

Besöksrapport

Barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården i Region Värmland

Inspektion inom ramen för Opcatverksamheten
Juni 2026

BESÖKSRAPPORT

Datum
2026-09-22

Dnr
O 13-2026

Sid
1 (12)

Opcat-inspektion av Region Värmland, barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården, den 8–10 juni 2026. Även generella synpunkter efter en genomförd inspektionsserie av slutenvården inom barn- och ungdomspsykiatri, s. 10–12

Inledning

Inspektionen är en del av JO:s verksamhet för att förebygga tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning av frihetsberövade personer, Opcat-verksamheten.

Opcat är den engelska förkortningen av tilläggsprotokollet till FN:s tortyrkonvention (Optional Protocol to the Convention against Torture). Länder som anslutit sig till protokollet har förbundit sig att inrätta ett nationellt besöksorgan som regelbundet besöker platser där personer kan hållas frihetsberövade. I Sverige har JO tilldelats detta uppdrag. Information om JO:s Opcat-verksamhet finns på JO:s webbplats.

På uppdrag av chefsJO Erik Nymansson genomförde Opcat-enheten en inspektion av Region Värmland, barn- och ungdomspsykiatriska (BUP) slutenvården, den 8–10 juni 2026. Inspektionen var inriktad på följande frågor.

- Vårdmiljö
- Tvångsåtgärder
- Bemanning och personalens bemötande och kompetens

Inspektionen är den fjärde och sista i en inspektionsserie av slutenvården inom barn- och ungdomspsykiatri som Opcat-enheten har gjort under våren 2026. I slutet av rapporten, s.10–12, finns generella synpunkter med anledning av vissa av de iakttagelser som gjorts under inspektionerna.

I den här rapporten görs flera hänvisningar till Europarådets kommitté mot tortyr, CPT. CPT gör regelbundna besök i rådets stater och ger rekommendationer till respektive land om förbättringar av situationen för frihetsberövade. CPT publicerar även mer generella uttalanden om tematiska frågor, bl.a. i särskilda standarder och i årsrapporter. Dessa rekommendationer och uttalanden är inte bindande men har stor tyngd och är vägledande för medlemsstaterna.

Om BUP slutenvård inom Region Värmland

BUP:s slutenvård inom Region Värmland bedrivs på avdelning 48 i Karlstad, som öppnade under 2022. Avdelningen har fyra ordinarie platser med beredskap för att belägga ytterligare en plats. Under 2025 och 2026 var den genomsnittliga beläggningen ca 80 procent. Vid inspektionens inledande fanns det tre patienter

inskrivna, varav en vårdades med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

lakttagelser, konsekvenser och risker samt JO:s rekommendationer

Vårdmiljö

lakttagelser

Patientrummen är ljusa och fräscha och inredda med två sängar (en för patienten och en för en närstående till denne), sängbord och garderob. Det finns även en dyna i fönstersmygen som det går att sitta på. Rummen har egen toalett och dusch. Nedre halvan av fönstret är försett med insynsskyddande film, eftersom avdelningen ligger på bottenvåningen.

På avdelningen finns gemensamma ytor i form av ett pysselrum och två uppehållsrum, vilka även fungerar som matsalar. Utrymmena är fina och inbjudande. Runt ett av uppehållsrummen löper ett stort uterum som är helt inglasat. Det är full insyn utifrån in till uterummet. Personal påpekade att det är svårt för patienter att vistas där om de inte vill eller bör bli sedda av utomstående. Det finns bänkar med bord att sitta vid samt möjligheter att plantera i krukor. Patienterna har fri tillgång till uterummet och det framstod som att det var uppskattat av patienter och vårdnadshavare. Förutom vistelse i uterummet erbjuds patienterna promenader på sjukhusområdet, tillsammans med personal eller med en annan vuxen. För patienter som vårdas med stöd av LPT uppgav en del personal att ingen patient fick gå utomhus det första dygnet och att läkaren därefter gör en bedömning för varje dag. Enligt ledningen gäller det framför allt vissa grupper av patienter som behöver observeras innan det är säkert att släppa ut dem, t.ex. patienter med suicidrisk. Det förekommer dock att patienter får gå ut det första dygnet. För patienter som vårdas frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, beskrev personalen att de inte kan förbjuda patienten att gå ut men att de kan förklara att det finns en oro ifall patienten skulle göra det. Det förekom även en uppgift om att HSL-patienter, i syfte att skydda dem, förbjuds att gå ut och om det inte hörsammas kan konvertering till LPT övervägas.

