

Bilaga till beslut i dnr 2782-2018

I sina yttranden till JO har remissinstanserna framfört bl.a. följande (*bilagorna har här utelämnats, JO:s anm.*):

Socialstyrelsens yttrande

Fråga 1 a

Om ett barn i psykiatrisk slutenvård motsätter sig angelägen behandling av ingripande karaktär, i vilka situationer anser myndigheten att vårdnadshavarnas samtycke till behandlingen kan vara tillräckligt för att behandlingen ska kunna genomföras? I vilka situationer anser myndigheten att det krävs ett beslut om tvångsvård för att tillgodose vårdbehovet?

Socialstyrelsens bedömning

Hälso- och sjukvård av barn

En grundläggande utgångspunkt i hälso- och sjukvården är att den vård som ges är frivillig och ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.¹ Patienten har därmed också rätt att avstå från viss behandling.² Denna utgångspunkt ska även gälla då vård ges till barn. Den behandling som ges barnet ska vara i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.³

Då barn ges hälso- och sjukvård ska barnets bästa särskilt beaktas.⁴ Vid bedömningen av vad som är barnets bästa är såväl barnets som vårdnadshavarnas synpunkter en viktig del. Barnet och vårdnadshavarna har enligt patientlagen rätt att vara delaktiga i vården.⁵ I barnkonventionen finns bestämmelser om såväl barnets rätt till delaktighet som vårdnadshavarnas ansvar för barnets uppfostran och utveckling.⁶ Enligt EKMR har var och en, dvs. även barn, rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv.⁷

I hälso- och sjukvårdens regelverk saknas en särskild reglering om barns samtycke. Av patientlagen framgår dock att barnets inställning till den aktuella vården eller

¹ 4 kap. 1 och 2 §§ patientlagen.

² Prop. 1981/82:97, sid 118.

³ 6 kap. 1 § PSL.

⁴ 1 kap. 8 § patientlagen och artikel 3 barnkonventionen.

⁵ 4 kap. 3 § och 5 kap. 1 och 3 §§ patientlagen.

⁶ Artikel 5, 12 och 18 barnkonventionen.

⁷ Artikel 8 EKMR.

behandlingen ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.⁸ Av förarbetena framgår att ett barn ska anses moget nog att ensamt få besluta om en viss sjukvårdsåtgärd om barnet kan tillgodogöra sig behövlig information och förstår vilka konsekvenser sjukvårdsinsatsen kan få.⁹

Om patienten är ett barn blir även FB:s bestämmelser om vårdnadshavares rätt och skyldighet att besluta i frågor som rör barnets personliga angelägenheter tillämplig.¹⁰ Även enligt FB får barnet i takt med sin ålder och mognad ökad rätt till delaktighet.¹¹ Av förarbetena till FB framgår att vårdnadshavarnas skyldighet att ta hänsyn till barnets egna önskemål och synpunkter inte skulle innebära att vårdnadshavaren skulle vara förhindrad att sätta sig över barnets vilja i de fall då barnets bästa kräver det.¹² Vidare anges att vårdnadshavaren är skyldig att ingripa om ett barn kan komma till skada eller om barnet visar sig inte vara moget att självt fatta beslut.¹³

Av LPT framgår att en förutsättning för psykiatrisk tvångsvård är att patienten motsätter sig kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård eller att det finns anledning att anta att vården inte kan ges med patientens samtycke. I LPT finns ingen bestämmelse om hur denna förutsättning ska bedömas i förhållande till barn. Enligt förarbetena är det patientens egen inställning till den vård som är nödvändig som är avgörande vid bedömningen av om detta rekvisit ska anse vara uppfyllt. Det framgår vidare att detta i princip även gäller om patienten är underårig och att vårdnadshavares inställning till vården därmed inte är avgörande i detta hänseende.¹⁴

Bestämmelser i patientlagen och FB om barnets ökade rätt till delaktighet ger inte barn någon formell beslutanderätt. Enligt förarbetena till patientlagen kan dock ett barn ensamt, dvs. utan vårdnadshavarnas medgivande, samtycka till viss vård om barnet har en sådan mognad att denne kan förstå konsekvenserna därav. Ett barn som har tillräcklig mognad att förstå konsekvenserna av en utebliven behandling bör därmed också kunna besluta att avstå från en viss vårdåtgärd. Frågan är vad som gäller om barnet och dess vårdnadshavare inte är överens. Såsom då vårdnadshavarna samtycker till viss behandling, men barnet motsätter sig. En bedömning behöver då göras av barnets självbestämmanderätt i förhållande till vårdnadshavarnas ansvar och rätt att besluta om barnets vård. Om behandlingen inte kan ges inom den frivilliga vården uppkommer frågan om vård kan ges inom den psykiatriska tvångsvården. Barnets självbestämmanderätt blir då relevant för bedömningen av om barnet motsätter sig den psykiatriska vården, vilket är en förutsättning för psykiatrisk tvångsvård.

Enligt Socialstyrelsen är barnets rättsliga ställning i förhållande till vårdnadshavarnas ansvar för barnets hälso- och sjukvård till viss del otydlig. Det är oklart i vilken utsträckning vårdnadshavaren kan sätta sig över barnets vilja att avstå från en viss behandling. Det blir därmed också otydligt om vården ska inhämta barnets och/eller vårdnadshavarnas samtycke till behandlingen.

⁸ 4 kap. 3 § patientlagen.

⁹ Prop. 2013/14:106, sid. 67. Information om hur barns mognad kan bedömas finns i Socialstyrelsens kunskapsstöd Bedöma barns mognad för delaktighet – Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården, artikelnummer 2015-12-22.

¹⁰ I Lagrådets yttrande över lagförslag om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen och ändring av det kön som framgår av folkbokföringen redogör rådet för sin syn på barnets självbestämmande i förhållande till föräldraansvaret, se särskilt sid. 21-29. Utdrag ur protokoll vid sammanträde 2018-10-23 finns här: <https://www.lagradet.se/wp-content/uploads/lagradet-attachments/Vissa%20kirurgiska%20ingrepp%20i%20k%C3%B6nsorganen%20och%20%C3%A4ndring%20av%20det%20k%C3%B6n%20som%20framg%C3%A5r%20av%20folkbokf%C3%B6ringen.pdf>.

¹¹ 6 kap. 11 § FB.

¹² Prop. 1981/82:168, sid. 24.

¹³ Prop. 1981/82:168, sid. 72.

¹⁴ Prop. 1990/91:58, sid. 242.

Påtvingat kroppsligt ingrepp

Med kroppsligt ingrepp avses, utöver våld mot människokroppen, även läkarundersökningar, smärre ingrepp som vaccinerings och blodprovstagning samt liknande företeelser som brukar betecknas med ordet kroppsbesiktning.¹⁵ Även psykiatriska undersökningar bör hänföras till begreppet.¹⁶ Att mot en patients vilja ge vård som innefattar sådana åtgärder är att betrakta som ett påtvingat kroppsligt ingrepp. Ett sådant ingrepp får det allmänna enligt RF endast vidta om det finns stöd i lag.¹⁷ Bestämmelsen i 6 kap. 11 § FB torde i viss mån kunna betraktas som ett sådant lagstöd som krävs för inskränkningar i RF:s skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp. En sådan tolkning ligger enligt Socialstyrelsens bedömning också i linje med barnkonventionens bestämmelser om vårdnadshavarnas ansvar för barnet och om barnets bästa.¹⁸

Socialstyrelsen kan dock konstatera att det råder en betydande osäkerhet avseende frågan om hur långtgående ovanstående lagstöd är. Enligt myndighetens bedömning torde FB i kombination med principerna i barnkonventionen inte kunna åberopas som stöd för mer ingripande behandlingsåtgärder mot barnets vilja. Ju mer ingripande en åtgärd är, desto striktare bör lagtolkningen vara.¹⁹ Vid bedömningen torde, utöver karaktären hos behandlingsåtgärden som sådan, bland annat även omfattningen och arten av det tvång som krävs för att genomföra behandlingsåtgärden samt barnets ålder och mognad vara av betydelse.

Den otydlighet som råder är otillfredsställande, särskilt eftersom det berör barn som är i behov av angelägen behandling. Det är viktigt med tydligt lagstöd för inskränkningar i skyddet för grundläggande fri- och rättigheter.

Om vårdnadshavare inte kan samtycka till en angelägen behandling av ingripande karaktär mot barnets vilja kan psykiatrisk tvångsvård krävas för att tillgodose vårdbehovet.

Fråga 1 b

Hur anser myndigheten att vårdgivaren bör förvissa sig om att vårdnadshavarna är eniga i fråga om den nämnda behandlingen? Hur anser myndigheten att oenighet mellan vårdnadshavarna bör hanteras?

*Socialstyrelsens bedömning**Vårdens utredning av om vårdnadshavarna är eniga*

Om ett barn har två vårdnadshavare gäller bestämmelserna om båda tillsammans. I vissa fall kan dock en vårdnadshavare bestämma ensam. Det gäller om en av vårdnadshavarna är förhindrad att ta del i sådana beslut rörande vårdnaden som inte utan olägenhet kan skjutas upp. En vårdnadshavare får dock inte ensam fatta beslut av ingripande betydelse för barnets framtid, om inte barnets bästa uppenbarligen kräver det.²⁰

Om en åtgärd kräver båda vårdnadshavarnas samtycke behöver vården förvissa sig om att båda vårdnadshavarna samtycker. Om den ene vårdnadshavarens inställning inte klargörs kan konsekvensen bli att barnet inte kan ges den behandling denne har behov av. Att vården förvissas sig om att båda vårdnadshavarna samtycker blir därmed avgörande för att vården ska kunna uppfylla målet med hälso- och

¹⁵ Prop. 1975/76:209 Om ändring i regeringsformen, sid. 147.

¹⁶ SOU 2013:2 Patientlag, sid. 174.

¹⁷ 2 kap. 20 § RF.

