

För barnets bästa?

Utredningen om tvångsåtgärder
mot barn i psykiatrisk tvångsvård

*Betänkande av Nationell samordnare
för utveckling och samordning av insatser
inom området psykisk hälsa*

Stockholm 2017



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2017:111

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2018

ISBN 978-91-38-24740-2

ISSN 0375-250X

Rättelseblad till SOU 2017:111

Rättelse i SOU 2017:111, kapitel 7, sidan 275

Nuvarande lydelse:

Utredningens bedömning: Det ska inrättas ett särskilt utvecklings- och kontrollorgan – Nämnden för utveckling- och kontroll av psykiatrisk tvångsvård av barn – med Inspektionen för vård och omsorg som värdmyndighet.

Inspektionen för vård och omsorg, bör genom ändrad lagstiftning i enlighet med Valfärdsutredningens förslag eller på annat sätt, säkerställa att de register som myndigheten ska föra enligt patientsäkerhetslagen är uppdaterade.

Korrekt lydelse:

Utredningens förslag: I patientsäkerhetslagen ska införas en bestämmelse om att hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldiga att lämna ut sådana uppgifter som den föreslagna nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård av barn behöver för sin verksamhet.

Utredningens bedömning: Det ska inrättas ett särskilt utvecklings- och kontrollorgan – Nämnden för utveckling- och kontroll av psykiatrisk tvångsvård av barn – med Inspektionen för vård och omsorg som värdmyndighet.

Inspektionen för vård och omsorg, bör genom ändrad lagstiftning i enlighet med Valfärdsutredningens förslag eller på annat sätt, säkerställa att de register som myndigheten ska föra enligt patientsäkerhetslagen är uppdaterade.

Till statsrådet Annika Strandhäll

Den 17 december 2015 beslutade regeringen att en särskild utredare – en nationell samordnare – ska stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå (dir. 2015:138). Som särskild utredare förordnades från och med den 1 januari 2016 beteendevetaren Kerstin Evelius. Som sekreterare i utredningen förordnades, från och med den 15 februari 2016, statsvetaren Andrea Larsson och från och med den 1 september 2016, statsvetaren Sven Akselson.

Den 8 december 2016 beslutade regeringen att komplettera utredarens uppdrag till att även omfatta en översyn av tvångsåtgärder mot barn enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT (dir. 2016:106). Som sekreterare på halvtid anställdes juristen Maria Nyström Agback, från och med den 9 januari 2017 till och med den 31 oktober 2017. Som sekreterare på halvtid anställdes också samhällsvetaren Louise Aronsson från och med den 9 januari 2017 till och med den 31 december 2017. Docenten i offentlig rätt, Ewa Gustafsson, anställdes som sekreterare, från och med den 1 juni 2017 till och med den 31 december 2017.

Utredningen har biträtt av två referensgrupper. I den ena gruppen utsågs från och med den 1 februari 2017, studenten Jenny Bjärne, studenten Karin Friström, studenten Jonna Maaranen, studenten Semanur Taskin och studenten Ida Åström.

I den andra referensgruppen utsågs juristen Julia Boija (Barnombudsmannen), överläkaren Susanne Buchmayer (Svensk förening för barn- och ungdomspsykiatri), specialistsjuksköterskan i psykiatrisk vård Jenny Karlsson (Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor), den intressepolitiska ombudsmannen Annica Nilsson (representant för Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH), den nationella ämnessamordnaren i psykiatri Christina Olsson (Inspek-

tionen för vård och omsorg), psykologen Ulrika Sharifi (Psykologförbundet) samt den medicinskt sakkunnige Barbro Thurfjell (Socialstyrelsen).

Utredningen överlämnar härmed betänkandet *För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård* (SOU 2017:111). Utredningens uppdrag är med detta slutfört.

Stockholm i december 2017

Kerstin Evelius

/ Sven Akselson
Louise Aronsson
Ewa Gustafsson
Andrea Larsson

Innehåll

Förkortningar	13
Sammanfattning	15
1 Författningsförslag	25
1.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård	25
1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård	34
1.3 Förslag till patientsäkerhetslag (2010:659)	38
2 Om utredningens uppdrag och genomförande	41
2.1 Direktiven	41
2.2 Utredningens uppdrag	41
2.3 Uppdragets genomförande	42
2.3.1 Dialog och samråd	43
2.3.2 Barn och ungas erfarenheter och synpunkter	44
2.3.3 Besök på barn- och ungdomspsykiatriska kliniker	45
2.4 Utredningens kommentarer till uppdraget	46
2.4.1 Lagens utformning är viktig men efterlevnaden är den stora utmaningen	46
2.4.2 Särskilt om förslagen och dess praktiska konsekvenser	48
2.5 Utredningens utgångspunkter	48
2.5.1 Barnperspektiv	48

2.5.2	Perspektiv på god vård.....	49
2.6	Betänkandets disposition	51
3	Gällande rätt m.m.....	53
3.1	Fri- och rättighetsskyddet	53
3.2	Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård	55
3.3	Övriga konventioner rekommendationer	57
3.3.1	Europeiska konventionen till förhindrande av tortyr m.m.....	57
3.3.2	FN:s konvention mot tortyr och annan omänsklig eller förnedrande behandling m.m.	58
3.3.3	FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.....	59
3.3.4	FN:s konvention om barnets rättigheter.....	60
4	Nordisk utblick.....	63
4.1	Utgångspunkter.....	63
4.2	Norge	63
4.2.1	Hälso- och sjukvårdens organisation.....	63
4.2.2	Sluten psykiatrisk tvångsvård	64
4.2.3	Tvångsåtgärder vid sluten psykiatrisk tvångsvård.....	66
4.2.4	Statistik och uppföljning vad gäller tvångsåtgärder inom den slutna psykiatriska tvångsvården.....	67
4.2.5	Enskilda klagomål och överklaganden vid psykiatrisk tvångsvård.....	68
4.2.6	Tillsyn över verksamheter i hälso- och sjukvården samt de psykiatriska specialiteterna....	69
4.3	Finland	71
4.3.1	Hälso- och sjukvårdens organisation.....	71
4.3.2	Sluten psykiatrisk tvångsvård	72
4.3.3	Tvångsåtgärder vid sluten psykiatrisk tvångsvård.....	73

4.3.4	Statistik och uppföljning vad gäller tvångsåtgärder inom den slutna psykiatriska tvångsvården	75
4.3.5	Enskilda klagomål och överklaganden vid psykiatrisk tvångsvård	76
4.3.6	Tillsyn över verksamheter i hälso- och sjukvården samt de psykiatriska specialiteterna	77
4.4	Danmark	78
4.4.1	Hälso- och sjukvårdens organisation	78
4.4.2	Sluten psykiatrisk tvångsvård	79
4.4.3	Tvångsåtgärder vid sluten psykiatrisk tvångsvård	80
4.4.4	Statistik och uppföljning vad gäller tvångsåtgärder inom den slutna psykiatriska tvångsvården	82
4.4.5	Enskilda klagomål och överklaganden vid psykiatrisk tvångsvård	82
4.4.6	Tillsyn över hälso- och sjukvården och de psykiatriska specialiteterna	83
4.5	Island	84
4.5.1	Hälso- och sjukvårdens organisation	84
4.5.2	Sluten psykiatrisk tvångsvård	85
4.5.3	Tvångsåtgärder vid sluten psykiatrisk tvångsvård	86
4.5.4	Statistik och uppföljning vad gäller tvångsåtgärder inom den slutna psykiatriska tvångsvården	87
4.5.5	Enskilda klagomål och överklaganden vid psykiatrisk tvångsvård	88
4.5.6	Tillsyn över hälso- och sjukvården och de psykiatriska specialiteterna	88
5	Nulägesbeskrivning	91
5.1	Inledning	91
5.2	Barn och unga i Sverige	91
5.3	Förekomsten av psykisk ohälsa bland barn	92

5.4	Vilka är de barn som är i behov av insatser från barn- och ungdomspsykiatri?	93
5.5	Hur är vården inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) organiserad?	94
5.5.1	Huvudmännens ansvar.....	94
5.5.2	Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)	95
5.6	Statistik och datainsamling	96
5.7	Barn i psykiatrisk öppenvård, slutenvård och psykiatrisk tvångsvård	98
5.7.1	Barn i psykiatrisk öppenvård.....	98
5.7.2	Barn i psykiatrisk slutenvård	102
5.7.3	Barn i sluten psykiatrisk tvångsvård	104
5.7.4	Vårdtillfällen i psykiatrisk tvångsvård på andra kliniker än inom barn- och ungdomspsykiatri..	110
5.8	Tvångsåtgärder i psykiatrisk tvångsvård	111
5.9	Sammanfattning.....	115
6	lakttagelser och analys	119
6.1	Inledning	119
6.2	Utgångspunkter.....	119
6.3	Barnets rätt.....	120
6.3.1	Perspektiv på tvångsåtgärder.....	122
6.3.2	Granskning av den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården	129
6.3.3	Övriga aspekter av betydelse för barnen	139
6.4	God vård.....	144
6.4.1	En kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	145
6.4.2	Säker vård.....	162
6.4.3	En patientfokuserad vård.....	170
6.4.4	Jämlig vård.....	175

7	Överväganden och förslag	185
7.1	Utredningens uppdrag	185
7.2	Utgångspunkter	186
7.2.1	Allmänt	186
7.2.2	Regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter	189
7.2.3	Barnperspektiv, barnrättsperspektiv och rättssäkerhet	193
7.2.4	Barnkonventionen	195
7.2.5	God vård	201
7.3	Utredningens överväganden och förslag	202
7.3.1	Systematiskt kvalitetssäkringsarbete för minskat behov av tvångsåtgärder	202
7.3.2	Val av behandlingsalternativ och ny medicinsk bedömning	205
7.3.3	Principen om barnets bästa	208
7.3.4	Rätt att få information och att få uttrycka åsikter	213
7.3.5	Barn får inte vårdas tillsammans med vuxna	219
7.3.6	Utomhusvistelse och dagliga aktiviteter	221
7.3.7	Sjukvårdsinrättning för rättspsykiatrisk vård	224
7.3.8	Allmänt om tvångsåtgärder	225
7.3.9	Fasthållning och fastspänning	229
7.3.10	Avskiljning och vård i enskildhet	247
7.3.11	Elektroniska kommunikationstjänster	258
7.3.12	Särskild underrättelse om tvångsåtgärder	262
7.3.13	Överklagande av tvångsåtgärder	265
7.4	Utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård av barn	275
7.4.1	Inledning	275
7.4.2	Register över verksamheter	276
7.4.3	Tillsyn	279
7.4.4	Utredningens överväganden och förslag	289
7.5	Särskilda uppdrag	298