Utanför avdelningen men på sjukhuset finns andra gemensamma utrymmen som patienterna kan nyttja. Det finns ett rum med bordtennisbord och fotbollsspel och vid önskemål går det att boka tid i ett gym som tillhör vuxenpsykiatri. BUP-skolan har en lokal för skolverksamhet. I anslutning till den finns ett rum för meditation och träning som dock inte får nyttjas av avdelningen eftersom det tillhör vuxenpsykiatri. Härutöver finns lokaler och personal för lekterapi, som nyttjas av barn på hela sjukhuset. Där finns ett brett utbud av pyssel, spel och kreativt skapande för olika åldrar. Till lekterapien hör också en stor utegård. Sjukhuset ska byggas om och under och efter ombyggnationen kommer lekterapi att disponera mindre lokaler utan utegård.

Till avdelningen hör även ett rum avsett för fastspänning, utrustat med en fast bältessäng och en skärm för att skilja av. Vid entrén till avdelningen stod även två mobila bältessängar, varav en tillhör avdelningen och en tillhör vuxenpsykiatri.

Det låg lakan över sängarna men på en av dem var bältesanordningen ändå väl synlig. Enligt ledningen är placeringen av sängarna inte lämplig och frågan har varit uppe för diskussion flera gånger utan att det har gått att hitta något annat utrymme på sjukhuset där de i stället kan placeras.

I ena änden av avdelningen finns ett utrymme som kan delas av och användas för avskiljning. Till detta hör en del som annars kan användas som en gemensam yta med bord och soffa. Intill ligger två patientrum, varav ett är ett ordinarie patientrum och ett är ett rum som kan användas vid överbeläggning.

Under sommaren 2025 vårdades en patient med stora svårigheter och som var mycket utåtagerande. Personalen beskrev situationen som extraordinär. En stor del av vårdtiden var patienten avskild och vårdades i lokaler tillhörande vuxenpsykiatri som benämndes ”högrisen”. Detta utrymme är mycket avskalat och består av ett rum med patientsäng, skrivbord, TV bakom en glastruta och sittsäckar. I mitten av rummet finns en expedition för personal med fönster åt alla håll i rummet, inklusive mot det intilliggande sanitetsutrymmet med toalett och dusch. Det finns gardiner att dra för fönstren och på så sätt begränsa den faktiska överblicken av rummet, men rummet präglas av en känsla av övervakning. Intill rummet finns ett bältesrum samt ett litet inglasat uterum med frostat glas.

Konsekvenser och risker

Alla patienter som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården har rätt till en godtagbar vård- och boendemiljö. Tillgången till en bra fysisk vårdmiljö är av central betydelse för behandlingen av patienterna. Både bostadsrum och allmänna utrymmen bör inredas på ett sätt som minimerar känslan av inlåsning och som ger patienterna visuell stimulans. Meningsfulla aktiviteter och en timmes daglig utomhusvistelse är lagstadgat för barn under 18 år, om inte medicinska skäl talar emot det. Det ska därför finnas utrymmen som möjliggör daglig utevistelse och ett brett utbud av aktiviteter.¹

Med att vistas utomhus avses att patienten ges möjlighet att lämna den byggnad där sjukvårdsinrättningen eller avdelningen är inrymd. Det kan vara fråga om vistelse i en inhägnad park eller gårdsplan i anslutning till inrättningen eller avdelningen. Vilken typ av aktivitet eller vistelse utomhus som patienten ska ges möjlighet till måste bedömas i varje enskilt fall utifrån behandlings- och säkerhetsskäl.² JO har flera gånger bedömt att tillgång till en balkong inte medför att det är fråga om utomhusvistelse.³

¹ Se 31 b § LPT och CPT/Inf(98)12-part, p. 32-37.

² Se prop. 2019/20:84 s. 60.

³ Se JO 2011/12 s. 471, dnr 6823-2009 och 2196-2010, protokoll från inspektion av Statens institutionsstyrelses LVM-hem Renforsen den 14–15 oktober 2014, dnr 5530-2014 och protokoll från inspektion av Västra Götalandsregionen, Södra Älvsborgs sjukhus, verksamhetsområde psykiatri, den 14–16 mars 2023, dnr O 10-2023.

