsvårdas. Utgångspunkten för förslagen har angetts vara att minska eller om möjligt avskaffa användningen av tvångsåtgärder utan att försämra förutsättningarna att bereda barn nödvändig vård.

Som framhålls i utredningen är barn som vårdas enligt LPT eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk tvångsvård, LRV, en särskilt utsatt grupp, som generellt kan ha mycket svårt att tillvarata sina rättigheter. Lagförslag som tydliggör och stärker barnperspektivet samt förbättrar rättssäkerheten för barn inom den psykiatriska tvångsvården utgör därför utan tvekan efterlängtade bidrag till en nödvändig utveckling av tvångsvårdslagstiftningen. JO kan inte uttala sig om i vilken utsträckning det skulle kunna vara möjligt att avskaffa tvångsåtgärder inom den psykiatriska vården av barn. Jag vill dock understryka vikten av en tydlig reglering och noggrann kontroll av de tvångsåtgärder som bedöms nödvändiga.

Utredningen anser att en del av förslagen även bör gälla för vuxna patienter och att detta bör beaktas i det fortsatta lagstiftningsarbetet. Utredningen bedömer vidare att rätten att överklaga vissa tvångsåtgärder till förvaltningsdomstol bör utökas för såväl barn som vuxna patienter. Jag delar den uppfattningen, men anser att de förslag som presenteras i betänkandet även mera allmänt synliggör behovet av en samlad översyn av lagen, både för att undvika omotiverade skillnader mellan patienter över och under 18 år och för att underlätta en mer tillfredsställande lagteknisk utformning av de förändringar som föreslås.

Trots att jag i många avseenden delar utredningens uppfattning om behovet av förändring framstår flera av förslagen som otillräckligt genomarbetade. Det gäller bl.a. förslagen till reglering av förutsättningarna för val av behandlingsalternativ

och ny medicinsk bedömning, liksom de nya bestämmelserna om fasthållning och vård i enskildhet. Även en del andra förslag behöver enligt min mening förtydligas och motiveras ytterligare.

I det följande utvecklas mina synpunkter rörande några av utredningens förslag. I övrigt avstår jag från att yttra mig.

### **Vissa allmänna synpunkter på lagtextens utformning**

En översiktlig genomgång av den föreslagna lagtexten föranleder följande allmänna synpunkter på lagtextens utformning, utöver de särskilda synpunkter som framförs i andra avsnitt i detta yttrande.

Utredningen anser att det i förtydligande syfte i 1 a § LPT bör införas hänvisningar till vissa föreskrifter i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821), utöver den allmänna hänvisning till dessa lagar som redan finns i 1 § LPT. Utredningen föreslår också att det i 1 § LRV införs både en allmän hänvisning till de nyss nämnda lagarna och särskilda hänvisningar till vissa bestämmelser i dem. Samtidigt innehåller LRV redan idag flertaliga hänvisningar till bestämmelser i LPT, när det gäller vård och behandling samt de tvångsåtgärder det här är fråga om. De nya bestämmelser som föreslås i 2 c – 2 e §§ LPT har i stora delar samma innebörd som vissa bestämmelser i patientlagen.

Den föreslagna lagtekniska utformningen, med dubbelreglering genom upprepade hänvisningar, fyller enligt min mening inte det avsedda syftet utan riskerar att tvärtom leda till ökad otydlighet. Det kan exempelvis uppstå oklarhet om vad som gäller i fråga om de bestämmelser i patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen som inte är föremål för särskilda hänvisningar.

I den föreslagna nya 17 a § LPT, som ska föras in under rubriken Sluten psykiatrisk tvångsvård, anges att vissa uppräknade bestämmelser ska tillämpas vid sluten psykiatrisk tvångsvård av barn. Även om detta motsatsvis får tolkas som att övriga bestämmelser i det aktuella avsnittet inte ska tillämpas vid vård av barn, framstår utformningen som otydlig, bl.a. mot bakgrund av att det naturligtvis finns många andra bestämmelser i LPT som gäller också vid sluten psykiatrisk tvångsvård av barn. I de särskilda bestämmelserna om sluten psykiatrisk vård blandas vidare olika tekniker, på så sätt att vissa bestämmelser gäller endast för barn och alltså ska tillämpas i stället för motsvarande bestämmelser för vuxna, medan det i andra bestämmelser som gäller för vuxna anges särskilt vad som gäller i fråga om barn. Konstruktionen framstår som svåröverskådlig, vilket är olyckligt från rättssäkerhetssynpunkt.