7.5.1	Inrätta ett nationellt kunskapscentrum för utveckling av psykiatrisk heldygnsvård för barn	298
7.5.2	Utröda om det finns skäl att reglera krav på kompetens hos verksamhetschefer och chefsöverläkare vid de kliniker som bedriver psykiatrisk tvångsvård för barn	300
7.5.3	Ta fram en vidareutbildning för verksamhetschefer och chefsöverläkare vid de kliniker som bedriver psykiatrisk tvångsvård för barn	301
7.5.4	Genomföra en särskild översyn av bestämmelserna om medicinskt ledningsansvar i den psykiatriska tvångsvården för barn	302
7.5.5	Utröda om det finns skäl att reglera ytterligare krav på den barn- och ungdomspsykiatriska tvångsvårdens lokaler	303
8	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	305
9	Konsekvenser av utredningens förslag	307
9.1	Inledning	307
9.2	Konsekvenser för barn	307
9.3	Ekonomiska konsekvenser.....	308
9.3.1	Ekonomiska konsekvenser för staten	308
9.3.2	Ekonomiska konsekvenser för landstingen.....	313
9.3.3	Samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt	318
9.4	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	319
9.5	Konsekvenser för enskilda och för personlig integritet	323
9.6	Konsekvenser för jämställdheten och för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.....	323
9.7	Övriga konsekvenser.....	324

10 Författningskommentar 327

- 10.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om
psykiatrisk tvångsvård 327
- 10.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1129) om
rättpsykiatrisk vård..... 338
- 10.3 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen
(2010:659) 339

Bilagor

- Bilaga 1 Kommittédirektiv 2015:138 341
- Bilaga 2 Kommittédirektiv 2016:106..... 353
- Bilaga 3 Referenslista 355

Förkortningar

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
BO	Barnombudsmannen
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
CPT	European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
CRC	Convention on the Rights of the Child
CRG	Committee on the Rights of the Child
DBT	Dialektisk beteendeterapi
Dir.	Direktiv från regeringen till statliga utredningar
Dnr	Diarienummer
Ds	Departementsserien
EU	Europeiska unionen
FN	Förenta nationerna
FPT	Förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
HVB	Hem för vård eller boende
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
JO	Justitieombudsmannen
KBT	Kognitiv beteendeterapi
LPT	Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LRV	Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
LSU	Lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård

LVM	Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
NPM	National Preventive Mechanism
OSL	Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
PSF	Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)
Prop.	Proposition
PSL	Patientsäkerhetslagen (2010:659)
PL	Patientlagen (2014:821)
PTSD	Posttraumatiskt stressyndrom
RF	Regeringsformen
RÅ	Regeringsrättens årsbok
SBU	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
SCB	Statistiska centralbyrån
SFS	Svensk författningssamling
SiS	Statens institutionsstyrelse
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SoF	Socialtjänstförordningen (2001:937)
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
SOSFS	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd
SOU	Statens offentliga utredningar
UPH	Uppdrag psykisk hälsa

Sammanfattning

Utredningens uppdrag och arbete

Den 17 december 2015 beslutade regeringen att en särskild utredare – en nationell samordnare – ska stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå (dir. 2015:138).

Den 8 december 2016 beslutade regeringen att komplettera utredarens uppdrag till att även omfatta en översyn av tvångsåtgärder mot barn enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT (dir. 2016:106). Syftet med uppdraget är att ytterligare stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för de barn som tvångsvårdas samt bidra till kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på tvångsvården. Utgångspunkten för förslagen ska vara att minska eller om möjligt avskaffa användningen av tvångsåtgärder utan att försämra förutsättningarna att bereda barn nödvändig vård.

I arbetet har utredningen lagt stor vikt vid att inhämta synpunkter och erfarenheter från barn och unga med egen erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård och tvångsåtgärder. Förutom kontakt med ett stort antal enskilda barn och unga har utredningen genomfört intervjuer med barn som har varit intagna för vård och behandling inom den psykiatriska tvångsvården. Utredningen har också biträtt av en referensgrupp som i sin helhet har bestått av ungdomar med erfarenhet av psykiatrisk heldygnsvård och tvångsåtgärder.

Utredningen har inom ramen för uppdraget vidare samrått med ett stort antal aktörer som berörs av uppdraget, däribland myndigheter, vårdens professioner, professionsföreningar, brukar-, patient-, och anhörigorganisationer, det civila samhället samt organisationer som företräder barn, unga och vuxna med psykisk ohälsa och/eller

funktionsnedsättningar. Utredningen har vidare genomfört studiebesök på kliniker som bedriver psykiatrisk tvångsvård för barn och har i samband med dessa besök talat med olika professioner vid klinikerna.

Kan tvångsåtgärder mot barn avskaffas helt?

FN:s kommitté för barnets rättigheter (även kallad barnrättskommittén) genomför återkommande granskningar av hur konventionsstaterna uppfyller sina skyldigheter enligt FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och dess fakultativa protokoll. I den granskning som barnrättskommittén genomförde under 2014 fick Sverige kritik på flera punkter beträffande användningen av vissa tvångsåtgärder mot barn inom psykiatri och på de särskilda ungdomshemmen. Kommittén uppmanade bl.a. Sverige att i lag förbjuda användningen av remmar och bälten och avskiljning i psykiatriska vårdmiljöer.

Utredningen har inte fullt ut anammat ett sådant synsätt, med hänvisning till direktivets utgångspunkt om att utredningens förslag inte ska försämrå förutsättningarna att bereda barn nödvändig vård. Såväl de barn som utredningen har talat med inom ramen för uppdragets genomförande som de ungdomar som har ingått i den referensgrupp som har biträtt utredningen i dess arbete har bedömt att det i extrema undantagsfall kan finnas situationer där en tvångsåtgärd kan vara förenlig med barnets bästa, t.ex. i livräddande syfte, och att det skulle vara förenat med stora risker för liv och hälsa att helt avskaffa tvångsåtgärder mot barn i den psykiatriska vården. Emellertid är det barnens och de ungas uppfattning att användandet av tvångsåtgärder kan minska drastiskt.

Det är därför utredningens bedömning att det kan finnas situationer då det för barnets bästa är den enda lösningen som står till buds. Utredningen anser emellertid att förutsättningarna för de åtgärder som kan tillgripas måste stramas åt ytterligare i lagstiftningen och att kraftfulla insatser behöver vidtas i syfte att systematiskt kontrollera hur tvångsåtgärder används. Vidare krävs initiativ för att utveckla kunskap, kvalitet och kompetens i den psykiatriska heldygnsvården för barn vilket är en förutsättning för att kraftigt kunna minska användningen av tvångsåtgärder.

Ett tydligt barnrättsperspektiv i lagen

För att stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten i den psykiatriska tvångsvården för barn föreslår utredningen att det införs särskilda bestämmelser i LPT, som genom hänvisning även gäller vid vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV. Med barn menas personer under 18 år. De nya bestämmelserna tydliggör att barnets bästa ska utredas och särskilt beaktas vid alla beslut och åtgärder som rör barn och de stärker barns rätt till information och få uttrycka sina åsikter.

För att de nya bestämmelserna ska få genomslag och för att säkerställa barnrättsperspektivet vid beslut och åtgärder enligt lagen krävs satsningar på kunskaps- och kvalitetsutveckling. Utredningen lämnar därför flera förslag som syftar till ökad insyn, uppföljning och kvalitetsförbättringar vad gäller den psykiatriska heldygnsvården, inklusive den psykiatriska tvångsvården, för barn.

Författningsförslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

Utredningens förslag och bedömningar

Systematiskt kvalitetssäkringsarbete för minskat behov av tvångsåtgärder

Att bli föremål för en tvångsåtgärd är starkt integritetskränkande för ett barn. I syfte att säkerställa att patienten får en god vård och inte utsätts för inskränkningar i sin självbestämmanderätt som inte är absolut nödvändiga krävs ett kontinuerligt och långsiktigt arbete på sjukvårdsinrättningarna för att minska antalet åtgärder som vidtas med tvång. I syfte att understryka vikten av ett sådant arbete föreslår utredningen att det i en ny paragraf i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, ska förtydligas att det kvalitets-säkringsarbete som avses i HSL ska, i sådan verksamhet som bedriver psykiatrisk tvångsvård, även omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder. Vidare förslås att det i LRV införs en ny paragraf som klargör att hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) förkortad HSL, och patientlagen (2014:821), förkortad PL, är tillämpliga även vid rättspsykiatrisk vård. En motsvarande bestämmelse finns redan i 1 § LPT vilken enligt förarbetena gäller även vid vård

enligt LRV. I förtydligande syfte bör detta emellertid framgå även av den senare lagen.

Val av behandlingsalternativ och ny medicinsk bedömning

De grundläggande bestämmelserna i HSL om respekt för patientens självbestämmande och integritet gäller också för den vård som sker med tvång och patientens önskemål ska därför respekteras så långt det är möjligt. För att understryka vikten av patientens delaktighet i vården ska det i en ny paragraf erinras om att bestämmelserna i 7 och 8 kap. PL om att patienten ska få möjlighet att välja behandlingsalternativ och få en ny medicinsk bedömning är tillämpliga även vid vård enligt LPT och LRV.