Det är positivt att avdelningens lokaler ger en öppen och inbjudande känsla och att de är väl anpassade för aktiviteter av olika slag. Härutöver har patienterna dagligen möjlighet till miljöombyte och ytterligare saker att göra i lekterapin. Det finns också goda möjligheter till skolarbete i BUP-skolan och till fysisk träning i gymmet som kan lånas från vuxenpsykiatrin.

Det är också positivt att patienterna har fri tillgång till det rymliga uterummet och på så sätt kan få frisk luft när de önskar. Det finns dock inga möjligheter till motion där. Det ska också framhållas att en vistelse i uterummet inte innebär att patienterna lämnar byggnaden och den kan därmed inte likställas med en vistelse utomhus. Det är grundläggande att tvångsvårdade patienter får sin rätt till en timmes daglig utevistelse tillgodosedd. En vistelse i uterummet ska betraktas som en möjlighet därutöver och kan inte ersätta den lagstadgade rätten till utevistelse. Såvitt framgått får patienterna i regel gå ut dagligen på promenad på sjukhusområdet. Några ytterligare motionsmöjligheter utomhus finns däremot inte, vilket är en brist.

JO har tidigare uppmärksammat att frivilligt vårdade patienter begränsas vad gäller möjligheten att komma ut.⁴ Rörelsefriheten är en grundlagsskyddad frihet och får endast begränsas genom lag. HSL ger inte något stöd för att hindra en patient att lämna avdelningen. Personalens möjligheter att hindra en patient som vårdas frivilligt att lämna avdelningen begränsar sig till vad som kan anses följa av brottsbalkens allmänna bestämmelser om nöd samt den ställning av s.k. skyddsgarant som hälso- och sjukvårdspersonalen kan anses ha, med beaktande av patientens mognad och hälsotillstånd. Detta kan ge upphov till svåra avvägningar. Vid samtalen med personal framgick att de flesta är väl införstådda med vad som gäller för frivilligt vårdade patienter och hur de ska göra för att ge dessa en trygg och säker vård utan att deras rörelsefrihet inskränks. Det fanns enstaka uppgifter om att frivilligt vårdade patienter förbjöds att lämna avdelningen. Det måste därför understrykas att det inte får förekomma att dessa patienter *de facto* frihetsberövas. Verksamheten har ett ansvar att se till att den grundlagsskyddade rörelsefriheten inte kringgås genom att patienter som vårdas frivilligt upplever sig hindrade att lämna vårdavdelningen.

Det är bekymmersamt att de portabla bältessängarna förvaras synligt i anslutning till entrén till avdelningen och är det första som möter en patient vid dennes ankomst dit. Det framstår som en olämplig placering eftersom patienter kan uppleva sängarna som skrämmande.

Det står klart att situationen med patienten som befann sig i ”högrisen” var väldigt svår och att avdelningen hade uttömt de alternativ som fanns inne på avdelningen innan patienten placerades där. Det står emellertid också klart att miljön på ”högrisen” präglas av inlåsning och övervakning och det kan ifrågasättas om det

⁴ Se t.ex. protokollen i ärendena O 8-2022, O 17-2022 och O 9-2020.

är värdigt för någon patient att vistas där. För patienter med liknande problematik föreligger alltså en risk för att de kan komma att vårdas i en olämplig miljö. Regionen måste ha en beredskap och lokaler som medför att även mycket utmanande patienter kan vårdas på ett värdigt sätt.

JO:s rekommendationer

JO rekommenderar Region Värmland att

- tillförsäkra alla tvångsvårdade patienter minst en timmes utevistelse per dag utöver tillgången till uterummet,
- säkerställa att all personal vet hur de ska hantera frivilligt vårdade patienters rörelsefrihet på ett rättssäkert sätt,
- se till att de mobila bältessängarna förvaras utom synhåll för patienterna, och
- säkerställa att det finns förutsättningar att ta emot patienter utan att de placeras i "högrisen".