Även i övrigt behöver den föreslagna lagtexten bli föremål för ytterligare bearbetning.

### **7.3.2 Val av behandlingsalternativ och ny medicinsk bedömning**

Utredningen föreslår att det införs nya paragrafer i LPT och LRV som ska erinra om att bestämmelserna i 7 och 8 kap. patientlagen är tillämpliga även vid vård enligt dessa lagar.

Som jag redan framhållit innebär förslagen rent lagtekniskt en dubbelreglering.

I sak ställer jag mig mycket positiv till ett klargörande av möjligheterna för tvångsvårdade patienter att få välja mellan behandlingsalternativ och få tillgång till en ny medicinsk bedömning (s.k. second opinion). Det är JO:s erfarenhet att bestämmelserna i 7 kap. 1 § och 8 kap. 1 § patientlagen inte tillämpas i den psykiatriska tvångsvården, trots att det rör sig om ett område där patienterna ofta har särskilt allvarliga sjukdomar och det inom professionen inte sällan finns olika uppfattningar om vilka behandlingar som ger bäst effekt i förhållande till biverkningarna. Det behöver alltså klargöras att patienter inom tvångsvården också ska kunna få tillgång till konsultation av ytterligare en läkare i fråga om behandlingsalternativ och medicinsk bedömning.

I utredningen diskuteras dock inte närmare hur de nu nämnda bestämmelserna förhåller sig till 17 § tredje stycket LPT, där det framgår att chefsöverläkaren, om det är nödvändigt, kan fatta beslut om att ge patienten behandling utan samtycke. Samråd om behandlingen ska förvisso äga rum med patienten när det är möjligt, men det är ytterst chefsöverläkaren som enligt den speciallagstiftning LPT utgör får avgöra om en behandling är nödvändig och därmed ska ges oberoende av patientens samtycke. Fråga uppkommer därmed om detta ska gälla oinskränkt även i en situation där patienten har en annan uppfattning än chefsöverläkaren om vilken av flera i och för sig etablerade behandlingar som är lämpligast, eller där en inhämtad second opinion går emot chefsöverläkarens uppfattning. Av rättssäkerhetsskäl bör enligt min mening behovet av en specialreglering avseende frågan om val av behandlingsmetoder och tillgång till ny medicinsk bedömning i den psykiatriska tvångsvården därför övervägas.

Jag kan också tillägga att jag i avsnitt 7.3.13 nedan, som rör patientens möjligheter att överklaga beslut om tvångsåtgärder, noterar att utredningen inte tycks anse att chefsöverläkarens beslut om tvångsmedicinering eller annan påtvingad behandling ska kunna överklagas. Även mot den bakgrunden vill jag understryka vikten av att patienter inte blir helt utlämnade till en enskild chefsöverläkarens bedömning i fråga om behandlingsalternativ och medicinsk bedömning.

### **7.3.5 Barn får inte vårdas tillsammans med vuxna**

Enligt utredningens förslag bör det införas en ny bestämmelse i 2 f § LPT, av vilken det uttryckligen ska framgå att barn som vårdas enligt LPT (och genom hänvisning i LRV även de som vårdas enligt LRV) inte får vårdas tillsammans med vuxna om det inte i det enskilda fallet bedöms vara förenligt med barnets bästa.

Utgångspunkten är alltså att patienter som är under 18 år som huvudregel inte ska vårdas tillsammans med patienter som fyllt 18 år. Jag ansluter mig till den bedömningen. När det gäller behovet av undantag förefaller utredningen dock endast föreställa sig situationen där någon enstaka underårig patient vårdas tillsammans med vuxna patienter. Det bör enligt min mening övervägas om det inte också undantagsvis kan finnas behov av att, i exempelvis vissa övergångssituationer, låta en ung patient som fyller 18 år även under ytterligare någon tid vårdas på en avdelning med patienter under 18 år. Det framstår som oklart om den föreslagna regleringen avses medge något sådant undantag.

### **7.3.6 Utomhusvistelse och dagliga aktiviteter**

I syfte att säkerställa att barn får möjlighet till utomhusvistelse och dagliga aktiviteter förslår utredningen att det i LPT ska införas en ny bestämmelse som reglerar detta. Paragrafen ska genom hänvisning även vara tillämplig vid vård enligt LRV.