Principen om barnets bästa

Det är en brist ur barnrättssynpunkt att nuvarande lagstiftning inte gör skillnad mellan barn och vuxna. Alla som vårdas med tvång är särskilt utsatta men detta gäller i synnerhet barn som har begränsad autonomi och som är beroende av andra för att deras mänskliga rättigheter ska tillförsäkras dem. Principen om barnets bästa gäller redan i den psykiatriska tvångsvården genom regleringen i HSL och PL. Trots att det innebär en dubbelreglering är det utredningens mening att det är nödvändigt att i LPT införa en bestämmelse om barnets bästa för att principen ska få genomslag i praktiken. I syfte att stärka barnets ställning i tvångsvården förslår utredningen således att det i LPT ska införas en ny paragraf, vilken genom hänvisning även gäller vid vård av personer under 18 år enligt LRV, som anger att vid alla beslut och åtgärder som rör ett barn ska barnets bästa utredas och särskilt beaktas. Vid bedömningen av barnets bästa ska hänsyn tas till barnets åsikter. Av paragrafen ska framgå att vården ska präglas av omtanke och bygga på respekt för barnets människovärde och integritet. Utredningens bedömning är vidare att den föreslagna formuleringen i regleringen av barnets bästa bör ses över så att bestämmelserna blir likalydande i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Rätt att få information och att få uttrycka åsikter

I syfte att stärka barns möjligheter att få information och uttrycka sina åsikter i frågor som rör barnet föreslår utredningen att det i LPT ska införas en ny paragraf om att vid alla beslut och åtgärder som rör ett barn ska barnet fortlöpande få relevant information. Informationen ska anpassas till barnets ålder, mognad och andra individuella förutsättningar. Den som lämnar informationen ska så långt det är möjligt försäkra sig om att barnet har förstått informationen. Bestämmelser om information finns även i PL som gäller vid vård enligt LPT och LRV. Av samma skäl som gäller i fråga om principen om barnets bästa bör dess tillämplighet vid tvångsvård dock framgå även av tvångslagstiftningen. Det ska också i en ny paragraf regleras att ett barn ska ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till dess ålder och mognad. Utredningen bedömer att ett barns rätt att framföra sina åsikter och att bli hörd även bör framgå av patientlagen.

Barn ska inte få vårdas med vuxna

Enligt utredningens mening medför ett barns kontakt med hälso- och sjukvården ett särskilt ansvar för vårdgivaren att säkerställa att vårdmiljön är trygg och säker för barnet. Barn som har vårdats tillsammans med vuxna patienter, antingen inom allmänpsykiatri eller inom rättspsykiatri, har uttryckt att de upplevt obehag och rädsla och att detta har påverkat barnets vård och behandling negativt. I syfte att tillförsäkra barn skydd och en god vård föreslår utredningen därför att det ska införas en ny paragraf LPT, av vilken det uttryckligen framgår att barn inte får vårdas tillsammans med vuxna om det inte i det enskilda fallet bedöms vara förenligt med barnets bästa. Den myndighet regeringen bestämmer ska utan dröjsmål underrättas om det beslutas att ett barn ska vårdas tillsammans med vuxna. Paragrafen är genom hänvisning tillämplig även vid vård av personer under 18 år enligt LRV.

Sjukvårdsinrättning för rättspsykiatrisk vård

Det har förekommit att barn som vårdats med stöd av LPT placerats på en vårdinrättning för rättspsykiatrisk vård. I syfte att tillförsäkra de barn som vårdas med tvång en trygg och säker vård föreslår utredningen att det på en sjukvårdsinrättning där det ges rättspsykiatrisk vård får den som är under 18 år endast vårdas om han eller hon omfattas av lagen om rättspsykiatrisk vård.

Utomhusvistelse och dagliga aktiviteter

För barn i psykiatrisk tvångsvård är vårdmiljön av särskild betydelse liksom struktur i vardagen och möjligheten att få frisk luft och rörelse. I syfte att säkerställa att barn får möjlighet till utomhusvistelse och dagliga aktiviteter föreslår utredningen att det i LPT ska införas en ny paragraf om att barn ska ha möjlighet till daglig vistelse utomhus liksom till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen. Paragrafen är genom hänvisning tillämplig även vid vård enligt LRV.

Tvångsåtgärder

I syfte att öka rättssäkerheten och ge barnkonventionen ökat genomslag lämnar utredningen ett antal förslag som gäller tvångsåtgärder i den psykiatriska vården för barn.

Utredningen föreslår att en ny paragraf avseende barn ska införas när det gäller *fastspänning med bälte*. I paragrafen klargörs att tvångsåtgärden får vidtas endast om det är uppenbart att andra åtgärder är otillräckliga och det finns en omedelbar fara för att det enskilda barnet lider allvarlig skada. Fastspänning ska i fråga om barn inte kunna komma i fråga för att förhindra att någon annan kommer till skada. Fastspänning med bälte får pågå i högst en timme men får förlängas om det finns synnerliga skäl. Det föreslås vidare att det i bestämmelsen uttryckligen ska framgå att ett barn tillfälligt får *hållas fast*. Syftet med att i lagen reglera fasthållning är att synliggöra tvångsåtgärden vilket också ger möjlighet att följa upp samtliga inskränkningar i grundlagsskyddade fri- och rättigheter som kan förekomma.

Utredningen föreslår vidare att det ska införas en ny paragraf som avser *avskiljning* av barn. Ett barn får hållas avskild från andra barn

endast om det är uppenbart att andra åtgärder är otillräckliga och endast om det är nödvändigt på grund av att han eller hon genom aggressivt eller våldsamt beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst två timmar men får förlängas om det finns synnerliga skäl. Utredningen föreslår vidare att det ska införas en ny paragraf om att barn, om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av barnet, kan *vårdas i enskildhet*.

Beträffande beslut om *inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster* föreslår utredningen att ett sådant beslut får gälla i högst en vecka. Frågan om upphörande ska övervägas minst en gång per dygn men tiden får förlängas om det finns synnerliga skäl.

I syfte att motverka vårdskador och att utveckla lärande och insikt i den psykiatriska tvångsvården av barn föreslår utredningen att det ska införas en ny paragraf om att en *särskild underrättelse* ska skickas till den myndighet som regeringen bestämmer om ett barn varit föremål för fasthållning, fastspänning, avskiljning, vård i enskildhet och/eller inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster vid tre olika tillfällen under en vårdperiod.

Paragraferna är genom hänvisning tillämpliga även vid vård av personer under 18 år enligt LRV.

Överklagande av tvångsåtgärder

Barn i den psykiatriska tvångsvården är särskilt utsatta. En möjlighet att kunna överklaga beslut enligt LPT bidrar till en ökad rätts-säkerhet och till att skapa en enhetlig rättstillämpning. Utredningen föreslår därför att den som är förordnad som offentligt biträde för någon som är under 15 år, utan särskilt förordnande, ska vara den unges ställföreträdare i det mål eller ärende som förordnandet avser. Bestämmelsen om att barn som är yngre än 15 år får höras inskränks till att enbart gälla i domstol. Barnet får höras i domstol om han eller hon inte kan antas ta skada av det.

Utredningen bedömer att rätten att överklaga tvångsåtgärderna till förvaltningsrätten bör utökas och gälla såväl barn som vuxna. Utredningen delar vidare den bedömning som gjordes av Barnrätthetsutredningen (SOU 2016:19) att regeringen bör utreda om Barn-

ombudsmannen (BO) bör ges möjlighet att föra talan för enskilda i de fall frågan är av särskild betydelse för rättstillämpningen eller på annat sätt är av särskilt intresse för genomförandet av barnkonventionen.

Utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård av barn

Utredningen anser att det är av största vikt att de verksamheter där barn vårdas med tvång blir föremål för en regelbunden insyn i syfte att bidra till kvalitetsutveckling i vården, att öka rättssäkerheten för de barn som tvångsvårdas och att minska antalet tvångsåtgärder. Utredningen bedömer att det ska inrättas ett särskilt utvecklings- och kontrollorgan – Nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård av barn – med Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som värmyndighet.

Utredningen bedömer vidare att IVO, genom ändrad lagstiftning i enlighet med Valfärdsutredningens förslag, eller på annat sätt, bör säkerställa att de register som IVO ska föra enligt patientsäkerhetslagen är uppdaterade.

Särskilda uppdrag

För att säkerställa att de nya bestämmelserna och barnrättsperspektivet ska få genomslag vid beslut enligt lagen krävs satsningar på kunskaps- och kvalitetsutveckling. Utredningen lämnar därför flera förslag som syftar till kvalitetsförbättringar vad gäller den psykiatriska heldygnsvården, inklusive den psykiatriska tvångsvården, för barn. Det är utredningens bedömning att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att:

- inrätta ett nationellt kunskapscentrum för utveckling av psykiatrisk heldygnsvård för barn,
- utreda om det finns skäl att reglera krav på kompetens hos verksamhetschefer och chefsöverläkare vid de kliniker som bedriver psykiatrisk heldygnsvård, inklusive tvångsvård, för barn,

- tillsammans med lämpligt lärosäte ta fram en vidareutbildning för verksamhetschefer och chefsöverläkare vid de kliniker som bedriver psykiatrisk heldygnsvård, inklusive tvångsvård, för barn,
- genomföra en särskild översyn av bestämmelserna om medicinskt ledningsansvar i den psykiatriska heldygnsvården, inklusive tvångsvården, för barn, samt
- utreda om det finns skäl att reglera ytterligare krav på den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvårdens lokaler.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

dels att nuvarande 20 a § ska betecknas 20 c §,

dels att 6 a, 18, 22 b, 32, 44 och 39 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas tio nya paragrafer 1 a, 2 c, 2 d, 2 e, 2 f, 17 a, 19 a, 20 a, 20 b och 22 c §§ av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 a §

Det kvalitetssäkringsarbete som avses i 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen ska i verksamhet som bedriver psykiatrisk tvångsvård även omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder.

Bestämmelserna i 7 och 8 kap. patientlagen (2014:821) är tillämpliga även vid vård enligt denna lag.

2 c §

Vid alla beslut och åtgärder som rör ett barn ska barnets bästa utredas och särskilt beaktas.

Vid bedömningen av barnets bästa ska hänsyn tas till barnets åsikter i enlighet med 2 e §.

Med barn avses personer under 18 år.

Vården ska präglas av omtanke och bygga på respekt för barnets människovärde och integritet.

2 d §

Vid alla beslut och åtgärder som rör ett barn ska barnet fort-löpande få relevant information. Informationen ska anpassas till barnets ålder, mognad och andra individuella förutsättningar.

Den som lämnar information ska så långt det är möjligt försäkra sig om att barnet har förstått informationen.

2 e §

Ett barn ska ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet.

Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till dess ålder och mognad.

2 f §

Barn får inte vårdas tillsammans med vuxna om det inte i det enskilda fallet bedöms vara för- enligt med barnets bästa.

Ett barn ska ha möjlighet till daglig vistelse utombus liksom till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen.

Den myndighet regeringen bestämmer ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt första stycket.

6 a §¹

Ett barn som hålls kvar enligt 6 § får i sådana fall som anges i 19 a, 20 a och 20 b §§ tillfälligt hållas fast, kortvarigt spännas fast med bälte, kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna eller vårdas i enskildhet.

I sådana fall som anges i 19 § eller 20 § får en patient som hålls kvar enligt 6 § kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning eller kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna.

I sådana fall som anges i 19 § eller 20 § får en patient *som är över 18 år* som hålls kvar enligt 6 § kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning eller kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna.

En patient som hålls kvar enligt 6 § får, om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa, ges nödvändig behandling.

Beslut enligt denna paragraf fattas av legitimerad läkare.

17 a §

Vid sluten psykiatrisk tvångsvård av barn tillämpas 18–18 a §§, 19 a §, 20 a–25 §§.

18 §²

En patient får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han *skall* vistas.

En patient *som vårdas enligt denna lag* får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han *eller hon ska* vistas.

¹ Senaste lydelse 2000:353.

² Senaste lydelse 2000:353.

Om andra åtgärder inte är tillräckliga, får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där denna *skall* vistas, för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården.

Om andra åtgärder inte är tillräckliga, får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där denna *ska* vistas, för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården.

19 a §

Om det är uppenbart att andra åtgärder är otillräckliga och det finns en omedelbar fara för att ett barn allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får rörelsefriheten inskränkas genom att barnet tillfälligt hålls fast.

Ett barn får kortvarigt spännas fast med bälte om det är uppenbart att andra åtgärder är otillräckliga och det finns en omedelbar fara för att barnet lider allvarlig skada. Fastspänning med bälte får pågå högst en timme. Frågan om upphörande ska övervägas fortlöpande.

Om det finns synnerliga skäl får det beslutas att barnet ska hållas fastspänd längre än som anges i andra stycket. Tiden får, efter ny undersökning och genom nytt beslut, förlängas med högst en timme vid varje tillfälle.

Chefsöverläkaren beslutar om fastspänning. Den myndighet som regeringen bestämmer ska utan dröjsmål underrättas om beslut

enligt tredje stycket. Hälso- och sjukvårdspersonal ska vara närvarande under den tid barnet hålls fastspänt.

20 a §

Om det är uppenbart att andra åtgärder är otillräckliga får ett barn kortvarigt hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att han eller hon genom aggressivt eller våldsam samt beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst två timmar. Frågan om upphörande ska övervägas fortlöpande.

Om det finns synnerliga skäl, får beslutas att barnet ska hållas avskild längre än som anges i första stycket. Tiden får efter ny undersökning och genom nytt beslut förlängas med högst två timmar vid varje tillfälle.

Chefsöverläkaren beslutar om avskiljande. Den myndighet som regeringen bestämmer ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt andra stycket. En patient ska under den tid han eller hon hålls avskild stå under fortlöpande uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal.

20 b §

Om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen får beslutas att ett barn ska vårdas i enskildhet. Ett sådant

beslut gäller högst en vecka. Frågan om upphörande ska övervägas minst en gång per dygn.

Om det finns synnerliga skäl får beslutas att barnet ska vårdas i enskildhet längre än som anges i första stycket. Tiden får efter ny undersökning och genom nytt beslut förlängas med högst en vecka vid varje tillfälle.

Chefsöverläkaren beslutar om vård i enskildhet. Om en patient vårdats i enskildhet mer än en vecka i följd, ska den myndighet som regeringen bestämmer utan dröjsmål underrättas om detta.

22 b §³

Ett beslut enligt 20 a eller 22 a § gäller i högst två månader. När det inte längre finns förutsättningar för beslutet ska chefsöverläkaren genast besluta att inskränkningen eller övervakningen ska upphöra. Frågan om upphörande ska övervägas fortlöpande.

Tiden för inskränkningen eller övervakningen får genom nytt beslut förlängas med högst två månader vid varje tillfälle.

Ett beslut enligt 20 c eller 22 a § gäller i högst två månader. *I fråga om barn gäller ett beslut enligt 20 c § i högst en vecka.* När det inte längre finns förutsättningar för beslutet ska chefsöverläkaren genast besluta att inskränkningen eller övervakningen ska upphöra. Frågan om upphörande ska övervägas fortlöpande.

I fråga om barn får tiden för inskränkningen genom nytt beslut förlängas med högst en vecka vid varje tillfälle. Frågan om upphörande ska övervägas minst en gång per dygn.

³ Senaste lydelse 2014:522.

Inspektionen för vård och omsorg ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt 20 a, 22 a §§ eller enligt andra stycket.

Den myndighet som regeringen bestämmer ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt 20 c, 22 a §§ eller enligt andra eller tredje stycket.

22 c §

Har sådana beslut som avses i 19 a, 20 a, 20 b och 20 c §§ fattats vid tre olika tillfällen under en vårdperiod, ska den myndighet som regeringen bestämmer underrättas om detta.

32 §⁴

Patienten får hos förvaltningsrätten överklaga chefsöverläkarens beslut om intagning för tvångsvård enligt 6 b, 11 eller 14 §. Ett sådant överklagande ska anses innefatta även en begäran om att tvångsvården ska upphöra.

Patienten får även överklaga chefsöverläkarens beslut enligt 26 a §. Ett sådant överklagande ska anses innefatta en begäran om att den slutna psykiatriska tvångsvården ska upphöra.

Innan förvaltningsrätten prövar ett överklagande enligt första eller andra stycket, ska rätten utan dröjsmål förelägga chefsöverläkaren att yttra sig i de hänseenden som anges i 7 § tredje stycket.

Patienten får hos förvaltningsrätten överklaga ett beslut om inskränkning enligt 20 a § eller om övervakning enligt 22 a §.

Patienten får hos förvaltningsrätten överklaga ett beslut om inskränkning enligt 20 c § eller om övervakning enligt 22 a §.

⁴ Senaste lydelse 2009:809.

39 §⁵

Chefsöverläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid sjukvårdsinrättningen med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna att fullgöra uppgifter som chefsöverläkaren har enligt denna lag. Om det finns särskilda skäl, får chefsöverläkaren lämna sådant uppdrag åt en annan läkare vid sjukvårdsinrättningen, dock inte när det gäller

1. beslut enligt 6 b om intagning,
2. beslut enligt 11 § om övergång från frivillig vård till tvångsvård,
3. ansökan enligt 7, 9, 12 eller 14 § om medgivande till att tvångsvården fortsätter,
4. beslut enligt 17 § första stycket sista meningen om behandlingen,
5. beslut enligt 19 § andra stycket om fastspänning,
6. beslut enligt 20 § andra stycket om avskiljande,
7. beslut enligt 20 a § om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster,
8. beslut enligt 22 a § om övervakning av försändelser,
9. beslut om upphörande av sådan inskränkning eller övervakning som anges i 7 och 8, eller
10. beslut eller ansökan om sluten psykiatrisk tvångsvård enligt 26 a §.

44 §

Om patienten har fyllt 15 år, har han rätt att själv föra sin talan i mål och ärenden enligt denna lag.

En patient som är yngre bör

Om patienten har fyllt 15 år, har han *eller hon* rätt att själv föra sin talan i mål och ärenden enligt denna lag.

Den som är yngre *får* höras i

⁵ Senaste lydelse 2008:415.

höras, om *det kan vara till nytta* för utredningen och *det* kan antas att patienten inte tar skada av att höras.

domstol, om *han eller hon* inte kan antas ta skada av *det*.

Den som är förordnad som offentligt biträde enligt 38 a § för någon som är under 15 år är utan särskilt förordnande barnets ställföreträdare i det mål eller ärende som förordnandet avser.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

Härigenom föreskrivs att 1, 6, 8 och 18 §§ lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §⁶

Föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821) gäller all psykiatrisk vård.

Det kvalitetssäkringsarbete som avses i 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen ska i verksamhet som bedriver psykiatrisk tvångsvård även omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder.

Bestämmelserna i 7 och 8 kap. patientlagen (2014:821) är tillämpliga även vid vård enligt denna lag.

Föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång i andra fall än som avses i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (*rättspsykiatrisk vård*) ges i denna lag.

Lagen gäller den som

1. efter beslut av domstol *skall* ges rättspsykiatrisk vård,
2. är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning,
3. är intagen i eller *skall* förpassas till kriminalvårdsanstalt eller

Lagen gäller den som

1. efter beslut av domstol *ska* ges rättspsykiatrisk vård,
- intagen på en enhet för rätts-
3. är intagen i eller *ska* förpassas till kriminalvårdsanstalt eller

⁶ Senaste lydelse 2006:897.

4. är intagen i eller *skall* förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken.

4. är intagen i eller *ska* förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken.

6 §⁷

Rättsspsykiatrisk vård ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av ett landsting. Den som ges öppen rättsspsykiatrisk vård får vistas utanför en sådan sjukvårdsinrättning.

Vid rättsspsykiatrisk vård gäller i tillämpliga delar 15 a–17 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Vid rättsspsykiatrisk vård gäller 2 c–2 f §§ *och* i tillämpliga delar 15 a–17 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Ett barn får vårdas på en sjukvårdsinrättning där det ges rättsspsykiatrisk vård endast om han eller hon omfattas av lagen enligt 1 §.

På en enhet för rättsspsykiatrisk undersökning får rättsspsykiatrisk vård ges åt den som genomgår undersökning.

8 §⁸

Vid sluten rättsspsykiatrisk vård enligt denna lag gäller, om inte annat anges i 8 a §, i tillämpliga delar bestämmelserna i 17–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Vid sluten rättsspsykiatrisk vård enligt denna lag gäller, om inte annat anges i 8 a §, i tillämpliga delar bestämmelserna i 17 a–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

I fråga om den som är anhållen, häktad eller intagen i eller ska förpassas till kriminalvårdsanstalt får Kriminalvården i särskilda fall, om det behövs från ordnings- eller säkerhetssynpunkt, besluta om särskilda inskränkningar i rätten att ta emot eller skicka försändelser, att ta emot besök eller att stå i förbindelse med utomstående genom elektronisk kommunikation. I fråga om den som är intagen i eller ska förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken får Statens institutions-

⁷ Senaste lydelse 2008:416.