Tvångsåtgärder

lakttagelser

Vid handlingsgranskning och i samtal med personal kom det fram att det är sällan som fastspänning eller avskiljande behöver tillgripas. Personalen beskrev att de får gå flera utbildningar, t.ex. i självskydd, arbetssätt för patienter med ätstörning och hur tvångsåtgärder kan undvikas. För patienter som blir utåtagerande försöker personalen ligga steget före och undvika att en sådan situation alls uppstår. Om den ändå gör det arbetar personalen med avledning eller försöker lugna patienten på annat sätt.

Det är också sällan som behandling mot en patients vilja genomförs. Enligt personalen arbetar de med att motivera patienten och om det inte fungerar behöver de i regel ändå inte tvinga patienten till att ta emot läkemedel eller behandling. Personalen uppgav även att indirekt tvång återkommande diskuteras i personalgruppen och flera som JO:s medarbetare intervjuade problematiserade gränserna mellan att motivera, förklara en konsekvens, hota och använda tvång. En svårighet som lyftes fram är att vårdnadshavarna kan vara av uppfattningen att hot om tvång är nödvändigt eller ha ett mer hotande än motiverande förhållningssätt mot patienten, t.ex. vid måltider med patienter med ätstörning.

På dagtid finns det en överläkare på plats samt en ST-läkare. Ifall behov av att fatta ett eventuellt beslut om tvångsåtgärd uppkommer ska överläkaren personligen undersöka patienten inför att beslut fattas. Om överläkaren har uppgifter på annan plats och inte är tillgänglig på dagtid eller på jourtid finns det primärjour och bakjour att ringa till. Primärjouren bemannas med ST-läkare, som kan finnas på plats på sjukhuset eller i hemmet. Primärjouren är tillgänglig enligt ett schema som all personal har tillgång till. Inställelsetiden för primärjouren är kortare än för

bakjouren, men någon uppgift om hur lång den är lämnades inte. Bakjouren är bemannad dygnet runt med en specialistläkare. Även läkaren som har bakjour kan finnas på sjukhuset eller i hemmet. Inställelsetiden för bakjouren är maximalt två timmar. Enligt de skriftliga rutinerna görs den första läkarundersökningen av läkare på plats, vilket betyder av primärjour eller bakjour och om dessa inte finns tillgängliga tillfrågas vuxenpsykiatrins jourlinje. Det formella beslutet fattas av bakjouren på telefon. Därefter ska bakjouren inställa sig inom två timmar. Detta innebär att läkaren som är bakjour personligen kan undersöka patienten inför det första beslutet om förlängning av ett beslut om avskiljande och inför det andra beslutet om förlängning av ett beslut om fastspänning. Ledningen gav uttryck för ambitionen att bakjouren ska inställa sig så snart som möjligt för att bedöma situationen och få tillräckligt bedömningsunderlag för sitt beslut. Samtidigt beskrevs att det inte finns behov av en läkare på plats de flesta nätter och att det är viktigare att ha läkare på plats under dagtid.

Konsekvenser och risker

Att en patient vårdas med stöd av LPT medför inte att patienten med någon slags automatik ska få behandling t.ex. en injektion mot sin vilja. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.⁵ Det är mycket viktigt att patienten alltid får tillfälle att fatta ett välgrundat beslut och att ta emot en erbjuden behandling på frivillig väg.⁶

Att använda tvångsåtgärder innebär ett särskilt ingrepp i en redan tvångsvårdad patients rätt till självbestämmande. Målsättningen vid psykiatrisk tvångsvård måste därför alltid vara att tvångsåtgärder förebyggs och att de används i så liten utsträckning som möjligt.⁷

Det är mycket positivt att arbetssätt för att undvika situationer där tvångsåtgärder behöver användas är väl implementerade i verksamheten. Det är viktigt att det arbetet fortsätter över tid. Som särskilt goda exempel kan lyftas fram personalens medvetenhet om indirekt tvång och hur olika förhållningssätt kan påverka patientens upplevelse av frivillighet. Det gäller särskilt för patienter som är barn och kan ha en annan uppfattning om vården eller enskilda vårdinsatser än sina vårdnadshavare. Att personalen problematiserar dessa komplexa frågor och diskuterar frågorna regelbundet ger goda förutsättningar för patienternas möjligheter att fatta välgrundade beslut om sin vård och för undvikande av tvångsåtgärder.

JO har flera gånger uttalat att underåriga patienter inom tvångsvården generellt får anses vara särskilt sårbara. För dessa patienter är det därför angeläget att en läkarundersökning utförs i samband med att ett beslut om fastspänning eller

⁵ Se prop. 2016/17:94, s. 24 och 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821).