¹⁸ Artikel, 3, 5 och 18 barnkonventionen.

¹⁹ Förvaltningsrättslig tidskrift 2016, Moa Kindström Dahlin, Att tvinga ett barn – om barns rättigheter i hälso- och sjukvården och behovet av en tydligare tvångsvårdslagstiftning, sid. 263.

²⁰ 6 kap. 13 § FB.

sjukvården, dvs. en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.²¹ Det blir även avgörande för att vården ska kunna vara lätt tillgänglig och för barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård.²²

Socialstyrelsen kan inte närmare precisera hur hälso- och sjukvården rent praktiskt bör gå till väga för att förvissa sig om att vårdnadshavarna är eniga om en viss vårdåtgärd. Av förarbetena framgår dock att det i vissa fall kan vara tillräckligt att den närvarande vårdnadshavaren tillfrågas för att vårdgivaren ska kunna förvissa sig om att även den andra vårdnadshavaren samtycker till viss åtgärd. I andra fall kan vården behöva samråda med den andra vårdnadshavaren för att kunna förvissa sig om att denne samtycker till åtgärden. Det gäller enligt förarbetena om det finns någon särskild anledning att misstänka att den andra vårdnadshavaren inte samtycker till behandlingen eller om det är fråga om åtgärder av ingripande betydelse för barnets framtid.²³

Oeniga vårdnadshavare

Om vårdnadshavarna är oeniga om en viss behandling inom hälso- och sjukvården ska ges barnet eller inte kan vården i vissa fall vända sig till socialnämnden för att få ett beslut om att behandlingen ska genomföras mot den ena vårdnadshavarens vilja. Det gäller om det krävs med hänsyn till barnets bästa och åtgärden gäller en psykiatrisk eller psykologisk utredning eller behandling som omfattas av HSL.²⁴ Somatisk vård omfattas dock inte.²⁵

Om vårdnadshavarnas oenighet om vilken vård barnet ska ges innebär att barnet far illa eller att det finns sådana misstankar ska hälso- och sjukvården göra en anmälan till socialnämnden.²⁶ I vissa situationer kan det vara aktuellt med vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Sådan vård kan ges om det på grund av vissa förhållanden i barnets hem finns en påtaglig risk för att barnets hälsa eller utveckling skadas.²⁷

Fråga 1 c

I det fallet att vårdnadshavarnas samtycke inte anses tillräckligt för att ge ett barn angelägen psykiatrisk behandling, vilket inflytande anser myndigheten att vårdnadshavarna bör ha i de fortsatta övervägandena vad gäller beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder?

Socialstyrelsens bedömning

Vårdnadshavarens inflytande vid beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder

Det är ytterst chefsöverläkaren som fattar beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder och därmed självständigt fattar beslut i dessa frågor.

Hälso- och sjukvården ska dock så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.²⁸ När patienten är ett barn har vårdnadshavarna rätt och skyldighet att som företrädare för barnet vara delaktiga i barnets personliga angelägenheter,²⁹ vilket även inkluderar hälso- och sjukvård. Vårdnadshavarna ska också som närstående till barnet få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och bestämmelserna om sekretess och

²¹ 3 kap. 1 § HSL.

²² 5 kap. 1 § HSL samt artikel 24 barnkonventionen.

²³ Prop. 2011/12:53, sid. 9.

²⁴ 6 kap. 13 a § FB.

²⁵ Prop. 2011/12:53, sid. 16 och 28.

²⁶ 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

²⁷ 2 § LVU.

²⁸ 5 kap. 1 § patientlagen.

²⁹ 6 kap. 11 § FB.

tystnadsplikt inte hindrar det.³⁰ Vårdnadshavarnas rätt till delaktighet i vården gäller under hela vårdtiden och oavsett om vården sker med tvång eller frivilligt.

Inför ett beslut om tvångsvård kan patientens och vårdnadshavarnas delaktighet vara särskilt viktig när det gäller bedömningen av barnets vårdbehov. Detta behov ska inte endast bedömas utifrån den allvarliga psykiska störningen utan även mot bakgrund av patientens övriga personliga förhållanden, såsom patientens levnadsförhållanden och relationer till omgivningen.³¹

När det gäller tvångsåtgärder kan patientens och vårdnadshavarnas delaktighet vara särskilt angelägen då hälso- och sjukvårdspersonalen ska försöka få patienten att frivilligt medverka till vården. Delaktighet är också viktigt för att vården ska kunna få den kunskap som behövs för att en tvångsåtgärd ska kunna utföras så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.³²

Vid beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder ska barnets bästa särskilt beaktas.³³ En viktig del i vårdens bedömning av vad som är barnets bästa är patientens och vårdnadshavarnas åsikter. Vårdnadshavarna känner ofta barnet bäst och har därmed i regel sådan kunskap som behövs för att en åtgärd ska kunna genomföras i enlighet med barnets bästa. Vilken hänsyn som ska tas till vårdnadshavarnas synpunkter måste emellertid bedömas utifrån ett barn- och barnrättsperspektiv.

Det är således chefsöverläkaren som självständigt fattar beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder. Inför besluten har barnet och dennes vårdnadshavare så långt som möjligt rätt till delaktighet. 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.

Fråga 1 d

Anser myndigheten att det finns en nedre åldersgräns för när psykiatrisk tvångsvård behöver beslutas för att behandling av en patient under 18 år ska kunna ske mot dennes vilja?

Socialstyrelsens bedömning

I LPT finns inte någon nedre åldersgräns för psykiatrisk tvångsvård. Av förarbetena till LPT framgår att det är patientens egen inställning till den vård som är nödvändig som skall tillmätas självständig betydelse vid bedömning av om patienten motsätter sig psykiatrisk tvångsvård. Detta uppges i princip gälla även om patienten är underårig eller har en förvaltare eller god man förordnad för sig. En eventuell vårdnadshavares, förvaltares eller god mans inställning till vården är därmed, enligt förarbetena, inte avgörande i detta hänseende.³⁴ Enligt Socialstyrelsen går det inte att fastställa en generell nedre åldersgräns för när psykiatrisk tvångsvård behöver beslutas för att behandling av en patient under 18 år ska kunna ske mot dennes vilja.

Fråga 2 a

Vilka kriterier anser myndigheten måste vara uppfyllda för att det ska vara möjligt att mot en patients vilja tillföra näring och medicin med stöd av 17 § LPT?

Socialstyrelsens bedömning

³⁰ 5 kap. 3 § patientlagen.

³¹ Prop. 1990/91:58, sid 239.

³² Se 2 a och 2 b §§ LPT.

³³ 1 kap. 8 § patientlagen och artikel 3 barnkonventionen.

³⁴ Prop. 1990/91:58, sid. 242.

Socialstyrelsen bedömer att nedan nämnda krav måste vara uppfyllda för att en patient mot sin vilja ska kunna ges behandling med stöd av 17 § LPT.

Patienten ska vårdas enligt LPT

Av RF framgår att det krävs stöd i lag för att det allmänna ska kunna påtvinga en enskild individ ett kroppsligt ingrepp.³⁵ I 17 § LPT finns lagstöd för att i vissa fall behandla en patient mot dennes vilja då patienten vårdas med stöd av LPT. Bestämmelsen ger dock inte stöd för att använda behandling mot patientens vilja då denne vårdas frivilligt vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård. Vissa bestämmelser i LPT gäller nämligen även för patienter som vårdas frivilligt, såsom bestämmelsen om kroppsvisitation.³⁶

De allmänna bestämmelserna för tvångsåtgärder ska vara uppfyllda

För att behandling ska kunna ges mot en patients vilja måste de allmänna bestämmelserna för användning av tvångsåtgärder i 2 a och 2 b §§ LPT vara uppfyllda. Av bestämmelsernas lydelse och förarbeten framgår att de är tillämpliga då en patient ges behandling mot sin vilja.³⁷ Det innebär att en behandling endast får ges mot patientens vilja om proportionalitetsprincipen är uppfylld och om patienten inte har förmåtts att frivilligt medverka till vård genom en individuellt anpassad information. Behandlingsåtgärden får inte till sin art, omfattning och varaktighet vara mera ingripande än vad som är försvarbart med hänsyn till syftet med tvångsvården.³⁸

Samråd och information

Innan behandling kan ges mot patientens vilja ska samråd om behandlingen äga rum med patienten när det kan ske och med patientens närstående, om det inte är olämpligt.³⁹ Patienten har också rätt till viss information. Såsom information om de metoder som finns för undersökning, vård och behandling samt vilka konsekvenser det kan få att patienten avstår från viss behandling.⁴⁰

De krav hälso- och sjukvårdens regelverk ställer på behandling ska vara uppfyllda

Patienter som vårdas enligt LPT omfattas även av den reglering som gäller för den frivilliga hälso- och sjukvården.⁴¹ Den behandling som ges vid vård enligt LPT ska således uppfylla de krav som gäller för behandling enligt hälso- och sjukvårdens regelverk, dvs. oavsett om behandlingen ges med eller utan patientens samtycke. Det innebär bland annat att vården ska vara förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁴²

Det ska vara en nödvändig psykiatrisk behandling som ges för att uppnå syftet med tvångsvården

Den behandling som ges med tvång ska vara nödvändig. Behandlingsåtgärden ska anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården, dvs. att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.⁴³ Av förarbetena framgår att de behandlingsåtgärder som åsyftas i 17 § är psykiatrisk behandling, inte somatisk.⁴⁴ Anorexia Nervosa är ett psykiatriskt tillstånd, med både psykiska och somatiska konsekvenser för den drabbade.⁴⁵ Ett centralt symptom är den självsvält som blir följden av ett för lågt energiintag. Personer med svår anorexi kan ha störd realitetsuppfattning och

³⁵ 2 kap. 6 och 20 §§ RF.

³⁶ Se 23 a § LPT.

³⁷ Prop. 1999/2000:44, sid. 113.