⁸ Senaste lydelse 2014:523.

styrelse fatta motsvarande beslut. Försändelser som avses i 3 kap. 6 § häkteslagen (2010:611) från den som är häktad eller anhållen, försändelser som avses i 7 kap. 6 § fängelselagen (2010:610) från den som är intagen liksom brev som avses i 19 § andra stycket lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ska dock alltid vidarebefordras utan föregående granskning.

I fråga om den som ges rättspsykiatrisk vård efter beslut av domstol eller som är intagen i kriminalvårdsanstalt får regeringen i särskilda fall, om det behövs med hänsyn till rikets säkerhet eller till risken för att denne under vistelsen på sjukvårdsinrättningen medverkar till terroristbrott enligt 2 § lagen (2003:148) om straff för terroristbrott, besluta om särskilda inskränkningar i rätten att ta emot eller skicka försändelser, ta emot besök eller stå i förbindelse med utomstående genom elektronisk kommunikation.

18 §⁹

Patienten får hos förvaltningsrätten överklaga ett beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag som innebär

1. intagning enligt 3 c eller 3 d § för sluten rättspsykiatrisk vård,
2. intagning enligt 5 § för rättspsykiatrisk vård, varvid överklagandet ska anses innefatta en begäran om att vården ska upphöra,
3. avslag på en begäran om att den rättspsykiatriska vården ska upphöra i fall som avses i 13 eller 15 §,
4. avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, i fall som avses i 9 § eller 10 § fjärde stycket första meningen eller meddelande av villkor i samband med en sådan vistelse,
5. återkallelse enligt 9 § eller 10 § fjärde stycket tredje meningen av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område,
6. förordnande om förstöring eller försäljning av egendom enligt 8 § denna lag jämförd med 24 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
7. inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster enligt 8 § denna lag jämförd med 20 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård,
7. inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster enligt 8 § denna lag jämförd med 20 c § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

⁹ Senaste lydelse 2009:810.

8. övervakning av försändelser enligt 8 § denna lag jämförd med 22 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, eller

9. meddelande av villkor i samband med öppen rättspsykiatrisk vård enligt 12 a § tredje stycket eller 16 a § fjärde stycket.

I övrigt får beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag inte överklagas. Chefsöverläkaren får inte överklaga rättens beslut enligt denna lag.

När ett beslut av chefsöverläkaren överklagas, ska överklagandet ges in till förvaltningsrätten. Förvaltningsrätten prövar om överklagandet har kommit in i rätt tid. Har överklagandet kommit in för sent, ska förvaltningsrätten avvisa det, om förseningen inte beror på att chefsöverläkaren har lämnat patienten en felaktig under rättelse om hur man överklagar. Överklagandet ska inte avvisas, om det har kommit in till chefsöverläkaren innan tiden för överklagande har gått ut. I ett sådant fall ska chefsöverläkaren omedelbart vidarebefordra överklagandet till förvaltningsrätten.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

1.3 Förslag till patientsäkerhetslag (2010:659)

Härigenom föreskrivs att 6 kap. 15 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 kap.

15 §¹⁰

Utöver vad som annars följer av lag eller förordning är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att lämna ut sådana uppgifter som

1. gäller huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgifterna i ett särskilt fall begärs av en domstol, en åklagarmyndighet, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kronofogdemyndigheten eller Skatteverket,

2. behövs i verksamhet för personskydd för riksdagens ledamöter, statschefen och övriga medlemmar av kungahuset, statsråd, statssekreterare och kabinetssekreterare, om uppgifterna i ett enskilt fall begärs av Säkerhetspolisen,

3. behövs för en rättsmedicinsk undersökning,

4. Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor behöver för sin verksamhet,

5. Nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård behöver för sin verksamhet,

5. behövs för prövning av ett ärende om att avskilja en studerande från högskoleutbildning eller polisprogrammet, eller

6. behövs för prövning av någons lämplighet att ha körkort, traktorkort eller taxiförarlegitimation enligt taxitrafiklagen (2012:211).

6. behövs för prövning av ett ärende om att avskilja en studerande från högskoleutbildning eller polisprogrammet, eller

7. behövs för prövning av någons lämplighet att ha körkort, traktorkort eller taxiförarlegitimation enligt taxitrafiklagen (2012:211).

¹⁰ Senaste lydelse 2014:768.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

2 Om utredningens uppdrag och genomförande

2.1 Direktiven

Den 17 december 2015 beslutade regeringen att en särskild utredare – en nationell samordnare – ska stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå (dir. 2015:138). Målet är att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa, förbättra tidiga insatser till personer som drabbas av psykisk ohälsa samt förbättra vården och omsorgen för personer med omfattande behov av insatser. Arbetet ska avslutas senast den 31 december 2018.

Den 8 december 2016 beslutade regeringen att komplettera utredarens uppdrag till att även omfatta en översyn av tvångsåtgärder mot barn enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT (dir. 2016:106). Syftet med uppdraget är att ytterligare stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för de barn och unga som tvångsvårdas samt bidra till kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på tvångsvården. Utgångspunkten för förslagen ska vara att minska eller om möjligt avskaffa användningen av tvångsåtgärder utan att försämra förutsättningarna att bereda barn nödvändig vård. Arbetet ska avslutas senast den 31 december 2017.

2.2 Utredningens uppdrag

Regeringen konstaterar i direktiven att användningen av tvångsåtgärder mot barn i den svenska psykiatriska vården har uppmärksamats av ett flertal instanser, däribland FN:s kommitté för bar-

nets rättigheter (barnrättskommittén), och att ett stärkt rättighetsperspektiv för barn som befinner sig i samhällets skydd är nödvändigt för att tillförsäkra barn de rättigheter som bl.a. följer av FN:s barnkonvention. Förutom en allmän översyn av hur bestämmelserna i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, tydligare kan utgå från ett barnrättsperspektiv och bidra till ökad rättssäkerhet för de barn som tvångsvårdas anges vissa frågor specifikt i direktiven med fokus på förändringar eller förtydliganden i den del som berör tvångsåtgärder mot barn. Inom ramen för uppdraget ska utredaren:

- göra en översyn av bestämmelserna om tvångsåtgärder mot barn enligt LPT,
- se över vilka förutsättningar som ska gälla för barn som vårdas enligt LPT,
- utreda de eventuella åtgärder som behöver vidtas på nationell nivå om tvångsåtgärder mot barn enligt LPT ska kunna minska eller avskaffas på ett rättssäkert sätt,
- analysera de eventuella åtgärder som behöver vidtas hos landsting och regioner om tvångsåtgärder mot barn enligt LPT ska kunna minska eller avskaffas på ett rättssäkert sätt, samt
- analysera orsaker till att tvångsåtgärder enligt LPT tillämpas i högre utsträckning vid vård av flickor än vid vård av pojkar.

Utredaren ska också föreslå nödvändiga författningsändringar och redovisa ekonomiska och andra konsekvenser av förslagen, i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474).

2.3 Uppdragets genomförande

Utredningen påbörjade sitt arbete i januari 2017 med en översyn av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, med fokus på förändringar eller förtydliganden i den del som berör tvångsåtgärder mot barn. Inledningsvis inhämtades information av relevans för uppdraget från en mängd olika aktörer, bl.a. utredningens referensgrupp bestående av unga med egen erfarenhet av barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård och/eller tvångsåtgärder, profes-

sionsföreträdare och verksamma inom barn- och ungdomspsykiatrins heldygnsvård, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), myndigheter, professionsföreningar, brukar-, patient-, och anhörigorganisationer samt det civila samhället. Parallellt med detta skedde samråd och dialoger med ett flertal aktörer som berörs av utredningens uppdrag och ett antal studiebesök genomfördes på kliniker som bedriver psykiatrisk tvångsvård för barn.

Under perioden maj till och med december 2017 kan utredningens arbete delas upp i två delar. Den första delen har bestått av att i enlighet med direktiven göra en översyn av bestämmelserna om tvångsåtgärder mot barn enligt LPT och analysera rättstillämpningen inom särskilt angelägna områden. Inom ramen för detta har utredningen särskilt fokuserat på överväganden om nödvändiga insatser för att stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för de barn som tvångsvårdas samt utforma förslag som ska bidra till kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på tvångsvården.

Arbetets andra del har bestått av att utarbeta förslag som syftar till kunskaps- och kvalitetsutveckling, som utredningen anser vara en förutsättning för att kraftigt minska förekomsten av tvångsåtgärder, samt förslag på vilka förutsättningar som ska gälla för tvångsåtgärder mot barn som vårdas enligt LPT.

2.3.1 Dialog och samråd

Inom ramen för arbetet har utredningen lagt stor vikt vid att inhämta synpunkter och erfarenheter från olika aktörer som berörs av utredningens uppdrag. Till utredningen har två referensgrupper varit knutna med uppdrag att biträda i arbetet. Den ena referensgruppen har bestått av unga med egen erfarenhet av psykiatrisk heldygnsvård och/eller tvångsåtgärder. Utredningen har träffat gruppen vid två heldagsmöten under året. Den andra referensgruppen har bestått av professionsföreträdare samt representanter från myndigheter och patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Inom ramen för uppdraget har totalt tre sammanträden hållits med referensgrupperna.

Utredningen har vidare samrått och haft dialoger med berörda myndigheter (Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, Barnombudsmannen och Justitieombudsmannen), Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), verksamheter inom den psykiatriska hel-

dygnsvården, professionsföreningar, brukar-, patient- och anhörigorganisationer samt det civila samhället. Utredningen har också genomfört studiebesök på kliniker som bedriver psykiatrisk tvångsvård för barn och inom ramen för detta genomfört intervjuer med personal och patienter.

Ett flertal möten har genomförts med barnrättsorganisationer och organisationer som företräder barn samt med organisationer som företräder barn, unga och vuxna med psykisk ohälsa och/eller funktionsnedsättningar. Utredningen har vid två tillfällen under arbetets gång genomfört dialogmöten med verksamhetschefer och chefsöverläkare från barn- och ungdomspsykiatri. Utredningen har också träffat representanter från Centre for Ethics, Law and Mental Health (CELAM) i syfte att fördjupa kunskapen om forskningsläget inom området.