⁶ Se 2 b § LPT och CPT/Inf (2023)30 p. 173.

⁷ Se 2 a § LPT och CPT/Inf (2017)06.

avskiljande fattas.⁸ Även CPT har i en standard uttalat att en patient ska bli läkarundersökt så snart som möjligt i samband med att ett beslut om att vidta en tvångsåtgärd fattas.⁹ Det är därför positivt att avdelningen är organiserad på så sätt att en överläkare som regel finns på plats dagtid och därmed personligen kan undersöka patienten och fatta ett eventuellt beslut om en tvångsåtgärd. På jourtid sker i regel konsultation över telefon. Inställelsetiden för bakjouren är två timmar, vilket betyder att en personlig undersökning av den beslutsfattande läkaren vid fastspänning riskerar att inte komma till stånd förrän inför en andra förlängning av beslutet. Det handlar om de mest ingripande åtgärder som kan tillgripas inom den psykiatriska tvångsvården och mot barn. Frågan behandlas ytterligare i de generella synpunkterna i slutet av rapporten.

Rekommendationer

JO rekommenderar Region Värmland att

- fortsätta arbetet med att kontinuerligt säkerställa personalgruppens kompetens om arbetssätt för att förebygga behov av tvångsåtgärder, och
- fortsätta arbetet med att kontinuerligt medvetandegöra former för indirekt tvång.

Bemanning och personalens kompetens och bemötande

Iakttagelser

Personalen beskrev att bemanningen är tillräcklig för att hinna med arbetsuppgifterna och att vara närvarande för patienterna. Bemötandet av patienter och vårdnadshavare beskrevs överlag som mycket gott. Den samordnande kuratorn framställdes som en nyckelfunktion. Dennes huvuduppgifter är att samordna och följa upp vården, genomföra kartläggande och behandlande samtal samt samverka med öppenvården och socialtjänsten.

Både personal och ledning lyfte fram att det är en brist att BUP är beroende av hyrläkare. Överläkartjänsten på avdelningen besätts med en hyrläkare, vilket innebär att denne byts ut med ojämna mellanrum. Personalen berättade att det leder till otydligheter i rutiner och arbetssätt. I viss utsträckning kan det drabba patienter med långa vårdtider i form av bristande kontinuitet i vården, men de flesta trodde att det i huvudsak påverkar personalens arbete. Inte sällan är hyrläkaren specialist i vuxenpsykiatri och inte barnpsykiatri. Det har även förekommit att hyrläkare fått sluta p.g.a. brister i bemötandet av patienter. Ledningen uppgav att det inte är önskvärt att vara beroende av hyrläkare och att det skulle behöva vara en fast specialistläkare på avdelningen, men att det är brist på barnpsykiater. Regionen arbetar med att överanställa ST-läkare för att få in dessa i verksamheten i syfte att säkerställa en framtida kompetens. Ledningen beskrev även att chefsöverläkaren har ansvar för den kliniska handledningen av ST-läkarna, deltar varje vecka på

⁸ Se protokollen i dnr 4043-2017 och 3816-2017 och JO:s remissvar i dnr R 10-2018.

⁹ Se CPT/Inf(2017)6, p. 2.

överläkarronden och därutöver finns tillgänglig på telefon för både ST-läkare och hyrläkare.

I informationsbroschyren om avdelningen som lämnas till patienterna anges ”På avdelningen skall barnet/ungdomen ha en förälder/ansvarig vuxen med sig hela tiden om inte annat görs upp i samråd med personal”. Några i personalen beskrev det som att de alltid försöker motivera vårdnadshavarna att vara på avdelningen. Någon beskrev det som att de säger till vårdnadshavare att de alltid ska vara på avdelningen och att det gäller även om relationen mellan förälder/barn är konfliktfylld. En annan uppgav att det kan finnas situationer när det inte är lämpligt att vårdnadshavare är närvarande. Vid journalgranskning noterades ett exempel med en tvångsvårdad patient som tidigare hade vårdats frivilligt på avdelningen. Från den vårdperioden fanns anteckningar om att relationen mellan patienten och dennes föräldrar var mycket konfliktfylld. När den patienten senare blev intagen med stöd av LPT anges i journalen att vårdnadshavare inte kommer att vara på avdelningen hela tiden.