³⁸ Prop. 1999/2000:44, sid. 81.

³⁹ 17 § LPT.

⁴⁰ 3 kap. 1 1 och 4 kap. 2 § patientlagen.

⁴¹ 1 § LPT.

⁴² 6 kap. 1 § PSL, 1 kap. 7 § patientlagen samt prop. 1990/91:58, sid. 135 och 257.

⁴³ 2 § andra stycket och 17 § LPT.

⁴⁴ Prop. 1990/91:58, sid. 257.

⁴⁵ DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) och ICD 10 (International Classification of Diseases)

därigenom dålig insikt i den allvarliga situationen, och tillståndet kan snabbt bli livshotande.⁴⁶

Barnets bästa ska särskilt beaktas

Om patienten är ett barn ska barnets bästa särskilt beaktas vid bedömningen av om en viss behandling ska ges mot barnets vilja eller inte.⁴⁷ Då vården bedömer vad som är barnets bästa i en viss situation är barnets och vårdnadshavarnas synpunkter en viktig del.

Om ovan nämnda förutsättningar är uppfyllda får enligt Socialstyrelsen läkemedel och näring ges mot en patients vilja enligt 17 § LPT.

Fråga 2 b

Kan nödrätten aktualiseras i den nyss nämnda situationen?

Socialstyrelsens bedömning

Nödrätten kan aktualiseras om kriterierna i 24 kap. 4 § BrB är uppfyllda. Det innebär att en åtgärd kan utföras mot en patients vilja om patientens liv eller hälsa är hotad och om åtgärden är försvarlig utifrån farans beskaffenhet, den skada som åsamkas patienten och omständigheterna i övrigt. Om dessa kriterier är uppfyllda är den som utför åtgärden fri från ansvar, dvs. det är endast ett brott om gränsen för nödrätten har överskridits.

Av förarbetena framgår att faran för liv eller hälsa ska vara överhängande för att nödrätten ska kunna åberopas. Var gränsen går för att nödrätten ska kunna åberopas måste bedömas i varje enskilt fall. En avvägning behöver göras mellan å ena sidan den integritetskränkning det innebär att en åtgärd vidtas mot någons vilja och å andra sidan vikten av att åtgärden utförs.

När det gäller tillförsel av näring eller vätska mot någons vilja har det i förarbetena framförts att det utgör ett synnerligen allvarligt ingrepp i den personliga integriteten. Det har också framförts att det inte torde råda någon tvekan om att sådan tillförsel allmänt sett måste bedömas som försvarliga i nödparagrafens mening för att rädda en person från döden eller från allvarliga och obotliga skador. Detta har särskilt bedömts vara fallet för personer som samhället har tvångsomhändertagit på en institution.⁴⁸

Socialstyrelsen anser att tillförsel av läkemedel eller näring allmänt sett måste bedömas som försvarliga i nödparagrafens mening för att rädda en person från döden eller från allvarliga och obotliga skador. Om nödrätten kan åberopas eller inte för att ge en patient läkemedel eller näring mot dennes vilja måste dock alltid bedömas i varje enskilt fall. Det krävs att det är en utpräglad nödsituation där faran för patientens liv eller hälsa är överhängande. Åtgärden måste också vara försvarlig utifrån farans beskaffenhet, den skada som åsamkas patienten och omständigheterna i övrigt. Om patienten är ett barn måste hälso- och sjukvården också göra en bedömning av om åtgärden är för barnets bästa. Den åtgärd som vidtas med stöd av nödrätten måste upphöra i samma stund som det inte längre är en utpräglad nödsituation. Tillförsel av läkemedel och näring kan således inte ske grundat på nödrätten då den akuta nödsituationen har upphört.

Nödrätten kan enligt Socialstyrelsen tillämpas för såväl en somatisk som en psykiatrisk behandling. Den kan också användas såväl då patienten vårdas frivilligt som med tvång. Att åtgärden företas mot någons vilja behöver dock beaktas när det bedöms om handlingen är försvarlig eller inte. Om personen vårdas med tvång kan

⁴⁶ Psykiatrisk tvångsvård. Kliniska riktlinjer för vård och behandling. Nr 13. Svenska Psykiatriska Föreningen.

⁴⁷ 1 kap. 8 § patientlagen, 5 kap. 6 § HSL samt artikel 3 barnkonventionen.

⁴⁸ Prop. 1983/84:148, sid. 22 och 23.

det, enligt förarbetena, anses särskilt angeläget att en åtgärd kan vidtas utifrån nödrätten eftersom samhället då kan anses ha ett särskilt ansvar.

Om nämnda förutsättningar är uppfyllda kan nödrätten enligt Socialstyrelsen användas för att tillföra näring och medicin mot en patients vilja.

Fråga 3

Olika åtgärder (exempelvis fasthållning alternativt fastspänning) kan vidtas för att mot en patients vilja tillföra näring och medicin via sond. Vilka åtgärder anser myndigheten att man bör vidta för att tillförandet av näring och medicin via sond, mot en patients vilja, ska vara så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten (se 2 a och 2 b §§ LPT)?

Socialstyrelsens bedömning

Generellt gäller att vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt att patienten ska visas omtanke och respekt.⁴⁹ Då behandling ges mot en patients vilja är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen har den kunskap som krävs för denna uppgift, såväl medicinsk kunskap som kunskap om bemötande. Patienten ska få nödvändig information och, utifrån ålder och mognad, ges inflytande över hur behandlingen genomförs. Det är viktigt att fråga patienten om det finns något som kan underlätta situationen. Efter en genomförd tvångsåtgärd ska patienten, så snart dennes tillstånd tillåter det, erbjudas ett uppföljningsamtal.⁵⁰ Vid ett sådant samtal kan viktig kunskap inhämtas om hur en behandling ska utföras för att vara så skonsam som möjligt för just den patienten.

Socialstyrelsen kan inte i detalj redogöra för hur näring och medicin bör tillföras i en tvångssituation för att det ska vara så skonsamt som möjligt. Vilket sätt som är mest skonsamt kan skilja sig från patient till patient och behöver därför bedömas individuellt i varje enskilt fall. Vissa personer har perceptuell överkänslighet som kan innebära stark känslighet för och obehag av beröring, såsom av fasthållning. Det kan gälla för exempelvis personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (t.ex. autism). Dessa personer skulle därför kunna föredra bältesläggning framför fasthållning utförd av fysisk person. Andra personer skulle uppleva det tryggare med mänsklig kontakt i form av fasthållning. Det är således väsentligt att genomförandet av tvångsåtgärder, såväl som annan vård, anpassas efter den enskildes särskilda behov och att samtlig personal som deltar i vården har kunskap om dessa behov.

Fråga 4 a

I vilka fall anser myndigheten att vårdgivarna bör dokumentera behandling mot en patients vilja? Vad anser myndigheten bör gälla för de fall då behandlingen genomförs mot patientens vilja men med stöd av vårdnadshavarnas samtycke?

Socialstyrelsens bedömning

Av PDL och HSLF-FS 2016:40 framgår att en patientjournal bland annat ska innehålla uppgifter om vilken behandling en patient ges, om patienten har samtyckt till behandlingen eller beslutat att avstå från viss behandling. Att en patient, vuxen eller barn, ges behandling mot sin vilja ska således alltid dokumenteras i patientens journal. Om ett barn behandlas utifrån vårdnadshavares samtycke mot barnets vilja ska båda dessa faktorer enligt Socialstyrelsens bedömning framgå av barnets journal. Kraven på journalföring gäller såväl för den frivilliga hälso- och sjukvården som för den psykiatriska tvångsvården.

⁴⁹ 5 kap. 1 § patientlagen, 5 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § PSL.

⁵⁰ 18 a § LPT.

Fråga 4 b

I vilka fall anser myndigheten att vårdgivarna bör rapportera den nyss nämnda behandlingen till Socialstyrelsen?

Socialstyrelsens bedömning

Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården är skyldig att lämna vissa uppgifter till Socialstyrelsens patientregister (PAR). Uppgifterna ska lämnas för patienter som har varit inskrivna i den slutna hälso- och sjukvården eller har behandlats av läkare i den del av den öppna hälso- och sjukvården som inte är primärvård. Ändamålet med datainsamlingen är att den ska användas för statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring.

De åtgärder som rapporteras in till PAR ska registreras enligt ”Klassifikation av vårdåtgärder” (så kallade KVÅ-koder).⁵¹ Inom den psykiatriska slutenvården ska åtgärden ”Nasogastrisk eller nasogastroduodenal sond” rapporteras in till PAR. I motiveringen anges att det inom barnpsykiatri är vanligt att sond anläggs mot patientens vilja och att åtgärden därför är viktig att rapportera.⁵² Inom den psykiatriska tvångsvården ska åtgärderna ”Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande” och ”Åtgärd utförd under fasthållande eller fastspänning”, exempelvis anläggande av sond, rapporteras in till PAR.⁵³

Vårdgivare är alltså skyldiga att till PAR rapportera in då en sond har anlagts, det gäller såväl då sond har anlagts frivilligt som under fasthållning eller fastspänning. Det finns dock ingen skyldighet att rapportera om en behandling har skett utifrån vårdnadshavarnas samtycke, men mot barnets vilja. För att en sådan skyldighet ska kunna införas krävs att det skulle vara förenligt med de ändamål för datainsamling som framgår av förordningen om patientregister hos Socialstyrelsen.

Fråga 5

Har myndigheten noterat om vårdgivarna i landet har olika uppfattning beträffande ovan nämnda frågor?

Socialstyrelsen har inte noterat om vårdgivare i landet har olika uppfattning beträffande de frågor som ställs i remissen.

Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) yttrande

Inledningsvis vill IVO framhålla att frågorna och därmed svaren i stora delar utgår från nationell lagstiftning och dess konfliktytor mellan vårdnadshavarnas rätt enligt föräldrabalken, FB, och barnets ställning som patient enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen inklusive tvångslagstiftningen. För en djupare analys skulle barnets ställning som rättighetsbärare enligt Europakonventionen⁵⁴ och barnkonventionen⁵⁵ behöva synliggöras och tydliggöras. IVO bedömer att en sådan analys inte faller inom ramen för myndighetens yttrande i detta ärende.

Nedan besvarar IVO de frågor som ställts.

⁵¹ Se bilaga 1 och 2 till SOSFS 2013:35 samt Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:91) om ändring i föreskrifterna (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister.

⁵² Baslista för KVÅ vid läkarbesök i psykiatrisk SLUTENVÅRD, gällande fr.o.m. 2019-01-01, sid 6 och 15. Se <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/klassifikationer-och-koder/kva-baslista-for-psykiatrisk-slutenvard-2019.pdf>, 2019-09-24.

⁵³ Baslista för KVÅ vid läkarbesök i psykiatrisk SLUTENVÅRD, gällande fr.o.m. 2019-01-01, sid 12.

⁵⁴ Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

⁵⁵ FN:s konvention om barnets rättigheter.

1 a) Om ett barn i psykiatrisk slutenvård motsätter sig angelägen behandling av ingripande karaktär, i vilka situationer anser myndigheten att vårdnadshavarnas samtycke till behandlingen kan vara tillräckligt för att behandlingen ska kunna genomföras? I vilka situationer anser myndigheten att det krävs ett beslut om tvångsvård för att tillgodose vårdbehovet?

Frågan rör gränserna för barnets egen rätt som människa och patient i förhållande till vårdnadshavarnas rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnet. Mot bakgrund av frågans komplexitet anser IVO att det är svårt att uttala sig specifikt om i vilka situationer vård kan ges på olika grunder. Nedan beskrivs huvuddragen i relevant reglering samt IVO:s bedömning av vilka kriterier som behöver beaktas vid en prövning av om en behandling kan utföras med stöd av vårdnadshavares samtycke eller om ett beslut om tvångsvård är erforderligt.

Reglering

Var och en har enligt Europakonventionen⁵⁶ rätt till frihet och personlig säkerhet. Ingen får berövas friheten förutom i vissa angivna fall och då i den ordning som lagen föreskriver. Ett sådant angivet fall är när någon är lagligen berövad friheten därför att han är psykiskt sjuk.

Var och en är enligt 2 kap. 6 § regeringsformen gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Under vissa förutsättningar, såsom att syftet ska vara att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle, får detta skydd begränsas genom lag.

Grunden för hälso- och sjukvården är att den ska bygga på samtycke från patienten. Hälso- och sjukvården ska enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Enligt 4 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL, ska patientens integritet och självbestämmande respekteras. I 2 § samma kapitel sägs uttryckligen att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag. Patienten ska enligt 4 § samma kapitel 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.

Av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, framgår att vård utan samtycke, tvångsvård, får ges under de förutsättningar som anges i lagens 3 §. I paragrafens andra stycke anges att en förutsättning för vård enligt lagen är att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

Enligt 1 § LPT gäller föreskrifterna i HSL och PL all psykiatrisk vård.

Tvångsvård enligt LPT ska syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som behövs (2 § LPT). Tvångsåtgärder får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas (2 a § LPT).

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 § PL).

När ett barn får hälso- och sjukvård gäller bestämmelser om vårdnadshavarens rätt, skyldighet och ansvar enligt FB. Enligt FB har ett barns vårdnadshavare ansvar för

⁵⁶ Artikel 5 e.

barnets personliga förhållanden och för att se till att barnets behov av omvårdnad, trygghet och en god fostran blir tillgodosedda (6 kap. 1 och 2 §§ FB). Vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter, och ska därvid i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål (6 kap. 11 § FB).

Vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska enligt artikel 3.1 i barnkonventionen i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. I artikelns andra stycke förbinder sig staterna att tillförsäkra barnet sådant skydd och sådan omvårdnad som behövs för dess välfärd, med hänsyn tagen till de rättigheter och skyldigheter som tillkommer dess föräldrar, vårdnadshavare eller andra personer som har lagligt ansvar för barnet, och skall för detta ändamål vidta alla lämpliga lagstiftnings- och administrativa åtgärder.

Ett barn som är i stånd att bilda egna åsikter ska enligt konventionens artikel 12 tillförsäkras rätten att fritt uttrycka sina åsikter i alla frågor som rör barnet, varvid barnets åsikter skall tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

Enligt artikel 24 i barnkonventionen erkänner staterna barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering och åläggs att sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.

I samtliga ovan nämnda regleringar (i LPT indirekt via hänvisning till HSL och PL) fastslås också att barnets bästa ska beaktas när åtgärder rör ett barn. Enligt FB ska barnets bästa vara avgörande i beslut som rör bl.a. vårdnad.

I förarbetena till LPT framhålls att det är patientens inställning till vård som är avgörande, oavsett ålder:

”Det är patientens egen inställning till den vård som är nödvändig som skall tillmätas självständig betydelse vid bedömning av om förutsättningen i punkt 3 är uppfylld. Detta gäller i princip även om patienten är underårig eller har en förvaltare eller god man förordnad för sig. En eventuell vårdnadshavares, förvaltares eller god mans inställning till vården är inte avgörande i detta hänseende”.⁵⁷

I senare förarbeten till patientlagens bestämmelser om barns samtycke uttrycks:

”Av första meningen framgår att barns inställning till viss vård eller behandling ska klarläggas så långt som möjligt. Att ett spädbarns inställning inte kan klarläggas torde stå klart. Även mycket små barn kan emellertid ha en inställning till en åtgärd och det är viktigt att ge barnet utrymme att få uttrycka sin åsikt. Av andra meningen framgår att barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. Vilken mognad som krävs för att ett barns inställning ska tillmätas betydelse måste utredas vid varje enskilt tillfälle och är beroende av den planerade vårdens art och angelägenhetsgrad. Som utgångspunkt är det vårdnadshavaren som har beslutanderätt i frågor som rör barnet. Det är dock inte nödvändigt att i alla situationer inhämta samtycke från vårdnadshavaren. 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. Det krävs en avsevärd mognad för att ett barn ska kunna ta ställning till mer

⁵⁷ Proposition 1990/91:58 s. 242.

omfattande behandlingar och ingrepp. Yngre barn kan däremot på egen hand i vissa fall samtycka till enklare åtgärder”.⁵⁸

Frågan om samtycke och tvång i förhållandet mellan barn och vårdnadshavare har även behandlats i den juridiska doktrinen.

I den rättsvetenskapliga studien Samtycke till medicinsk vård och behandling anges i frågan om ställföreträdarens beslutanderätt:

”Det är också tveksamt hur långt vårdnadshavarens bestämmanderätt över barnet kan åberopas som rättsgrund för genomförande av medicinska åtgärder mot barnets vilja. Framför allt gäller detta situationer med barn som befinner sig nära den mognadsgrad där de själva skulle ha ansetts beslutskompetenta, utan att för den skull helt ha uppnått den.”⁵⁹ I fråga om LPT anförs vidare att ”När det gäller vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) uttalas i förarbetena särskilt att det är patientens egen inställning till vården som är avgörande för frågan om den förutsättning som anges i 3 § 3 p är för handen. Detta innebär alltså att en god mans eller förvaltarens samtycke till att patienten ges psykiatrisk vård på frivillig väg, inte utesluter att LPT kan anses tillämplig i fall där patienten själv är uppenbart oförmögen att ta ställning i frågan, t.ex. p.g.a. att hon/han är helt avskärmad från omgivningen”.⁶⁰

Även i den rättsvetenskapliga monografin Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet hänvisas till förarbetena till LPT:

”Ordalydelsen ger till att börja med vid handen att det är patienten som skall motsätta sig viss vård. I motiven framhålls också, att det är patientens egen inställning till den vård som är nödvändig som skall tillmätas självständig betydelse vid bedömningen av om samtyckesförutsättningen är uppfylld. Detta gäller i princip även om patienten är underårig – ”Det sagda leder emellertid vidare till frågan om det ställs några särskilt krav på patienten för att ett avgivet samtycke skall anses rättsligt giltigt. Enbart den omständigheten att patienten är psykiskt sjuk torde inte kunna medföra att en avgiven viljeförklaring underkänns eller att hans eller hennes rättsliga handlingsförmåga är inskränkt”.⁶¹

I Föräldraansvar och barnets rättigheter anges:

Frågan kompliceras om också barnet motsätter sig vård. Det har ifrågasatts om sjukvård kan ges barnet mot dess vilja. Som grund för ett sådant ifrågasättande har åberopats 2:6 RF. Här stadgas att varje medborgare, gentemot det allmänna är skyddad mot påtvingade kroppsliga ingrepp. Som noterats är emellertid barn i stor omfattning underställda vårdnadshavarens beslutanderätt också vid utövandet av sina grundlagsenliga rättigheter. I ett äldre avgörande Nielsen mot Danmark har Europadomstolen funnit att vårdnadshavarens samtycke är tillräckligt för att barnet ska ges medicinsk vård mot ett tolvårigt barns vilja.⁶²

I en artikel i Förvaltningsrättslig tidskrift 2016, uttalas att barnets ålder och mognad har mindre betydelse än vad som tidigare hävdats i frågan om när man kan tvinga ett barn till vård inom psykiatri.⁶³ Vidare anförs:

”Med utgångspunkt i att barn har samma rättigheter som vuxna så ”räcker” därför vårdnadshavarens rätt och ansvar som ställföreträdare enligt FB inte för att samtycka till vård av tvingande karaktär å sina barns vägnar inom (i vart fall den

⁵⁸ Proposition 2013/14:106 s. 119 f.

⁵⁹ Rynning E, Samtycke till medicinsk vård och behandling, En rättsvetenskaplig studie, 1994, s. 295.

⁶⁰ A.a. s. 304.