JO har vid flera tillfällen påtalat att utgångspunkten bör vara att patienter (såväl vuxna som barn) som vårdas enligt LPT och LRV ges möjlighet att vistas utomhus minst en timme om dagen. Jag är därför givetvis positiv till en reglering av bl.a. utomhusvistelse men noterar att den föreslagna bestämmelsen, till skillnad från vad som gäller för frihetsberövade inom kriminalvården, inte innehåller någon minimitid för utevistelsen (jfr 2 kap. 7 § häkteslagen [2010:611] och 4 kap. 1 § fängelselagen [2010:610]). Utredningen har inte angett något skäl för att den nu föreslagna bestämmelsen inte skulle kunna utformas på motsvarande sätt.

### **7.3.7 Sjukvårdsinrättning för rättspsykiatrisk vård**

Utredningen föreslår att det ska införas ett nytt tredje stycke i 6 § LRV där det föreskrivs att barn får vårdas på en sjukvårdsinrättning där det ges rättspsykiatrisk vård endast om han eller hon omfattas av 1 § LRV. Någon möjlighet till undantag föreslås inte.

Jag delar uppfattningen att barn som är föremål för vård enligt LPT inte bör placeras på en avdelning för rättspsykiatrisk vård. Såvitt jag förstår förekommer det emellertid idag att patienter som vårdas enligt LRV är placerade på avdelningar tillsammans med patienter som vårdas med stöd av LPT och HSL. Det framgår inte om utredningens avsikt med den i lagförslaget valda formuleringen ”sjukvårdsinrättning där det ges rättspsykiatrisk vård” är att sådana blandade avdelningar inte längre ska få förekomma såvitt gäller barn. Formuleringen skulle rent av kunna uppfattas som att det inte ens ska vara möjligt att vårda barn enligt LPT på ett sjukhus där det vid någon av vårdinrättningens övriga avdelningar ges rättspsykiatrisk vård. Jag utgår från att detta inte är utredningens avsikt och föreslår att bestämmelsen förtydligas. Jag vill också nämna att samtidigt som det finns mycket goda skäl för differentiering mellan olika patientkategorier, så är patientpopulationerna beträffande underåriga inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård små. I enskilda fall kan det därmed uppkomma svårigheter att

hitta en lämplig placering där patienten inte vare sig vårdas tillsammans med vuxna eller tillsammans med underåriga som är föremål för vård med stöd av en annan lag, men inte heller placeras i faktisk avskildhet.

### 7.3.9 Fasthållning och fastspänning

#### Fasthållning

Som framhålls i betänkandet är fastspänning med bälte en mycket ingripande och starkt integritetskränkande åtgärd. Såvitt jag förstår är utredningens syfte med den föreslagna regleringen av åtgärden fasthållning att minska användandet av fastspänning, men också att tydliggöra vilka tvångsåtgärder som får förekomma inom tvångsvården utan att de allmänna nödreglerna behöver tillämpas.

Utredningen anför att det redan idag ofta förekommer fasthållning, utan att det dokumenteras. Inte minst från rättssäkerhetssynpunkt är ett sådant förfarande inte acceptabelt. Mot den bakgrunden kan det i och för sig framstå som önskvärt med en tydligare reglering av förutsättningarna för fasthållning. JO har tidigare gett uttryck för den uppfattningen (se JO:s yttrande över betänkandet Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd [SOU:2012:17] den 30 november 2012 i JO:s ärende med dnr R 41-2012).

I betänkandet beskrivs fasthållning som att personal mot den enskildes vilja mycket kortvarigt, närmast momentant, håller fast patienten i syfte att hindra att han eller hon allvarligt skadar sig själv eller någon annan. Då ska enligt förslaget ett formellt beslut om fasthållning dokumenteras i patientens journal. I ett försök att förtydliga vad som utgör fasthållning nämns i betänkandet ett antal situationer som typiskt sett *inte* utgör fasthållning. Jag kan trots detta förutse gränsdragningssvårigheter i den praktiska tillämpningen och därmed också svårigheter att avgöra när en skyldighet att fatta ett formellt beslut uppkommer. Det framstår också som oklart hur den nya bestämmelsen är tänkt att förhålla sig till 18 § andra stycket LPT, som redan idag möjliggör ett fasthållande t.ex. om en patient angriper personal eller andra patienter. Enligt min mening behöver förslaget bearbetas ytterligare.