Om larmet aktiveras kommer det personal från andra avdelningar. Enligt uppgift kommer även ordningsvakter vid larm på kvällar och nätter. Ordningsvakternas uppgift är att vara personalen behjälplig men det är den som aktiverat larmet som arbetsleder. Enligt den personal som intervjuades är det ovanligt med situationer som involverar ordningsvakter. Någon hade varit med om att ordningsvakter väntade utanför avdelningen.

Konsekvenser och risker

Bemanningen ska vara tillräcklig i fråga om antal, personalkategorier och utbildning och erfarenhet. En låg bemanning kan leda till risksituationer för patienterna, oavsett goda intentioner.¹⁰

Det är naturligtvis oroande att regionen har svårt att rekrytera en fast överläkare till avdelningen när det finns ett behov. Enligt regionen arbetar man aktivt och långsiktigt med frågan, bl.a. genom att överanställa ST-läkare. Flera av de kompenserande insatser som regionen gör för att säkerställa kompetens är emellertid avhängiga av den nuvarande chefsöverläkaren. Det gör systemet skört. Läkarbrist riskerar i förlängningen att påverka såväl patienternas vård som beslutsfattandet om tvångsvården i sig och om eventuella tvångsåtgärder.

På vilket sätt vårdnadshavare görs delaktiga i vården innefattar komplexa överväganden. Ett gott samarbete med patientens vårdnadshavare är naturligtvis oftast en viktig faktor för en lyckad vård. Om en anhörigs närvaro däremot uppfattas som ett krav, eller en stark utgångspunkt, för vården av samtliga patienter finns en risk att det inte görs en individuell bedömning av i vilken grad vårdnadshavaren ska vara delaktig med hänsyn till barnets ålder och mognad,

¹⁰ Se CPT/Inf (98)12-part, p.42.

vårdinsatsens karaktär och vad som är barnets bästa.¹¹ Detta leder i sin tur till att anhöriga riskerar att vara närvarande i situationer eller i en utsträckning som inte är gynnsam för patienten. I värsta fall kan en anhörigs närvaro vara skadlig för patienten.

Det framstår som att det är en stark utgångspunkt att en anhörig alltid ska vara med på avdelningen. Vid inspektionen framkom emellertid även exempel på att det görs individuella bedömningar av i vilken utsträckning vårdnadshavare ska vara med, vilket är bra. Barn som vårdas med stöd av LPT är frihetsberövade och har inte själva möjlighet att bestämma under vilka former det ska ske, varför det är viktigt att vårdgivaren alltid prövar om det är till barnets bästa att en anhörig ständigt är närvarande.

Beträffande användningen av ordningsvakter eller väktare kan följande sägas. Det finns en risk för att redan närvaron av säkerhetspersonal framstår som skrämmande för barn.¹² Enligt CPT är det av avgörande betydelse att assisterande personal, t.ex. personal med säkerhetsrelaterade uppgifter, väljs med stor omsorg och att de får lämplig utbildning innan de tillträder sina uppgifter, i syfte att undvika att det uppkommer situationer där patienterna behandlas illa.¹³ Det får inte förekomma att säkerhetspersonal utför hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsuppgifter.¹⁴ Det är positivt att det sällan uppkommer situationer som medför att ordningsvakter kommer till avdelningen. Det är emellertid bekymmersamt om ordningsvakter kommer vid larm under kväll och natt. Det kan ifrågasättas vad syftet med det är med tanke på att det inte bedöms som en nödvändighet dagtid.

Rekommendationer

JO rekommenderar Region Värmland att

- vidta ytterligare ansträngningar för att kunna anställa läkare som avdelningen är i behov av,
- säkerställa att det alltid görs en individuell bedömning av i vilken grad patientens vårdnadshavare ska göras delaktig i vården och att informationen till patienten anpassas därefter, och
- undvika att ordningsvakter eller väktare finns på avdelningen, och om det ska förekomma; se till att sådan personal används endast vid särskilda situationer och i tydliga syften.

¹¹ Jfr JO:s beslut den 21 september 2021, dnr 2782-2018.

¹² Se SOU 2017:111 s. 141 f.

¹³ Se CPT/Inf(98)12, p. 28.