⁶¹ Gustafsson, E. Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet, En rättsvetenskaplig monografi om LPT, 2010, s. 187

⁶² Schiratzki J. Föräldraansvar i välfärdsrätten – om vårdnad, vårdnadstvister och barnskydd, 2013, s. 62.

⁶³ Kindström Dahlin M. Att tvinga ett barn – om barns rättigheter i hälso- och sjukvården och behovet av en tydligare tvångsvårdslagstiftning, Förvaltningsrättslig tidskrift 2016, s. 270.

psykiatriska) hälso- och sjukvården. FB är inte en lagstiftning med syfte att begränsa individens (barnets) självbestämmanderätt i förhållande till staten, och under alla förutsättningar kan kraven som uppställs på rättighetsbegränsande lagstiftning inte anses vara uppfyllda. FB 6 kap. 11 § i kombination med principen om barnets bästa samt andra i Barnkonventionen relevanta bestämmelser erbjuder knappast en lagstiftning som är begriplig och precis”.⁶⁴

IVO:s bedömning

Den allmänna utgångspunkten inom hälso- och sjukvården är att när barn ges hälso- och sjukvård har dess vårdnadshavare rätt och skyldighet att besluta i frågor som rör barnet – med ökande hänsyn till barnets synpunkter och önskemål i förhållande till barnets ålder och mognad. Eftersom barnets självbestämmande ökar med stigande ålder och mognad innebär det samtidigt att vårdnadshavarnas rätt att besluta om barnets personliga förhållanden minskar i motsvarande mån ju äldre och mognare barnet blir. Någon bestämd gräns eller ålder för när barnet självt kan bestämma i frågor som rör hans eller hennes personliga angelägenheter finns inte, utan en bedömning måste göras i varje enskilt fall.

IVO bedömer däremot att rättsläget är oklart när de åtgärder hälso- och sjukvården bedömer nödvändiga för ett barns vård är av sådan karaktär att de skulle förutsatt LPT-beslut för en icke samtyckande vuxen patient. I förarbetena till LPT uttrycks tydligt att det är *patientens* egen inställning – även om patienten är ett barn – som ska tillmätas självständig betydelse vid bedömningen av om ett erforderligt samtycke föreligger. Det kan argumenteras att denna striktare hållning luckrats upp i och med att skrivningar om samtycke i PL och HSL därefter tillkommit. IVO menar dock att senare tillkommande förarbetsuttalanden måste tolkas försiktigt när det gäller så ingripande åtgärder som dem som kan vidtas med stöd av LPT.

I resonemanget måste även beaktas att de åtgärder som aktualiseras i gränslandet mellan HSL och LPT ofta berör centrala mänskliga och grundlagsskyddade rättigheter. Det kan, som i ovan refererade doktrin, ifrågasättas om sådana rättigheter i förhållande till det offentliga kan ersättas med vårdnadshavares allmänt hållna skyldigheter och rättigheter enligt FB. I praktiken skulle det kunna innebära att föräldrabalken konsumerade tvångslagstiftningens avsedda skydd för barnets rättigheter gentemot det offentliga.

Ovanstående resonemang ställs på sin spets när det kommer till de särskilt reglerade åtgärderna fastspänning med bälte enligt 19 § LPT och avskiljning enligt 20 § LPT. Dessa åtgärder förutsätter vård med stöd av LPT. När åtgärderna vidtas enligt LPT finns legala ramar inklusive i vissa fall en underrättelseskyldighet till IVO. Att åtgärderna vidtas med stöd av LPT blir därmed en rättssäkerhetsfråga för det berörda barnet.

1 b) Hur anser myndigheten att vårdgivaren bör förvissa sig om att vårdnadshavarna är eniga i fråga om den nämnda behandlingen? Hur anser myndigheten att oenighet mellan vårdnadshavarna bör hanteras?

Vårdgivaren behöver ge tydlig information och förvissa sig om att erforderligt samtycke finns i de situationer frågan är aktuell. I de fall det inte av tidigare kontakter står klart att vårdnadshavarna är överens anser IVO att utgångspunkten är att vårdgivaren måste förvissa sig om att båda vårdnadshavarna samtycker innan behandling av ingripande karaktär ges. Uppgifter om lämnad information och vilka ställningstaganden som gjorts ska dokumenteras utifrån kraven i 3 kap. 6 § p 5 patientdatalagen (2008:355), PDL. Kravet på dokumentation utvecklas vidare i 5 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om

⁶⁴ A. a. s. 271.

journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, vari anges att vårdgivaren ska säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om samtycken och återkallade samtycken.

I de fall vårdnadshavarna är oeniga och den uteblivna eller fördröjda åtgärden riskerar medföra att barnet far illa aktualiseras skyldigheten att göra en anmälan enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453). Om det trots dialog med vårdnadshavarna inte går att nå en samsyn i frågan om behandlingen kan frågan överlämnas till socialnämnd att besluta. I 6 kap. 13 a § FB regleras socialnämndens möjlighet att besluta om att åtgärden får vidtas utan den ena vårdnadshavarens samtycke, om det krävs med hänsyn till barnets bästa och åtgärden gäller psykiatrisk eller psykologisk behandling som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen. Att bestämmelsen inte reglerar somatisk behandling är något som kan kräva särskild uppmärksamhet från vården i dessa situationer.

1 c) I det fallet att vårdnadshavarnas samtycke inte anses tillräckligt för att ge ett barn angelägen psykiatrisk behandling, vilket inflytande anser myndigheten att vårdnadshavarna bör ha i de fortsatta övervägandena vad gäller beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder?

Bestämmelserna i 5 kap. PL om att eftersträva patientens och närståendes medverkan vid utförandet av vården gäller även under tvångsvård. Enligt 17 § LPT ska samråd om möjligt ske med patienten och med närstående, om det inte bedöms olämpligt. Att ett barn är under tvångsvård innebär inte heller i övrigt att vårdnadshavarna är fråntagna sina övriga rättigheter och skyldigheter enligt föräldrabalken, i den mån det inte avser just vården och besluten enligt LPT.

Någon formell beslutanderätt i fråga om de fortsatta övervägandena vad gäller beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder ska vårdnadshavarna däremot inte ha. I dessa frågor är det den beslutande läkaren som ytterst bär ansvaret för sin bedömning och sina beslut, som ska grunda sig i vetenskap och beprövad erfarenhet i enlighet med 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Vid alla beslut och åtgärder ska vad som är bäst för barnet beaktas.

1 d) Anser myndigheten att det finns en nedre åldersgräns för när psykiatrisk tvångsvård behöver beslutas för att behandling av en patient under 18 år ska kunna ske mot dennes vilja?

IVO konstaterar att det inte finns någon formell åldersgräns utan att LPT är åldersneutral.

I sammanhanget anser IVO att det kan ifrågasättas i vilken utsträckning uttalade åldersgränser är förenliga med barnkonventionen. Barnkonventionen ålägger staten att vidta åtgärder för att se till att barn under 18 år utan åtskillnad av t.ex. ras, kön, börd eller ställning i övrigt ska komma i åtnjutande av de rättigheter barnkonventionens artiklar medför.

Utifrån den i yttrandet avsedda frågeställningen om sonmatning under tvång bör särskilt uppmärksammas att FN:s kommitté för barnets rättigheter har noterat ätstörningarna anorexia nervosa och bulimi som ett hot mot barns hälsa och i många fall kopplat oro för barns hälsa till diskrimineringsfrågor. Kommittén har också uttalat att bristande jämlikhet när det gäller hälsostatus är politiskt, socialt och ekonomiskt oacceptabel och därför av intresse för alla länder.

2 a) Vilka kriterier anser myndigheten måste vara uppfyllda för att det ska vara möjligt att mot en patients vilja tillföra näring och medicin med stöd av 17 § LPT?

Enligt IVO problematiserar frågan gränsdragningen mellan somatisk och psykiatrisk vård och gränslandet där emellan då en patient både har en allvarlig psykiatrisk och samtidig allvarlig somatisk indikation.

17 § LPT uppställer inte några kriterier utan det är chefsöverläkaren som har att bedöma om behandlingen är nödvändig. I denna bedömning förutsätts chefsöverläkaren beakta proportionalitetsprincipen som kommer till uttryck i 2 a § LPT. Enligt 2 b § samma lag får tvångsåtgärder inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten att medverka till frivillig vård. Såsom 17 § LPT idag är formulerad framgår inte explicit vilka åtgärder som ryms inom denna paragraf.

Enligt IVO ska andra åtgärder än tvångsmatning vara prövade innan tvångsmatning tillgrips. I det ligger att patienten alltid ska erbjudas och ges möjlighet att inta måltid innan sondmatning genomförs. I de ärenden där IVO utrett liknande händelser har IVO bedömt bl.a. vilken information som lämnats till patienten, t.ex. om hälso- och sjukvårdspersonalen har förklarat vad som kommer att ske och låtit patienten styra så mycket som möjligt. Vidare har IVO utrett om det framgår att en bedömning har gjorts av vad som är bäst för barnet. En ytterligare aspekt som bedömts har varit huruvida andra åtgärder prövats innan tvångsmatning tillgripits.

En ytterligare dimension i detta sammanhang är förhållandet mellan 17 § LPT och 49 § samma lag och hur paragraferna samspelar med varandra. Av 49 § LPT framgår att chefsöverläkaren fortlöpande till IVO ska lämna uppgifter om åtgärder som har vidtagits enligt denna lag.

2 b) Kan nödrätten aktualiseras i den nyss nämnda situationen?

Frågan om ansvarsfrihet på grund av nöd enligt brottsbalken kan endast prövas i efterhand, av rättsvårdande myndigheter. Att i förväg konstatera nöd som grund för beslut om åtgärder är enligt IVO inte möjligt. Ett system kan inte bygga på en i förhand antagen nödrätt.

I de fall en chefsöverläkare fattat beslut med stöd av 17 § LPT torde heller inte nödrätten som grund behöva aktualiseras. Möjligen skulle frågan kunna uppstå i efterhand om akuta åtgärder vidtagits i strid med gällande reglering.