Utredningen har gjort en kartläggning av lagstiftning och tillsyn som rör psykiatrisk tvångsvård och tvångsåtgärder i övriga Norden och har, inom ramen för detta, haft ett flertal kontakter med representanter från de norska, finska, isländska och danska socialdepartementen samt genomfört ett studiebesök på Island för att närmare studera den isländska barn- och ungdomspsykiatriens organisation. Utredningen har också besökt Norge för att närmare fördjupa kunskapen om den norska tillsynsverksamhetens inriktning.

Utredningen har därtill medverkat vid ett flertal seminarier, konferenser och möten för att informera om utredningens uppdrag och ta del av initiativ av relevans för uppdraget.

Utredningen har vidare haft en nära kontakt med övriga pågående utredningar som anknyter till utredningens uppdrag samt haft månatliga avstämningar med Regeringskansliet (Socialdepartementet) kring arbetets fortskridande.

2.3.2 Barn och ungas erfarenheter och synpunkter

Utredningen har lagt stor vikt vid att inhämta synpunkter från barn med egen erfarenhet av psykiatrisk heldygnsvård och av tvångsåtgärder. Vid sidan av den referensgrupp bestående av unga med egen erfarenhet av barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård och/eller tvångsåtgärder har intervjuer genomförts med barn som vid tillfället har varit intagna på vårdenheter för psykiatrisk vård och behandling.

Utredningen har även haft ett stort antal kontakter per telefon och e-mail med barn, anhöriga och närstående som har hört av sig till utredningen för att berätta om sina erfarenheter. För att komma i kontakt med dessa barn och unga har utredningen efterlyst personer som vill dela med sig av sina upplevelser via sociala media och utredningens hemsida. Utredningen har vidare lagt särskilt fokus på att informera om arbetet på ett sätt som är lättillgängligt för barn. Utredningen har bl.a. kommunicerat sitt uppdrag via Facebook, Twitter och Instagram och skapat en särskild hemsida där barn, unga och andra intresserade har kunnat följa utredningens uppdrag, arbetsprocess och ställningstaganden.¹

2.3.3 Besök på barn- och ungdomspsykiatriska kliniker

Inom ramen för arbetet har utredningen besökt och genomfört intervjuer på sex barn- och ungdomspsykiatriska kliniker som bedriver psykiatrisk tvångsvård för barn samt en rättspsykiatrisk klinik som tidigare har tagit emot barn för vård enligt LPT.

Klinikerna valdes ut med syfte att avspegla regionala skillnader i den barn- och ungdomspsykiatriska vårdens organisation. Vid intervjuerna bad utredningen att få tala med personal samt med patienter som vid tillfället var intagna för psykiatrisk vård och behandling vid klinikerna. Detta har medfört att utredningen har kunnat få ett fördjupat patientperspektiv och ett verksamhetsperspektiv på de frågor som utredningen har utrett. De vanligaste personalkategorierna som deltog i intervjuerna var chefer/verksamhetschefer, chefsöverläkare/läkare, sjuksköterskor och skötare. Intervjuerna har transkriberats och förvaras i sin helhet i utredningens diarium under dnr. komm2017/01095/S2015:09.

¹ samordnarepsyiskhalsa.se/tvangsatgardsutredningen/

2.4 Utredningens kommentarer till uppdraget

2.4.1 Lagens utformning är viktig men efterlevnaden är den stora utmaningen

Tvångsvårdslagstiftningen uppställer redan i dag krav på rättssäkerhet, restriktivitet och proportionalitet när det kommer till användningen av tvångsåtgärder inom den psykiatriska vården. Emellertid tar nuvarande lagstiftning inte sin utgångspunkt i barnets behov och synen på barn som rättighetsbärare återspeglas endast indirekt i tvångsvårdslagarna genom att det i 1 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, hänvisas till hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, och till patientlagen (2014:821), förkortad PL, i vilka barnrättsperspektivet finns reglerat.

Barnrättsperspektivet uttrycker skyldigheten att genom lämpliga åtgärder förverkliga barnets mänskliga rättigheter. Barns mänskliga rättigheter finns dels uttryckta i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) som Sverige har ratificerat och därmed har förbundit sig till att följa, dels i andra konventioner och internationella dokument. I Regeringsformen, förkortad RF, finns sedan 2011 en bestämmelse enligt vilken det allmänna ska verka för att barns rätt tas till vara (1 kap. 2 § femte stycket).

Utredningen har under sitt arbete kunnat konstatera att det finns betydande utrymme för förbättringar vad gäller dels barnrättsperspektivet, dels rättssäkerheten för de barn som tvångsvårdas inom den psykiatriska vården. Det finns också skäl att problematisera tvångsvårdslagarnas tillämpning i hälso- och sjukvårdens verksamheter och hur utbudet av vård- och behandlingsinsatser svarar mot behoven hos de barn som vårdas med stöd av LPT. Utredningens uppfattning är att det ska ställas höga krav på såväl rättssäkerhet som vårdinnehåll när barn vårdas mot sin vilja i samhällets skydd och att samhällets ansvar och förpliktelser vid insatser som genomförs utan den enskildes samtycke ställer särskilt höga krav på lagstiftningen och dess tillämpning.

Enligt utredningens mening ska förändringar i nuvarande tvångsvårdslagstiftning göras med utgångspunkt i behovet av att stärka barnrättsperspektivet och garantera rättssäkerheten för de barn som vårdas med tvång i den psykiatriska vården. Grundläggande principer om krav på delaktighet, integritetsskydd och rättssäkerhet vid beslut, vård och behandling måste vara applicerbara på barn och anpassas

efter barns behov och villkor. Barnets bästa ska utredas och särskilt beaktas vid alla beslut och åtgärder enligt lagen.

Utredningen vill framhålla att LPT är en vårdlag vilket innebär att alla patienter har rätt till en god vård som är trygg, säker och effektiv. Att LPT är en vårdlag måste, enligt utredningens mening, få ett större genomslag. Tvångsvård handlar inte i första hand om att skydda den enskilde eller det allmänna utan om att erbjuda patienten en god, säker, effektiv och ändamålsenlig vård som ytterst ska syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.

Vårdens innehåll är också ett nyckelområde för att barnrättsperspektivet ska få genomslag i vården och för att vården ska kunna möta barnens behov av stöd och hjälp. En fortsatt utveckling efter individuella behov är också nödvändigt för att vården ska bli god för varje enskilt barn.

En kraftigt minskad användning av tvångsåtgärder kräver kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården

Den psykiatriska tvångsvården är inte väsensskild från den hälso- och sjukvård som bygger på samtycke. Av 1 § LPT framgår att föreskrifterna i hälso- och sjukvården gäller all psykiatrisk vård, vilket bl.a. innebär att patienter i tvångsvården i samma utsträckning som i all annan hälso- och sjukvård har rätt till en god vård som bygger på respekt för patienternas självbestämmande och integritet. Av lagen framgår vidare att vård och behandling, så långt det är möjligt, ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Ansvar och förpliktelserna avser alla delar av den psykiatriska tvångsvården, från innehåll och kvalitet i de insatser som ges till ändamålsenlig vård och stöd efter utskrivning. Att vården motsvarar dessa krav är en förutsättning för att lagens syfte ska uppnås, dvs. att barn tillförsäkras en god och säker vård.

Utredningens uppfattning är att en förändring av lagen är nödvändig, men inte tillräcklig, för att kraftigt minska användningen av tvångsåtgärder. Det är därför av största vikt att också lämna förslag som kan bidra till en kvalitetsutveckling när det gäller vårdens innehåll, chefers och personals kompetens och övriga förutsättningar såsom lokaler och miljö. En god vård, högkvalitativa behandlingsinsatser och ett respektfullt bemötande är förutsättningar för att

kunna minska användningen av tvångsåtgärder i den barn- och ungdomspsykiatriska tvångsvården. Det har också varit en del av utredningens uppdrag att bidra till kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården med särskilt fokus på tvångsvården.

2.4.2 Särskilt om förslagen och dess praktiska konsekvenser

Utredningen har haft i uppdrag att genomföra en översyn av LPT med särskilt fokus på förtydliganden eller förändringar i den del som berör tvångsåtgärder mot barn. Syftet med utredningens uppdrag är att ytterligare stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för de barn som tvångsvårdas. Utredningens förslag har mot bakgrund av detta begränsat sig till målgruppen barn som vårdas enligt LPT. Emellertid är utredningens uppfattning att de förslag som presenteras inom ramen för betänkandet i flera delar också torde ha relevans vad gäller psykiatrisk tvångsvård för personer över 18 år.

2.5 Utredningens utgångspunkter

I arbetet har utredningen utgått från två övergripande perspektiv: ett barnperspektiv och ett perspektiv på god vård. Perspektiven har genomsyrat genomförandet av utredningens arbete i sin helhet, såväl vad gäller arbetsprocesser och arbetsupplägg men också vad gäller de förslag som presenteras inom ramen för betänkandet.

2.5.1 Barnperspektiv

Barnperspektivet stadgas i FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, som är en del av de mänskliga rättigheterna och som innebär ett fullständigt erkännande av barnet som rättighetsbärare. Barnkonventionen förmedlar ett förhållningssätt till barn, *ett barnperspektiv*, som innebär att det enskilda barnet och/eller barn som kollektiv ska stå i centrum vid alla beslut och åtgärder som rör barnet eller barnen.² Principen om barnets bästa är en av Barnkonventionens grundpelare. I artikel 3.1 stadgas att *barnets bästa* ska komma i

² Barnrättsutredningen (SOU 2016:19), s. 92.

främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ. Genom artikeln ställer konventionen således krav på såväl enskilda beslutsfattare som myndigheter, både vad gäller hur barn ska bemötas men också hur beslutsprocesser som rör barn ska genomföras och hanteras.³

Att ha ett barnperspektiv innebär enligt konventionen en långtgående respekt för barnets behov, intressen och åsikter. Det handlar delvis om att se barnet som expert på sin egen situation men också om att försöka ta reda på hur barnet, eller barn som kollektiv, ställer sig till ett visst beslut eller påverkas av ett visst ställningstagande. Enligt barnkonventionen är det alltid beslutsfattarens ansvar att bedöma *om* ett beslut berör ett barn samt *hur* beslutet svarar mot barnets behov och intressen. Av detta följer att beslutsfattaren nog ska analysera vilka följder ett beslut kan få för ett enskilt barn eller för barn som grupp och utifrån det vidta de åtgärder som bedöms vara till barnets bästa.⁴

Rättigheterna i barnkonventionen gäller alla barn upp till 18 år, om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet (artikel 1). Inom ramen för betänkandet har utredningen valt att använda sig av barnkonventionens begreppsdefinition och med barn åsyftas sålunda personer under 18 år.