¹⁴ Se Inspektionen för vård och omsorg, Iakttagelser i korthet, Brister i psykiatrisk tvångsvård av barn, december 2023.

Generella synpunkter efter fyra inspektioner av slutenvården inom barn- och ungdomspsykiatri

Inspektionsserien

Under den här inspektionsserien har Opcat-enheten genomfört fyra inspektioner av slutenvården inom barn- och ungdomspsykiatri: avdelning 99 i Västerås inom Region Västmanland, BUP:s slutenvård i Sundsvall inom Region Västernorrland, BUP heldygnsvård vid S:t Görans sjukhus inom Region Stockholm samt avdelning 48 i Karlstad inom Region Värmland.

Vissa av de iakttagelser som gjorts under inspektionerna ger upphov till följande generella synpunkter.

Läkarundersökning i samband med beslut om en tvångsåtgärd

I 19 a och 20 a §§ LPT regleras vad som gäller för fastspänning och avskiljning av barn. Där anges bl.a. att ett beslut om en sådan åtgärd fattas av chefsöverläkaren.¹⁵ I förarbetena till bestämmelserna anges följande angående behovet av att patienten undersöks av läkare när ett beslut om någon av tvångsåtgärderna aktualiseras.

I likhet med all annan vård och behandling av patienter förutsätts det att vården utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär bl.a. att den som ska bedöma en patients hälsotillstånd behöver ett bedömningsunderlag. Det normala är att en sådan bedömning föregås av en personlig undersökning av patienten. I detta fall innebär det att den beslutande läkaren själv undersöker patienten innan han eller hon beslutar om en tvångsåtgärd.¹⁶

JO har flera gånger uttalat att underåriga patienter inom den psykiatriska tvångsvården generellt får anses vara särskilt sårbara och att det därför är av största vikt att dessa patienter läkarundersöks i samband med att ett beslut om fastspänning eller avskiljning fattas.¹⁷ Även CPT har, såväl i en standard som i rekommendationer till Sverige, uttalat att en patient ska bli läkarundersökt så snart som möjligt i samband med att ett beslut om att vidta en tvångsåtgärd fattas (alldeles oavsett om patienten är ett barn eller en vuxen).¹⁸ JO har även beträffande vuxna patienter rekommenderat regioner att säkerställa att så sker.¹⁹

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård²⁰ ska en patient som är under 18 år undersökas av den beslutande läkaren minst en gång per timme (fastspänning) respektive minst varannan timme (avskiljning) innan ett beslut om förlängning av tvångsåtgärden fattas. Ett undantag gäller inför det första beslutet om förlängning av tvångsåtgärden. Då är det tillräckligt att undersökningen av patienten i stället görs

¹⁵ Av 39 § LPT framgår att chefsöverläkaren får delegera beslutsbefogenheten till annan läkare.

¹⁶ Se prop. 2019/20:84 s. 32 f. och s. 39.

¹⁷ Se protokollen i dnr 4043-2017 och 3816-2017, se även JO:s remissvar i dnr R 10-2018.

¹⁸ Se CPT/Inf(2017) 6, p. 2, CPT/Inf(2021) 20, p. 71 och CPT/Inf(2016) 1, p. 117.

¹⁹ Se protokollen i dnr O 18-2019 och O 9-2020.

²⁰ HSLF-FS 2022:62.

av någon annan legitimerad läkare som överför informationen om undersökningen till den beslutande läkaren.²¹ Detta innebär alltså att läkarundersökning av patienten enligt föreskrifterna endast behöver företas i samband med ett ställningstagande till om tvångsåtgärden ska förlängas. Läkarundersökning av den beslutande läkaren behöver göras först i samband med ett andra beslut om förlängning. Det kan anmärkas att för vuxna patienter behöver en läkarundersökning, enligt föreskrifterna, komma till stånd först efter fyra timmar beträffande fastspänning och åtta timmar beträffande avskiljning.

Vid JO:s inspektioner har det framkommit att det är vanligt att ett första beslut om en tvångsåtgärd fattas av läkaren efter föredragning på telefon, och att en undersökning av patienten genomförs först i samband med en eventuell förlängning.²² Detta gäller i synnerhet under jourtid. Den här inspektionsserien visar att de inspekterade regionerna har organiserat sig på olika sätt beträffande bemanning av läkare och att tillgången till en beslutande läkare som kan göra en personlig undersökning i samband med beslut om en tvångsåtgärd varierar.