3. Olika åtgärder (exempelvis fasthållning alternativt fastspänning) kan vidtas för att mot en patients vilja tillföra näring och medicin via sond. Vilka åtgärder anser myndigheten att man bör vidta för att tillförandet av näring och medicin via sond, mot en patients vilja, ska vara så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten (se 2 a och 2 b §§ LPT)?

Det är viktigt att anpassad information har lämnats och att tydlig information ges om vad som kommer ske. En möjlig åtgärd är t.ex. att i ett tidigt skede av vården efterhöra patientens inställning och önskemål om hur en eventuell tvångsåtgärd i form av sondmatning i praktiken ska utföras. Det kan t.ex. inte uteslutas att patientens upplevelse av tvångsåtgärden kan lindras genom att beakta mjuka värden, som t.ex. att så långt som möjligt låta den personal patienten önskar utföra åtgärden. I IVO:s projekt Nationell tillsyn avseende tvångsåtgärder inom psykiatrisk vård som genomfördes under 2018 framkom i patientsamtalen att behoven av information och upplevelsen av en tvångsåtgärd varierar väldigt mycket mellan patienterna. En individuell anpassning utifrån patientens egna förutsättningar och önskemål är därför central. Om patienten inte tillfrågats kring dessa frågor före en tvångsåtgärd är det viktigt att frågan tas upp vid uppföljningssamtal.

4 a) I Vilka fall anser myndigheten att vårdgivarna bör dokumentera behandling mot en patients vilja? Vad anser myndigheten bör gälla för de fall då behandlingen genomförs mot patientens vilja men med stöd av vårdnadshavarnas samtycke?

All behandling mot patientens vilja ska dokumenteras. Enligt 3 kap. 6 § p 5 - 6 PDL ska en patientjournal, om uppgifterna finns tillgängliga, alltid innehålla uppgift om bl.a. den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ. Uppgift om en patient har beslutat att avstå från viss

behandling ska också antecknas. I 5 kap. 5 § HSLF-FS 2016:40 anges uttryckligen att vårdgivaren ska säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om samtycken och återkallade samtycken.

4 b) I vilka fall anser myndigheten att vårdgivarna bör rapportera den nyss nämnda behandlingen till Socialstyrelsen?

Behandlingen ska i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret (SOSFS 2013:35) alltid rapporteras till Socialstyrelsen.

5. Har myndigheten noterat om vårdgivarna i landet har olika uppfattning beträffande ovan nämnda frågor?

Frågorna rör individuella prövningar under mycket varierande förutsättningar. IVO har inte noterat några tydliga skilda uppfattningar hos vårdgivarna i landet. Det kan dock inte uteslutas att sådana skillnader finns. Det kan inte heller uteslutas att åtgärder av detta slag har vidtagits med stöd av vårdnadshavares samtycke och utan beslut om tvångsvård. I sådana fall har IVO inte erhållit underrättelser om dessa åtgärder.

Övriga frågor som myndigheten finner skäl att aktualisera i sammanhanget

Utifrån den bedömning IVO gör i fråga 1 a vill myndigheten påtala att rättsläget i fråga om behovet av barnets eget samtycke till ingripande hälso- och sjukvårdsinsatser förefaller vara oklart. I doktrinen på området uttalas i vart fall inte någon uppenbar samstämmighet i denna för barns rättssäkerhet mycket centrala fråga. Barnets rättsliga ställning har varit föremål för ett ökande intresse sedan LPT tillkom, och barnkonventionen blir svensk lag år 2020. IVO bedömer att frågan om barns beslutanderätt i förhållande till vårdnadshavarnas behov ses över för ytterligare ledning. Med hänsyn till att det rör eventuella rättighetsbegränsningar kan frågan behöva regleras genom lag.

På en mer detaljerad nivå vill IVO påtala att frågan om fasthållning idag inte är uttryckligen reglerad och att detta kan leda till osäkerhet för såväl patienter som vårdpersonal. I utredningen För Barnets bästa (SOU 2017:111) anges bl.a. 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". Utredningen föreslår sålunda att det i lagen ska regleras att patienten *tillfälligt* får hållas fast om andra åtgärder är uppenbart otillräckliga och det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan. IVO delar den problembild som redovisas i utredningen, och menar att det kan finnas behov att tydligt reglera vad som gäller i frågan för att stärka patientens rättssäkerhet.

Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) yttrande

Ärendet

Den 15–19 juni 2017 genomförde JO:s Opcat-enhet en inspektion av barn- och ungdomspsykiatri, BUP, i Stockholm (BUP heldygnsvård) inom Stockholms läns sjukvårdsområde. Med anledning av vad som framkom vid inspektionen beslutade chefsJO Elisabeth Rynning att öppna ett särskilt initiativärende om förhållandena för en underårig patient som mot sin vilja tillfördes näring och medicin via sond.

Ledningen uppgav att det enligt den lokala rutinen krävdes ett livshotande tillstånd för att ett vårdintyg ska kunna utfärdas i syfte att inleda en behandling som omfattar användning av sond med tvång. Det angavs i rutinen att det krävs att det föreligger vitalindikation inför varje sondtillfälle. För den aktuella patienten hade kliniken dock

gjort en tolkning som innebär att det inte behöver föreligga ett livshotande tillstånd varje gång.

Ledningen framförde att de känner sig osäkra på vad de i övrigt kan tvinga patienten till inom ramen för tvångsvården. De framhöll att patientens föräldrar vill att personalen t.ex. använder tvång för att ta upp patienten till t.ex. toalett och dusch.

På fråga om kliniken begärt en second opinion avseende behandlingen av den aktuella patienten uppgav chefsöverläkaren att det är ett beslut som i så fall överläkaren på den aktuella enheten kan fatta. Patienten var ordentligt utredd när hon kom till kliniken. Det var många läkare som var involverade i patientens ärende och man hade ett samarbete med Stockholms Centrum för Ätstörningar (SCÄ). Sachsska barn- och ungdomssjukhuset och SCÄ hade olika uppfattning om när tillförsel av näring ska ske. Kliniken ville luta sig mer mot SCÄ som förordar att man ska kunna ge näring vid färre tillfällen, vilket innebär att patienten utsätts för tvång vid färre tillfällen.

Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde har uppmanats av JO att besvara nedanstående frågor.

Förvaltningens yttrande

1 a) Om ett barn i psykiatrisk slutenvård motsätter sig angelägen behandling av ingripande karaktär, i vilka situationer anser myndigheten att vårdnadshavarnas samtycke till behandlingen kan vara tillräckligt för att behandlingen ska kunna genomföras? I vilka situationer anser myndigheten att det krävs ett beslut om tvångsvård för att tillgodose vårdbehovet?

Om ett barn motsätter sig angelägen behandling av ingripande karaktär, till exempel medicinering, sondmatning eller ECT (elbehandling), anser SLSO inte att denna kan ges till ett barn i sluten psykiatrisk vård enbart med stöd av vårdnadshavarnas samtycke. Vårdnadshavarnas samtycke är viktigt, men motsätter sig patienten insatsen, uppfyller övriga kriterier för tvångsvård och intagningsbeslut enligt LPT är fattat, ordinerar åtgärden inom ramen för LPT.

b) Hur förvissas sig myndigheten om att vårdnadshavarna är eniga i fråga om den nämnda behandlingen? Hur hanterar myndigheten oenighet?

Vid den barnpsykiatriska heldygnsvården inom SLSO involveras vårdnadshavare, oavsett vårdform, alltid aktivt i vården. De vistas på avdelningen med sina barn, informeras kontinuerligt, och är delaktiga vid läkarsamtal och när vårdplaner upprättas. Vårdnadshavares, liksom patienters, åsikter och samtycke efterhörs kontinuerligt. Om oenighet uppstår kommer denna att adresseras aktivt med en inkännande, pedagogisk hållning. När behandling i enlighet med LPT är motiverad blir den sammanvägda medicinska bedömningen avgörande för om behandling ges. Vårdnadshavares oenighet utesluter då inte att behandling ges.

c) I det fallet att vårdnadshavarnas samtycke inte anses tillräckligt för att ge ett barn angelägen psykiatrisk behandling, vilket inflytande anser myndigheten att vårdnadshavarna bör ha i de fortsatta övervägandena vad gäller beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder?

Vid tvångsvård enligt LPT ska under vårdtiden samråd med patienten ske i frågor rörande behandling, när så är möjligt utifrån patientens tillstånd. Samråd ska ske också med patientens närstående, om det inte är olämpligt. Vid barnpsykiatrisk vård har vårdnadshavare stort inflytande då de alltid aktivt involveras i vården, oavsett vårdform. De vistas på avdelningen tillsammans med sina barn, och deras åsikter efterhörs kontinuerligt vid läkarsamtal och upprättande av vårdplaner. God samverkan med vårdnadshavare kan minska behovet av tvångsåtgärder då vårdnadshavare är de som känner barnet bäst och ofta kan förmå barnet att ta emot behandling frivilligt.

Beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder fattas utifrån professionella medicinska bedömningar. Vid ställningstagande till behandling görs alltid en sammanvägd bedömning där barnets egen mognadsgrad också vägs in. Bedöms barnet moget, det vill säga kapabelt att tillgodogöra sig information, samt förstå konsekvenser av beslut,

kommer barnets (patientens) åsikt att väga tyngre än vårdnadshavarens, om dessa skulle stå i strid mot varandra. I de fall omsorgssvikt misstänks föreligga underrättas socialtjänst via anmälan enligt 14 kap. 1 § p. 2 socialtjänstlagen.

d) Anser myndigheten att det finns en nedre åldersgräns för när psykiatrisk tvångsvård behöver beslutas för att behandling av en patient under 18 år ska kunna ske mot dennes vilja?