#### Fastspänning

I betänkandet betonas att fastspänning, i jämförelse med andra tvångsåtgärder i LPT och LRV, är ett utomordentligt långtgående ingrepp i den enskildes rättssfär och att man i den föreslagna regleringen vill understryka åtgärdens undantagskaraktär. Jag kan inte annat än instämma i den beskrivningen.

JO:s Opcat-enhet har i sin inspektionsverksamhet fått kännedom om bältesläggning av ett åttaårigt barn. I det avsnitt där utredningen redovisar vad som gäller i andra nordiska länder framgår att Norge har en åldersgräns på 16 år för fastspänning och avskiljning. Även om utredningen inte har ansett det vara möjligt att helt undvika exempelvis fastspänning av underåriga, skulle det enligt min mening ha varit intressant med en diskussion om erfarenheterna av den betydligt mer restriktiva reglering som gäller i Norge.

Ett förslag som innebär en kortare lagstadgad längsta tid för fastspänning av barn är visserligen ett steg i rätt riktning och bidrar också till att öka tydligheten och rättssäkerheten för dessa patienter. Jag delar dock utredningens farhåga om att en given yttersta tidsgräns kan riskera att bli den tid som en patient blir föremål för åtgärden. Det kan inte nog understrykas att den lagstadgade tiden är den tid som fastspänningen *längst* får pågå och att ett upphörande av fastspänningen ska övervägas fortlöpande. Avsikten måste alltså alltjämt vara att någon bestämd tid för åtgärdens varaktighet inte ska anges redan när fastspänningen inleds.

I den föreslagna bestämmelsen i 19 a § tredje stycket LPT anges att tiden för fastspänning under vissa förutsättningar får förlängas med högst en timme vid varje tillfälle. Jag uppfattar förslaget så att det med formuleringen ”varje tillfälle” i detta fall avses varje omprovningstillfälle och att en fastspänning således kan förlängas flera gånger. En annan tolkning skulle kunna vara att det som avses är varje fastspänningstillfälle och att förlängning därmed endast får ske en gång. Jag föreslår att bestämmelsen formuleras så att det inte kan uppstå några oklarheter om vad som gäller.

I samma bestämmelse framgår att en ”ny undersökning” ska genomföras innan ett beslut om förlängning av fastspänning fattas. Huruvida den valda formuleringen innebär att utredningen anser att en läkarundersökning även bör företas i samband med det inledande beslutet framgår inte klart av betänkandet. Enligt min mening bör dock en läkarundersökning företas i så nära anslutning som möjligt till det inledande beslutet om fastspänning (se t.ex. protokoll från JO:s Opcat-enhets inspektion av Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken inom Stockholms läns landstings sjukvårdsområde, dnr 3816-2017).

Utredningen föreslår att begreppet ”liknande anordning” utmönstras ur den föreslagna lagtexten och anser inte heller att mobila bälten ska få användas. Jag vill i detta sammanhang påpeka att även fasta bälten kan orsaka skador om fastspänningsanordningarna inte är anpassade efter patientens kroppsstorlek (se t.ex. protokoll från JO:s Opcat-enhets inspektion av Östersunds sjukhus inom Region Jämtland Härjedalen, dnr 643-2015). För det fall fastspänning av barn och ungdomar med fasta bälten ska få ske är det min bestämda uppfattning att dessa måste vara konstruerade utifrån barns och ungdomars kroppsstorlek.

### **7.3.10 Avskiljning och vård i enskildhet**

#### **Avskiljning**

Jag ser givetvis positivt på att tiden för avskiljning av barn föreslås bli kortare. Det är bra att tidsgränserna anges i lag. I detta avsnitt är mina synpunkter desamma som jag redogjort för i avsnittet om fastspänning i fråga om läkarundersökning, den valda formuleringen ”vid varje tillfälle” och det jag anfört angående åldersgränser.

## Vård i enskildhet

Utredningen har ansett att det, mot bakgrund av att det kan finnas situationer då barn för sin egen skull kan behöva vårdas i en lugnare miljö, finns anledning att införa en ny bestämmelse om vård i enskildhet. En förutsättning för att få vidta den här tvångsåtgärden ska enligt förslaget vara att det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av barnet. Som en bakgrund till förslaget nämns också att de underrättelser som utredningen har tagit del av från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ger vid handen att ett behov av att barnet vårdas i en stimulfattig miljö ofta är orsaken till att beslut om avskiljning har förlängts.