Tidigare, dvs. innan de särskilda bestämmelserna avseende barn i 19 a och 20 a §§ LPT infördes, hade Socialstyrelsen en handbok med information och vägledning för tillämpningen av föreskrifterna på detta område. Av den framgick att bestämmelsen om läkarundersökning inför ett beslut om förlängning av en tvångsåtgärd ska ses som ett lägsta krav och utgångspunkten måste alltid vara att den beslutande läkaren genomför en personlig undersökning av patienten inför, eller så snart som möjligt efter, ett inledande beslut.²³ Någon sådan handbok finns inte beträffande nu gällande författningar.

Utformningen av Socialstyrelsens föreskrifter samt de olika sätt som regionerna har organiserat tillgängligheten till läkare väcker frågan om det som förutsatts i förarbetena har fått genomslag i praktiken beträffande läkarundersökning av patienter som är barn inför eller i samband med ett inledande beslut om en tvångsåtgärd. Med tanke på hur lång tid som kan passera innan en läkarundersökning görs av en vuxen patient uppkommer frågan även för dessa patienter.

Förutsättningar för användning av fastspänning

JO har vid tidigare inspektioner uppmärksammat att fastspänning används som medel för att genomföra sondmatning utan samtycke. JO har då uttalat att det i uttrycket ”omedelbar fara”²⁴ bör ligga att det är fråga om att avvärja en plötslig händelse och att fastspänning inte får tillgripas för att förhindra något som man

²¹ 3 kap. 2 § andra och tredje stycket respektive 3 kap. 5 § andra och tredje stycket.

²² Se t.ex. även O 18-2019, O 9-2020, O 4-2023.

²³ Se protokollen i dnr 4043-2017 och 3816-2017.

²⁴ Enligt 19 a § LPT får en patient under 18 år spännas fast med bälte om det finns en omedelbar fara för att patienten lider allvarlig skada och det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga.

anar är under uppsegling. JO har även uttalat att det inte annat än i undantagsfall kan anses förenligt med 19 a § LPT att spänna fast en patient i syfte att få till stånd behandling utan samtycke enligt 17 § tredje stycket LPT.²⁵ Enligt CPT bör fastspänning av barn under 18 år av princip inte förekomma alls.²⁶ Den svenska lagstiftningen på detta område är i centrala delar oklar och JO har flera gånger lyft fram behovet av att lagstiftningen ses över. Det är därför positivt att regeringen nyligen har beslutat att en utredning ska tillsättas som bl.a. ska se över dessa frågor.²⁷ Det som kommit fram vid en av inspektionerna under denna serie belyser på nytt behovet av att lagstiftningen ses över.

Vårdnadshavares delaktighet i vården

I vilken utsträckning vårdnadshavare ska vara närvarande på en sluten avdelning tillsammans med barnet berör grundläggande frågor om barns rättsliga ställning inom den psykiatriska tvångsvården.²⁸ Det väcker även frågor om vilka behandlingsmodeller som är lämpliga vid psykiatrisk slutenvård av barn. JO har endast gjort nedslag genom denna inspektionsserie och har inte fått en heltäckande bild av hur frågor om vårdnadshavares delaktighet hanteras i landet. Med anledning av det som kommit fram vid dessa inspektioner väcks dock frågan om det kan finnas behov av vägledning och kunskapsstöd för hur regionerna bör arbeta med frågan. Det finns därför skäl att uppmärksamma Socialstyrelsen på det som framkommit under inspektionsserien.

Avslutande åtgärd

Mot bakgrund av det som kommit fram under inspektionerna och det som anförts ovan i detta avslutande avsnitt finns det skäl att skicka rapporterna från inspektionsserien till regeringen och till Socialstyrelsen för kännedom.

Dokumentet har fastställts digitalt av chefsjustitieombudsmannen Erik Nymansson och har ingen underskrift.

²⁵ Se JO:s beslut den 21 september 2021, dnr 2782-2018, samt protokollen i dnr O 17-2022 och 643-2015.

²⁶ Se CPT/Inf(2023) 30, p. 202.

²⁷ Se dir. 2026:42, En förbättrad psykiatrisk tvångslagstiftning.

²⁸ Se vidare JO:s beslut den 21 september 2021, dnr 2782-2018.