2.5.2 Perspektiv på god vård

Att de insatser som ges i hälso- och sjukvården ska vara utformade för att stärka förutsättningarna för en god vård är en annan utgångspunkt för utredningens arbete och för de förslag som utredningen presenterar.

Enligt 5 kap. 1§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, stadgas att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Utgångspunkten för all vård och behandling, även sådan vård som ges med stöd av LPT och LRV (jfr 1 § LPT), är de krav som följer av HSL bl.a. vad avser god kvalitet och att

³ Barnrättsutredningen (SOU 2016:19), s. 92. För att tydliggöra att sådana beslutsprocesser ska utgå från de mänskliga rättigheter som barn har enligt bl.a. barnkonventionen används emellanåt termen barnrättsperspektiv.

⁴ Barnrättsutredningen (SOU 2016:19), s. 92.

patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården ska tillgodoses. Socialstyrelsens har utvecklat nationella indikatorer för begreppet god vård. En god vård utmärks av att insatserna ska vara kunskapsbaserade och ändamålsenliga, säkra, patientfokuserade, effektiva och jämlika, samt att hälso- och sjukvården ska ges i rimlig tid.⁵

En *kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård* innebär att hälso- och sjukvården ska baseras på bästa tillgängliga kunskap, bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att bemöta patientens individuella behov. Vården ska använda sig av systematiskt insamlad, granskad, värderad och sammanställd vetenskaplig kunskap och denna kunskap ska omsättas i praktisk handling på ett ordnat och metodiskt sätt. Vårdens alla delar ska kännetecknas av kontinuerliga förbättringar och patienterna ska involveras i arbetet med kunskapsbildning och kunskapsspridning. Vidare ska nyttan med vården vara större för patienten än eventuella olägenheter, t.ex. förekomsten av risker eller skador.⁶

Den hälso- och sjukvård som bedrivs ska också vara *säker*. Med säker vård menas att vården ska bedrivas på så sätt att den utförs med målet att minimera risken för eventuella vårdskador, dvs. lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd. Grunden för säker vård är att diagnostik, vård och behandling utförs på rätt sätt och att vårdgivaren har ett utvecklat ledningssystem för kvalitet och säkerhet i verksamheten.⁷

En *patientfokuserad* hälso- och sjukvård innebär att hälso- och sjukvården bygger på respekt för människors lika värde och den enskilda människans värdighet, självbestämmande och integritet. Patienten ska bemötas utifrån dennes sociala sammanhang och vården ska planeras och genomföras i samråd med patienten. Insatserna i vården ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt och kommunikationen mellan patienten, dennes anhöriga och vårdgivaren ska vara en integrerad del av all vård och behandling. Vårdgivaren ska eftersträva största möjliga kontinuitet i kontakter och informationen i

⁵ Socialstyrelsen (2009a), s. 7.

⁶ Socialstyrelsen (2009a), s. 19.

⁷ Socialstyrelsen (2009a), s. 20.

hälso- och sjukvården ska vara individuellt anpassad och medföra att patienten bl.a. kan ta ställning till olika behandlingsalternativ.⁸

Den vård som ges ska också vara *effektiv*. En effektiv vård utmärks av att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Med effektiv vård menas alltså en vård som har hög måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser. Då effektivitet definieras som i vilken grad resurserna omvandlas till måluppfyllelse, måste hälso- och sjukvårdens olika mål speglas när vårdens resultat följs upp i ett effektivitetsperspektiv. Det betyder att hälso- och sjukvårdens resurser ska användas på bästa sätt, för att anses vara effektiv.⁹

Med *jämlig vård* menas att vården ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla, oberoende av bl.a. bostadsort, kön, etnicitet, ålder, funktionsnedsättning, socioekonomi, sexuell läggning eller könsöverskridande identitet eller uttryck. Eftersom hälsan inte är jämnt fördelad bör en sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen prioritera de som har störst behov och vara hälsoinriktad och hälsofrämjande.¹⁰

Vården ska också ges i *rimlig tid*. Med hälso- och sjukvård i rimlig tid menas att vården ska erbjudas utan att eventuella väntetider påverkar patienten negativt i fysisk, psykisk eller social mening. Beslut om tidsramen för de vårdinsatser som patienten har behov av ska fattas i dialog med denne och utformas i enlighet med riksdagens prioriteringsprinciper.¹¹

2.6 Betänkandets disposition

Betänkandet inleds med en sammanfattning av utredningens uppdrag, arbete och förslag.

I *kapitel 1* finns de författningsförslag som läggs fram inom ramen för betänkandet.

Kapitel 2–5 utgör bakgrundskapitel. I *kapitel 2* beskrivs utredningens uppdrag och arbete samt de utgångspunkter som har legat till grund för arbetet samt vid utformningen av förslagen. *Kapitel 3*,

⁸ Socialstyrelsen (2009a), s. 21.

⁹ Socialstyrelsen (2009a), s. 23.

¹⁰ Socialstyrelsen (2009a), s. 24.

¹¹ Socialstyrelsen (2009a), s. 25.

4 och 5 innehåller en redogörelse av gällande rätt, en kartläggning av de lagar som styr psykiatrisk vård i övriga Norden samt viss statistik kring barn och unga i psykiatrisk öppenvård, heldygnsvård och psykiatrisk tvångsvård i Sverige.

I *kapitel 6* sammanfattas utredningens iakttagelser och övergripande analys. Utredningen diskuterar vidare vissa innehålls- och kvalitetsfrågor inom den barn- och ungdomspsykiatriska tvångsvården.

I *kapitel 7* presenterar utredningen sina överväganden och förslag.

I *kapitel 8* kommenteras förslagets ikraftträdande och övergångsbestämmelser och i *kapitel 9* redovisar utredningen de konsekvenser som förslagen medför.

I *kapitel 10* återfinns utredningens författningskommentarer.

Till utredningen har fogats 2 *bilagor*. Bilagorna innehåller utredningens direktiv samt dess tilläggsdirektiv.

3 Gällande rätt m.m.

3.1 Fri- och rättighetsskyddet

Regeringsformen, förkortad RF, innehåller de grundläggande fri- och rättigheterna och slår fast att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Enligt 1 kap. 2 § RF ska det allmänna verka för att alla människor ska kunna uppnå delaktighet och jämlikhet i samhället och för att barns rätt tas tillvara.

Av 2 kap. 6 § RF framgår att varje medborgare, gentemot det allmänna, är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Varje medborgare är även skyddad mot kroppsvisitation, husrannsakan och liknande intrång liksom mot undersökning av brev eller annan förtrolig försändelse och mot hemlig avlyssning eller upptagning av telefonsamtal eller annat förtroligt meddelande. I andra stycket, samma bestämmelse, ges ett skydd mot betydande intrång i den personliga integriteten om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Varje medborgare är vidare, enligt 2 kap. 8 § RF, skyddad mot frihetsberövande och är även i övrigt tillförsäkrad frihet att förflytta sig inom riket och att lämna detta. Om en annan myndighet än en domstol har berövat någon friheten med anledning av brott eller misstanke om brott ska han eller hon, enligt 2 kap. 9 § första stycket RF, kunna få omhändertagandet prövat av domstol utan oskäligt dröjsmål. Även den som av någon annan anledning än brott eller misstanke om brott har blivit omhändertagen tvångsvis, ska utan oskäligt dröjsmål kunna få omhändertagandet prövat av domstol.

Skyddet i ovan nämnda relativa rättigheter får enligt 2 kap. 20 § RF begränsas genom lag under förutsättning att det, enligt 2 kap. 21 § RF görs för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle, t.ex. för att förebygga och beivra brott eller

för att man i vissa fall ska kunna bereda personer erforderlig vård.¹ Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsningen får inte heller göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning.

Av 2 kap. 19 § RF framgår att lag eller annan föreskrift inte får meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen).

Europakonventionen gäller sedan den 1 januari 1995 som svensk lag. Konventionen syftar till att förstärka de enskilda medborgarnas rättighetsskydd, vid sidan av svensk grundlag. För den enskilde medborgaren innebär detta att han eller hon omfattas av såväl grundlagens som av konventionens skydd. Skyddet är kumulativt vilket innebär att den enskilde kan åberopa den regel som i varje given situation ger det starkaste skyddet.² I 2 kap. 19 § RF stadgas att lag eller föreskrift inte får meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av Europakonventionen, vilket ger konventionen en starkare författningsmässig ställning än en vanlig lag.

Enligt konventionens artikel 5 har var och en rätt till frihet och personlig säkerhet. Ingen får berövas friheten utom i de fall som räknas upp i artikeln och i den ordning som lagen föreskriver. Var och en som har berövats friheten genom arrestering, eller på annat sätt, ska ha rätt att kräva att domstol snabbt prövar lagligheten av frihetsberövandet och beslutar om frigivande om frihetsberövandet inte är lagligt.

I artikel 8 stadgas att var och en har rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Med korrespondens avses även kommunikation via t.ex. telefon samt överförande av meddelanden med hjälp av radio och datorer.³ Skyddet för privat- och familjeliv innebär också ett skydd mot åtgärder som kränker den fysiska integriteten såsom t.ex. kroppsvisitation. Inskränkningar i rätten till privat- och familjeliv får endast göras genom lag och

¹ Prop. 1973:90, s. 195.

² Prop. 1993/94:117, s. 39.

³ Prop. 2005/06:195, s. 14.

bara om det är nödvändigt bl.a. med hänsyn till statens säkerhet, den allmänna säkerheten, förebyggande av oordning eller brott, till skydd för hälsa eller moral eller för andra personers fri- och rättigheter.