Utredningen har valt att använda samma begrepp som förekommer i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, trots att den föreslagna tvångsåtgärden enligt LPT förefaller ha en helt annan innebörd än i LVU. Som exempel på vad som ska kunna utgöra vård i enskildhet enligt LPT nämns att en patient vistas i en avskärmad del av en korridor och att det alltid finns ständig tillgång till personal. Vidare anges att det inte finns något som hindrar att flera barn vårdas i samma avskärmande del. Utredningen menar dock att det är fråga om en tvångsåtgärd så länge det inte är patienten själv som bestämmer när han eller hon kan röra sig fritt på avdelningen.

I betänkandet anförs vidare att vård i enskildhet inte innebär att patienten, som vid en avskiljning, vistas i ett låst rum. I det sammanhanget vill jag påpeka att inte heller en avskiljning nödvändigtvis behöver ske i ett låst rum. När det gäller barn finns det all anledning att, i den mån det är möjligt, finna andra mindre ingripande och integritetskränkande lösningar, t.ex. att endast stänga men inte låsa dörren till det rum där barnet ska vistas eller att hålla dörren öppen med personal utanför. JO:s Opcat-enhet har i sin inspektionsverksamhet sett exempel på sådana lösningar.

Såvitt jag förstår är avsikten med förslaget att ge lagstöd för en åtgärd som förekommer redan idag, utan vare sig lagstöd eller kontroll. Jag har vidare förståelse för att det kan finnas patienter som av behandlingsskäl under en viss tid kan behöva vistas i en lugnare miljö. Det framgår dock inte i vilken utsträckning det avsedda syftet skulle kunna uppnås genom differentiering av patienterna och tillfällig placering på en särskild, mindre avdelning. Enligt min uppfattning krävs det starka skäl för införandet av en ny tvångsåtgärd av detta slag. Förslaget om "vård i enskildhet" väcker betänkligheter, bl.a. genom att utredningens beskrivning av vad som ska omfattas av begreppet framstår som alltför onyanserad och otydlig. Det finns därmed risk för gränsdragningsproblem i den praktiska tillämpningen, dels i förhållande till åtgärder som faktiskt utgör avskiljning, dels när det gäller situationer där oklarhet uppstår om frivilligheten från patientens sida. Patienter kan således komma att vårdas i enskildhet utan att ett formellt beslut om åtgärden fattas, eller de facto bli föremål för avskiljning med stöd av ett beslut om vård i enskildhet.

Sammanfattningsvis är förslaget otillräckligt utrett i flera hänseenden. Jag avstyrker därför förslaget.

### 7.3.13 Överklagande av tvångsåtgärder

Utredningen har gjort bedömningen att det borde införas en möjlighet att överklaga tvångsåtgärderna fasthållning, fastspänning, avskiljning, vård i enskildhet, försändelsekontroll, kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning, utöver de tvångsåtgärder som redan idag går att överklaga.

Utredningen har enligt min mening anfört goda skäl för detta. Jag noterar också att utredningen bl.a. hänvisar till artikel 13 i Europakonventionen, som föreskriver att var och en, vars rättigheter kränkts, ska ha tillgång till ett effektivt rättsmedel inför en nationell myndighet.

En möjlighet att överklaga beslut om tvångsåtgärder kan ha en motverkande effekt såväl vad gäller en slentrianmässig användning av dessa som en felaktig användning i uppfostrande eller bestraffande syfte. Även om en prövning kommer att ske i efterhand kan det finnas många fördelar med att få en specifik situation överprövad. Kontrollen av att regler följs utgör vidare i sig en viktig rättssäkerhetsgaranti.

Jag instämmer således i utredningens bedömning att patientens möjligheter att kunna överklaga beslut om tvångsåtgärder bör utvidgas. Jag delar därmed utredningens uppfattning att frågan bör övervägas i det fortsatta lagstiftningsarbetet. I det sammanhanget bör också beaktas vad en sådan förändring kan få för konsekvenser i förhållande till IVO och dess uppgifter att hantera klagomål (se 7 kap. 11 § tredje stycket patientsäkerhetslagen [2010:659]).