LPT anger ingen nedre åldersgräns för psykiatrisk tvångsvård. Om ett barn inte bedöms moget, det vill säga inte har förmåga att tillgodogöra sig information samt förstå konsekvenserna av sina val, har föräldrarna via föräldrabalkens bestämmelser mandat att besluta för sina barns räkning avseende vård och behandling. I 44 kap. 3 § patientlagen anges att barnets inställning till vård och behandling ska klarläggas så långt det är möjligt och tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Vid BUP heldygnsvård Stockholm var närmare 80 % av patienterna som vårdades under 2018 15 år eller äldre, vilket i de flesta fall innebär att de har den nivå av mognad som krävs för att fatta självständiga beslut. Endast tre patienter som vårdades 2018 var yngre än 12 år. När ett så ungt barn vårdas inom barnpsykiatrisk heldygnsvård består insatserna av observation, utredning, terapeutiska åtgärder samt ett intensifierat samarbete med socialtjänsten. Medicinering kan förekomma men förutsätter frivillighet. Behandling av ingripande karaktär är mycket ovanligt för barn som inte uppnått tonåren. I mycket sällsynta fall kan tillförsel av näring och medicin mot barnets vilja bli aktuellt vid grav svält till följd av svår psykisk sjukdom. SLSO har då konsekvent gjort tolkningen att LPT behöver tillämpas.

2 a) Vilka kriterier anser myndigheten måste vara uppfyllda för att det ska vara möjligt att mot en patients vilja tillföra näring och medicin med stöd av 17 § LPT?

Att tillföra medicin på psykiatrisk indikation enligt 17 § LPT kräver att chefsöverläkare bedömer att patienten behöver läkemedel men motsätter sig frivillig medicinering. Åtgärden ska vara i linje med syftet med vården och stå i proportion till förväntat resultat.

Att tillföra näring med tvång bedöms vara indicerat om det föreligger allvarlig fara för liv och hälsa på grund av otillräckligt näringsintag hos patient som uppfyller kriterier för tvångsvård samt motsätter sig frivilligt näringsintag.

Ordinationen kräver en psykiatrisk och somatisk helhetsbedömning. För att tillförsel av näring med tvång ska komma i fråga ska patienten vid varje tillfälle ha erbjudits att frivilligt inta näring. Endast chefsöverläkare får besluta om näringsintag utan patientens samtycke, och ett nytt beslut krävs varje gång åtgärden ska utföras.

b) Kan nödrätten aktualiseras i den nyss nämnda situationen?

Inom psykiatrisk verksamhet finns rutiner för handläggning av akuta situationer (BUP Stockholms rutin för tvångssondning med stöd av LPT bifogas). Behandling utifrån nödrätt blir därför inte aktuellt.

3 a) Olika åtgärder (exempelvis fasthållning alternativt fastspänning) kan vidtas för att mot en patients vilja tillföra näring och medicin via sond. Vilka åtgärder vidtar myndigheten?

Tillförsel av näring och medicin via sond genomförs under fastspänning om inte särskilda skäl talar för att fasthållning är att föredra. Beslutande läkare bedömer detta i varje enskilt fall.

b) Vilka åtgärder anser myndigheten att man bör vidta för att tillförandet av näring och medicin via sond, mot en patients vilja, ska vara så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten (se 2 a och 2 b §§ LPT)?

Patienten behöver få tydlig information om var, när och hur behandlingen ska ske, med möjlighet att uttrycka önskemål och få dessa tillgodosedda i den mån det går. Personal som utför åtgärden är tränad för uppgiften och har en professionell hållning gentemot patienten. Vid uppföljningssamtal enligt 18 § LPT pratar patienten tillsammans med personal om den genomgångna tvångsåtgärden. Syftet är att synpunkter som framförs av patienten ska leda till att minskat behov av tvångsåtgärder. Om ny tvångsåtgärd ändå blir

aktuell kan information som patienten lämnat vid uppföljningssamtalet bidra till en mer skonsam upplevelse.

4 a) I vilka fall dokumenterar myndigheten behandling mot en patients vilja? Vad gäller för de fall då behandlingen genomförs mot patientens vilja men med stöd av vårdnadshavarnas samtycke? Beslut enligt 17 § LPT, samt bakomliggande skäl, dokumenteras i beslutsjournal. Arbetsledande sjuksköterska dokumenterar händelseförlopp, tillvägagångssätt samt vilken personal som deltagit vid åtgärden. Ingreppande behandling mot patientens vilja genomförs inte enbart med vårdnadshavares samtycke. LPT tillämpas i dessa fall.

b) I vilka fall rapporterar myndigheten den nyss nämnda behandlingen till Socialstyrelsen? All behandling som sker mot patientens vilja med stöd av fastspänning eller fasthållande dokumenteras strukturerat med fasta svarsalternativ i den elektroniska patientjournalen. Baserat på denna dokumentation skapas maskinellt datafiler för inrapportering till Socialstyrelsens patientregister. Åtgärdsrapportering sker således med koder ur Klassifikation av vårdåtgärder, KVÅ. Den enda behandling mot patientens vilja som entydigt kan rapporteras med en specifik KVÅ-kod är *Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande, XUO21*. För att förbättra inrapporteringen har föreslagits att specifika KVÅ-koder skulle införas även för ECT utförd under fastspänning eller fasthållande, sondmatning utförd under fastspänning eller fasthållande, samt anläggande av sond utförd under fastspänning eller fasthållande. Ansvariga för KVÅ har i stället valt att fr.o.m. 2019 i KVÅ hänvisa till att man i dessa fall ska använda tilläggskoderna ZV22Q, Åtgärd utförd under fastspänning eller fasthållande. Rapportering med en kombination av flera koder är dock avsevärt mer komplicerad både vad gäller inrapportering och produktion av statistik.

Till yttrandet fogades en uppdaterad version av rutindokumentet Tvångsbehandling med stöd av LPT som gäller från den 4 juni 2019 (regnr RUT-15778-v.3.0).

Regionstyrelsen för Region Skånes yttrande

Allmänt om den regionala heldygnsvården vid BUP i Region Skåne

BUP Skånes heldygnsvård är en del av Psykiatri Skåne som ansvarar för all offentlig psykiatri inom Region Skåne. Kliniken bedriver vård både med stöd av reglerna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), (HSL), och med stöd av reglerna i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, (LPT).

I Skåne ges all barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård vid BUP Skånes regionala heldygnsvård i Malmö. Kliniken består av Akutavdelningen med elva platser samt Vårdavdelningen med tio platser. I BUP Skånes heldygnsvård vårdas de barnpsykiatriskt svårast sjuka barnen och ungdomarna i Skåne. De vanligaste tillstånden är depressioner med suicidnärlighet, allvarlig anorexi och psykosjukdom. Majoriteten av inlagda patienter är mellan 12–17 år gamla, men det förekommer vård även av yngre barn. Varje år är cirka 400 barn i behov av slutna vård på kliniken och ungefär en fjärdedel av dessa läggs in med stöd av LPT.

Svar på JO:s frågor avseende psykiatrisk tvångsvård av barn och unga under 18

Med perspektivet ”vi” i besvarande av frågorna, avses den samlade grupp av verksamhetsnära personer som redovisas på föregående sida och som är representanter för BUP Skånes heldygnsvård. Myndigheten Region Skåne delar givetvis representanternas åsikt, varvid ”vi” och ”myndigheten” används växelvis i texten.

1.a) Om ett barn i psykiatrisk slutenvård motsätter sig angelägen behandling av ingripande karaktär, i vilka situationer anser myndigheten att vårdnadshavares samtycke till behandlingen kan vara tillräcklig för att behandlingen ska kunna genomföras? I vilka situationer anser myndigheten att det krävs ett beslut om tvångsvård för att tillgodose vårdbehovet?

BUP Skånes regionala heldygnsvård strävar efter att i alla ärenden ha ett barnperspektiv och att försöka genomföra nödvändig vård med barnets fulla medgivande. I runt 75 % av våra ärenden är detta möjligt, ibland krävs för detta ett omfattande motivationsarbete.

När det barnpsykiatriska teamet på avdelningen inte lyckas förmå ett barn eller en ungdom att frivilligt medverka i behandlingen, anser myndigheten att ansvarig överläkare behöver bedöma om det föreligger ett oundgängligt behov av psykiatrisk dygnet runt vård, det vill säga om barnet uppfyller kriterierna för vård enligt LPT. Ansvarig överläkare inhämtar i dessa lägen även vårdnadshavarnas inställning till nödvändig vård för barnet. Oftast är vårdnadshavarna i dessa situationer överens med myndighetens bedömning om att nödvändig vård måste ges. Även i dessa fall är det dock myndighetens grundhållning att det för barn som inte medverkar i dessa fall, krävs ett beslut om tvångsvård för att kunna ge oundgänglig vård.

Baserat på lång erfarenhet vet vi att små barn (runt åtta år gamla eller yngre) oftast inte har mognadsmässiga förutsättning att förstå grunderna i lagen om psykiatrisk tvångsvård. För dessa små barn är inte heller gången i den juridiska processen, med prövning i förvaltningsrätten eller samtal med ett juridiskt ombud begripliga. Vi menar att ett sedvanligt förfarande med beslut om psykiatrisk tvångsvård inte vore förenligt med barnets bästa för dessa yngsta barn som i undantagsfall behöver vårdas hos oss, det vill säga de barn som är 8 år gamla eller yngre. Ett sådant förfarande skulle därmed inte längre beakta barnperspektivet på så sätt som 5 kap. 6 § HSL avser och som Barnkonventionen ställer krav på.

Av denna anledning menar myndigheten att det i dessa undantagsfall där små barn är i behov av barnpsykiatrisk heldygnsvård, är att föredra att bereda denna nödvändiga vård med vårdnadshavarnas samtycke och stöd. Förfarande kan jämföras med och är i linje med den typ av vård som ges vid exempelvis barnkliniker när ett barn behöver opereras. Dessa ärenden är undantag (en handfull per år), och i alla dessa förs en dialog mellan ansvarig överläkare och verksamhetens chefsöverläkare utifrån barnperspektivet.

Vårdnadshavarnas ställning i förhållande till patientens, barnets, egna vilja är ofta förknippat med svåra ställningstagande, särskilt när det gäller frågan om vid vilken ålder tvångsvård kan aktualiseras och hur långt vårdnadshavarnas möjligheter att godkänna en åtgärd som annars vore att betrakta som tvångsvård, sträcker sig. Vi emotser JO:s uttalanden i frågan, då det finns ett stort behov av vägledning i frågan.

1.b) Hur förvissas sig myndigheten om att vårdnadshavarna är eniga i fråga om den nämnda behandlingen? Hur hanterar myndigheten oenighet?

Myndigheten förvissas sig om enighet hos vårdnadshavarna genom att tillfråga båda dessa (i de fall som barnet har två vårdnadshavare) och deras inställning till behandlingen. Ibland kan det vara så att en eller båda vårdnadshavarna behöver ytterligare information eller stöd för att kunna göra en god bedömning av situationen och för att sedan kunna ta ställning i frågan om barnets vård och behandling. I dessa fall erbjuder vi ytterligare samtal och information om vården samt eventuella behandlingsalternativ för att försöka hjälpa och stödja vårdnadshavarna.

Vi har hittills inte upplevt oenighet hos vårdnadshavarna i relation till de minsta barnen, som vi vårdat med stöd av vårdnadshavarnas samtycke. Däremot förekommer det sporadiskt avseende äldre barn att en eller båda vårdnadshavare initialt är oeniga med myndighetens bedömning kring vårdbehovet för barnet. I dessa fall är vår uppfattning att den psykiatriska bedömningen måste styra, och någon gång måste vi vårda ett barn eller en ungdom mot en eller båda vårdnadshavares vilja.

I dessa fall, där en eller båda vårdnadshavare motsätter sig vad vi anser är förenligt med barnets bästa vård och behandling skriver vi alltid, utan undantag, en orosanmälan till socialtjänsten, som tar frågan vidare. Samma förfarande används om en av vårdnadshavarna av olika anledning och efter upprepade kontaktförsök är frånvarande i samband med beslutet om barnets vård och behandling. Anledning till att vårdnadshavare är frånvarande kan vara att personen trots efterforskningar inte

går att få tag på, vistas långvarigt i utlandet, bryr sig inte utan finns bara ”på pappret” etc.

1.c) I det fall att vårdnadshavarnas samtycke inte anses tillräckligt för att ge ett barn angelägen psykiatrisk behandling, vilket inflytande anser myndigheten att vårdnadshavarna bör ha i de fortsatta övervägandena vad gäller beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder?

Myndigheten bedömer att det i en sådan situation är centralt att fortsätta dialogen med föräldrarna i syfte att skapa en allians, att ge information om tillståndet, och att försöka skapa en bild av varför vårdnadshavarna inte samtycker. Vi tar höjd för att familjesystemet vid akut sjukdom ofta är hårt belastad, och inte sällan bjuds det bättre möjligheter till ömsesidig förståelse en bit in i behandlingen av barnet.

Vi behöver därmed fortsätta dialogen med och ge stöttning av vårdnadshavarna kontinuerligt under barnets vård. Vi erbjuder möten flexibelt och frekvent och försöker ge vårdnadshavarna möjlighet till inflytande när så är möjligt oaktat om det gäller större eller mindre frågor kring barnets vård och behandling.

1.d) Anser myndigheten att det finns en nedre åldersgräns för när psykiatrisk tvångsvård behöver beslutas för att behandling av en patient under 18 år ska kunna ske mot dennes vilja?

Ja, det gör vi och vi önskar som svar på denna fråga hänvisa till vårt svar på fråga 1.a. Sammanfattningsvis anser vi att det *inte* kan anses vara rimligt att utsätta ett barn upp till 8-årsåldern för de procedurer som vård med stöd av LPT innebär, både i relation till barnperspektivet, och sett utifrån en mognadsbedömning av barnet grundad på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vid JO-inspektionen av vår verksamhet i april 2019 framförde myndigheten att vi här gärna ser ett klargörande från JO, och att vi är beredda att ändra våra rutiner om JO gör en annan bedömning eller uttalar tydligare vägledning i frågan.

2.a) Vilka kriterier anser myndigheten måste vara uppfyllda för att det ska vara möjligt att mot en patients vilja tillföra näring och medicin med stöd av 17 § LPT?

Myndigheten anser att rekvisiten för psykiatrisk tvångsvård måste vara uppfyllda och intagningsbeslut ska vara fattat, dvs. att det föreligger ett oundgängligt behov av vård för en allvarlig psykisk störning, men där vården inte kan ges med patientens medgivande. Föreligger inte ovanstående grundförutsättning får bedömning göras om det går att avvakta med att ge behandlingen. I frågan anser myndigheten i samråd med ansvariga chefsläkare att tillförsel av näring och medicin bör betraktas som nödvändig medicinsk behandling under vård enligt LPT och *inte* som en tvångsåtgärd.

2.b) Kan nödrätten aktualiseras i den nyss nämnda situationen?

Nej, då kriterierna för vård enligt LPT i ett läge av anorexi med livshotande näringsbrist är uppfyllda. Av denna anledning bör vården ges i enlighet med tvångsvårdslagstiftningen.

3.a) Olika åtgärder (exempelvis fasthållning alternativt fastspänning) kan vidtas för att mot en patients vilja tillföra näring och medicin via sond. Vilka åtgärder vidtar myndigheten?

I arbetet vid Skånes barnpsykiatriska heldygnsvård eftersträvas att vården kan ge nödvändig tillförsel av näring och medicin i samråd med barnet, oavsett vårdform. I detta syfte görs ett omfattande motiveringsarbete med patienten, med tydliga inslag av föräldrautbildning och vid ett flertal tillfällen.

Om barnet trots detta vägrar ta emot nödvändig näring, görs en bedömning och ett ställningstagande om näringstillförseln är absolut livsnödvändig, det vill säga om barnet befinner sig i livshotande svält, och hjärtat är påverkat med risk för ett hjärtstillestånd som följd. Om så är fallet behöver vi i samråd med vårdnadshavarna finna en väg för att kunna ge patienten nödvändig näring. I dessa undantagsfall kan ett barn kortvarigt behöva hållas fast av personalen. Fasthållande görs alltid i samråd med vårdnadshavare, och oftast som en engångsåtgärd i början av behandlingen.

Myndigheten välkomnar även här JO:s vägledning och ser gärna ett förtydligande kring hur dessa få och tillfälliga, men förekommande, fasthållningar bör betraktas.

3.b) Vilka åtgärder anser myndigheten att man bör vidta för att tillförande av näring och medicin via sond, mot en patients vilja, ska vara så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten (se 2a och 2 b §LPT)?

Myndigheten önskar hänvisa till svaret på föregående fråga (3.a). Utöver det menar vi att ett kortvarigt hållande av erfaren personal i kombination med gott barnpsykiatriskt omvårdnadsarbete sannolikt är skonsammare för barnet än alternativet att ge nödvändig näringstillförsel via sond under fastspänning.

I dagsläget är vår riktlinjesamling under revision. Vi har idag inga skriftliga riktlinjer för näringstillförsel via sond men är något som vi håller på att ta fram.

4.a) I vilka fall dokumenterar myndigheten behandling mot en patients vilja? Vad gäller för de fall då behandlingen genomförs mot patientens vilja men med stöd av vårdnadshavarens samtycke? I *alla* fall dokumenteras given behandling i patientens journal enligt de lagkrav som finns. Av dokumentationen ska det även framgå om behandlingen har getts mot patientens vilja eller om den gett mot patientens vilja men med stöd av patientens vårdnadshavarens samtycke. Vi arbetar aktivt med att det således inte ska vara någon skillnad på dokumentationen om behandlingen ges mot patientens vilja, men med stöd av vårdnadshavarens samtycke, eller ej.

4.b) I vilket fall rapporterar myndigheten den nyss nämnda behandlingen till Socialstyrelsen?

Behandling mot patientens vilja med stöd av 17 § LPT rapporteras om den är förenat med en rapporteringsskyldig tvångsåtgärd.

Övriga frågor som aktualiserats i anledning av JO:s initiativärende

I samband med såväl inspektionen av den regionala heldygnsvården som i samband med nu aktuellt initiativärende och besvarande av specifika frågor belyses flertalet essentiella frågor och frågeställningar kopplade till psykiatrisk vård och tvångsvård av barn. Inte minst vad gäller tydlighet för att skapa en rättssäker tvångsvård, när så verkligen behövs. När det gäller barnpatienter ställs denna fråga än mer på sin spets, då bedömningen av bestämmanderätten för patientens vårdnadshavare i förhållande till barnets egen mognad och utveckling försvårar – särskilt ställt i samband med en (eventuell) bedömning av barnets oundgängliga vårdbehov och allvarlig psykisk sjukdom.

Även om JO inte har en lagstiftande funktion, skulle myndigheten önska ett klagörande uttalande om var, inom dagens gällande lagstiftning, gränsen kan anses gå för exempelvis från vilken ålder ett barn kan tvångsvårdas med stöd av LPT eller på vilka grunder samt från vilken ålder tvångsåtgärder som sondmatning kan anses vara förenligt med ett psykiskt sjukt barns bästa.

En annan relevant fråga där tydlig vägledning behövs, är om ett kortvarigt fasthållande under visa förutsättningar dels kan anses vara tillåtet att genomföra som en mindre ingripande åtgärd än exempelvis fastspänning. Vägledning från JO skulle i så fall även önskas om fasthållandet därmed kan eller ska ske av vårdpersonal inom ramen för deras yrkesutövning och hur det i så fall förhåller sig till vårdnadshavarens ansvar som garanter för barnet.