Utredningen förefaller dock inte anse att beslut om tvångsmedicinering eller annan behandling med tvång ska kunna överklagas, trots uttalanden om att de mest integritetskränkande åtgärderna bör kunna bli föremål för domstolskontroll. En påtvingad medicinsk behandling utgör ett sådant intrång i den kroppsliga integriteten som aktualiserar skyddet för privatlivet enligt artikel 8 i Europakonventionen (se t.ex. Europadomstolens dom den 9 mars 2004 i målet Glass mot Storbritannien), och därmed även rätten till ett effektivt rättsmedel enligt artikel 13. Jag saknar ett resonemang om detta i utredningen. I betänkandet nämns att frågan om överklagande av beslut om tvångsmedicinering övervägts tidigare i 1991 års lagstiftningsärende, men att det då anfördes att det inte var lämpligt att en rad frågor angående vårdens innehåll skulle kunna bli föremål för prövning av domstol. Enligt min mening kan det dock finnas anledning att ompröva den bedömningen. Under alla förhållanden framstår det som mycket angeläget med någon form av oberoende, ny medicinsk bedömning av tillgängliga behandlingsalternativ (se ovan under avsnitt 7.3.2.) så länge patienten inte erbjuds möjlighet till en formell överprövning av den synnerligen integritetskränkande åtgärd som påtvingad behandling utgör. Jag noterar att den norska psykiatrilagen, som har en mer restriktiv reglering av påtvingad behandling, även innehåller bestämmelser om överprövning av beslut om sådan behandling. Som tidigare anförts skulle det ha varit intressant med en mera utförlig redogörelse för erfarenheterna av det norska regelverket.



I betänkandet förslås vidare att det i 44 § LPT, efter förebild i 36 § LVU, ska regleras att den som är förordnad som offentligt biträde enligt 38 a § LPT för någon som är under 15 år, utan särskilt förordnande ska vara den unges ställföreträdare i det mål eller ärende som förordnandet avser. Enligt utredningen innebär bestämmelsen att biträdet automatiskt blir barnets företrädare i det mål eller ärende som förordnandet avser.

Jag saknar i detta sammanhang en diskussion om förslagets betydelse för vårdnadshavarnas möjligheter att överklaga beslut enligt LPT avseende barnet. I mål och ärenden enligt LVU har både barn och vårdnadshavare ställning som part fram till dess att den unge fyller 18 år. Det innebär bl.a. att vårdnadshavarna har rätt att klaga på beslut enligt LVU, även i de fall de inte har rätt att föra barnets talan. Klagoberättigad enligt LPT är dock endast patienten, vilket såvitt jag förstår betyder att vårdnadshavarna genom den föreslagna lagändringen skulle förlora möjligheten att klaga på beslut avseende barn under 15 år, i de fall barnet har ett offentligt biträde. Om detta är utredningens avsikt borde skälen för ställningstagandet ha redovisats. I avsaknad av motivering kan jag inte tillstyrka förslaget i dess nuvarande utformning.

#### **7.4 Utveckling och kontroll av psykisk tvångsvård av barn**

Utredningen föreslår att det ska inrättas ett särskilt utvecklings- och kontrollorgan – Nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård av barn – med IVO som värmyndighet. Nämndens uppgifter bör enligt utredningen bl.a. innefatta besök på vårdinrättningar som bedriver tvångsvård av barn, en gång per månad.

Jag instämmer i bedömningen att det finns ett stort behov av insyn i, överblick över och regelbunden kontroll av den psykiatriska tvångsvården, inte minst när det gäller barn. En nationell överblick är vidare nödvändig för att säkerställa en likvärdig vård i hela landet. Hur detta bäst ska organiseras är inte en fråga för JO. Jag vill ändå uttrycka tveksamhet till förslaget om en särskild nämnd, vars förhållande till IVO:s mandat och uppgifter framstår som oklart.

Jag delar dock utredningens uppfattning att IVO behöver säkerställa att de register som myndigheten ska föra enligt patientsäkerhetslagen är uppdaterade. Anmälningsskyldigheten till IVO syftar dels till att IVO ska få kännedom om vilka sjukvårdsinrättningar och enheter för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård som finns, dels att IVO ska få vissa uppgifter om dessa (se prop. 2005/06:63 s. 32). JO har tidigare påtalat problemen med att dessa register inte uppdateras (se JO:s beslut den 9 maj 2016, dnr 733-2015).

Enligt min mening måste det ifrågasättas hur IVO kan bedriva en effektiv tillsyn utan ett tillförlitligt register över de vårdgivare tillsynen ska omfatta.