Enligt konventionens artikel 13 ska var och en vars fri- och rättigheter enligt konventionen har kränkts eller åsidosatts ha tillgång till ett effektivt rättsmedel inför en nationell myndighet.

För att säkerhetsställa att förpliktelserna enligt konventionen följs, har en permanent europeisk domstol för de mänskliga rättigheterna, Europadomstolen, inrättats (artikel 19). Domstolen har rätt att pröva såväl mellanstatliga mål (artikel 33) som enskilda klagomål (artikel 34) samt att, under vissa omständigheter, avge yttranden i rättsfrågor som berör tolkningen av konventionen och dess principer (artikel 47).

3.2 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, infördes den 1 januari 1992. LPT innehåller föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) medan LRV reglerar tvångsvård gällande psykisk störda lagöverträdare.

Enligt 3 § första stycket LPT får tvångsvård endast ges om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (psykiatrisk tvångsvård) eller
2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

En ytterligare förutsättning för vård enligt LPT är, enligt 3 § andra stycket, 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.

Tvångsvård får inte, enligt 3 § tredje stycket, ges om patientens psykiska störning utgör enbart en utvecklingsstörning. Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket ska det även, enligt 3 § fjärde stycket, beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

När det inte längre finns förutsättningar för fortsatt vård ska chefsöverläkaren genast besluta att tvångsvården ska upphöra (27 § LPT). Frågan om tvångsvårdens upphörande ska övervägas fort-löpande. Ett chefsöverläkarbeslut om intagning för psykiatrisk tvångsvård gäller i högst fyra veckor. Därefter måste chefsöverläkaren ansöka om medgivande till fortsatt vård hos förvaltningsrätten (7 § LPT).

En viktig utgångspunkt för LPT och LRV är att de utgör ett komplement till den grundläggande regleringen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, vilket framgår av 1 § LPT. Syftet med den bestämmelsen är att ge HSL:s principer ökat genomslag på området för psykiatrisk tvångsvård. Genom stadgandet markeras att även tvångsvården omfattas av bestämmelserna i HSL och de grundläggande kraven på hälso- och sjukvården, bl.a. att vården ska vara av god kvalitet, vara lätt tillgänglig och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården (jfr 5 kap. 1 § HSL). Av 1 § LPT framgår också att patientlagen (2014:821), förkortad PL, är tillämplig vid vård enligt LPT.

Både LPT och LRV ger lagstöd för att begränsa den enskildes fri- och rättigheter, dels genom frihetsberövandet i sig, dels genom att det i respektive lag ges utrymme för att under särskilda förutsättningar vidta också annat tvång under frihetsberövandet som ytterligare inkräktar på fri- och rättighetsskyddet.

De tvångsåtgärder som under särskilda förutsättningar får vidtas inom den slutna psykiatriska tvångsvården regleras i huvudsak i 18–24 §§ LPT. Det är fråga om viss användning av tvång bl.a. för att upprätthålla ordningen eller säkerheten på vårdinrättningen (18 §), kortvarig fastspänning med bälte eller liknande anordning (19 §), avskiljning (20 §), inskränkningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster (20 a §), förbud mot innehav av viss egendom (21), försändelsekontroll (22 §), försändelseövervakning (22 a §) och kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning (23 §). Enligt 8 §

första stycket LRV gäller dessa bestämmelser även vid rättspsykiatrisk vård.

Vid användningen av tvångsåtgärder enligt LPT och LRV är det av fundamental betydelse att proportionalitetsprinciperna i 2 a och 2 b §§ i LPT och LRV beaktas. 2 a § innebär att tvångsåtgärder får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas. Tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

Av 2 b § LPT och LRV framgår att tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. Sådana åtgärder får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta. Genom bestämmelsen erinras om att alla ansträngningar ska göras för att ge patienten sådan information som tillgodoser hans eller hennes delaktighet. Patienten ska ges adekvat information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som står till buds och informationen ska förklaras för patienten på ett sätt, och med ett språk, som patienten förstår. Den som ger informationen måste förvisa sig om att patienten har förstått innehållet i, och innebörden av, den information som lämnats.⁴

Enligt 2 § punkt 8–10 i förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, förkortad FPT, framgår att chefsöverläkaren ska se till att patientjournalen bl.a. innehåller uppgifter om de tvångsåtgärder som har vidtagits med stöd av lagstiftningen och om skälen för åtgärderna.

3.3 Övriga konventioner

3.3.1 Europeiska konventionen till förhindrande av tortyr m.m.

År 1987 anslöt sig Sverige till den europeiska konventionen till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (Europarådets tortyrkonvention). Konventionen syftar

⁴ Prop. 1999/2000:44, s. 83.

till att stärka frihetsberövade personers skydd genom att motverka att tortyr och annan dylik behandling eller bestraffning förekommer.⁵ Europarådets tortyrkommitté (CPT) har rätt till fullständig information om de platser i konventionsstaterna där personer sitter frihetsberövade och har i uppgift att, genom besök, undersöka hur frihetsberövade personer behandlas. Efter varje besök avger CPT en rapport till den stat som har granskats. I rapporten kan CPT påtala brister och föreslå hur skyddet för frihetsberövade personer kan förbättras.

För att tillgodose tortyrkonventionens krav och i övrigt underlätta CPT:s arbete har införts en särskild lag, lagen (1988:695) med anledning av Sveriges tillträde till den europeiska konventionen mot tortyr m.m. i samband med Sveriges tillträde till konventionen. Lagen gäller sedan den 1 februari 1989.⁶

3.3.2 FN:s konvention mot tortyr och annan omänsklig eller förnedrande behandling m.m.

Den 10 november 1984 antog Förenta nationernas (FN:s) generalförsamling konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (även benämnd FN:s tortyrkonvention). Konventionen undertecknades av Sveriges den 4 februari 1985. Konventionen innehåller 33 artiklar och syftar till att förhindra tortyr och skapa ett system av garantier för att den som utför eller utfört tortyr bestraffas. Inom ramen för konventionen uppställs krav på staters skyldighet att vidta effektiva åtgärder för att förhindra tortyr m.m.⁷

Den 18 december 2002 antog FN:s generalförsamling ett fakultativt protokoll till FN:s tortyrkonvention. Sverige undertecknade det fakultativa protokollet den 23 juni 2003. Protokollet syftar till öka frihetsberövade personers skydd mot tortyr m.m. samt att stärka tillämpningen av artikel 2 och 16 i FN:s tortyrkonvention, dvs. staters skyldighet att vidta effektiva åtgärder för att förhindra tortyr m.m.⁸ Genom protokollet skapades en internationell förebyggande

⁵ Regeringskansliet, Justitiedepartementet (2005), s. 12.

⁶ Regeringskansliet, Justitiedepartementet (2005), s. 12.

⁷ Prop. 1985/86:17, s. 3 f.

⁸ Prop. 2004/05:107, s. 7 f.

besöksmekanism lik den som tillsattes av Europarådets tortyrkommitté (CPT) i enlighet med 1987 års Europeiska konvention till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Besöksmekanismen inrättades i form av en permanent underkommitté under FN:s tortyrkommitté (CAT). Staterna åtog sig även att på nationell nivå inrätta, utse eller upprätthålla ett eller flera besöksorgan för att förebygga tortyr m.m. (artikel 3).⁹

Sedan den 1 juli 2011 har JO en enhet med uppgift att förebygga att människor som är frihetsberövade inte utsätts för grym, omänsklig, eller annan förnedrande behandling eller bestraffning. Arbetet baseras på 2002 års fakultativa protokoll till FN:s konvention mot tortyr och annan omänsklig behandling (Opcat) som Sverige anslöt sig till 2005.

Protokollet kräver att staterna har ett nationellt system, National Preventive Mechanism (NPM) – på svenska kallat Nationellt besöksorgan – för att övervaka frågan. Hos JO finns en särskild enhet för detta, Opcat-enheten, som regelbundet inspekterar platser där människor hålls frihetsberövade, rapporterar från besöken och deltar i det internationella samarbetet inom området. Opcatinspektionerna genomförs på uppdrag av justitieombudsmännen inom sitt respektive ansvarsområde.

3.3.3 FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD) antogs av FN:s generalförsamling år 2006 och har till syfte att främja, skydda och säkerställa det fulla och lika åtnjutandet av alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter för alla personer med funktionsnedsättning och att främja respekten för deras inneboende värde. Konventionen fokuserar på icke-diskriminering och listar nödvändiga åtgärder för att personer med funktionsnedsättning ska kunna åtnjuta såväl medborgerliga och politiska som ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Personer med funktionsnedsättning innefattar bl.a. personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar vilka i

⁹ Prop. 2004/05:107 s. 7 f.

samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra.¹⁰

Efter riksdagens godkännande beslutade regeringen den 4 december 2008 att Sverige skulle tillträda FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Sverige anslöt sig dessutom till ett fakultativt protokoll till konventionen som innebär att den som upplever sina rättigheter kränkta kan klaga till en övervakningskommitté. Konventionen och protokollet trädde i kraft den 3 maj 2008 och för Sverige trädde de i kraft den 14 januari 2009.¹¹

3.3.4 FN:s konvention om barnets rättigheter

Den 20 november 1989 antog Förenta nationernas (FN:s) generalförsamling konventionen om barnets rättigheter (även kallad barnkonventionen). Konventionen trädde i kraft den 2 september 1990 och genom dess ratificering skapades ett internationellt regelverk som anger de skyldigheter som det allmänna har gentemot personer under 18 år.

Genom barnkonventionen ges barn ett fullständigt erkännande som rättighetsbärare. Vid sidan av medborgerliga och politiska rättigheter samt ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, finns i barnkonventionen även rättigheter som ger barnet ett särskilt skydd mot våld, övergrepp och olika former av utnyttjande. Rättigheterna i konventionen gäller alla barn upp till 18 år, om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet (artikel 1) och gäller samtliga barn inom ett lands jurisdiktion, utan åtskillnad av något slag (artikel 2). De rättigheter som barn tillförsäkras genom konventionen bygger på de allmänna mänskliga rättigheterna som under lång tid har fastställts genom en rad internationella överenskommelser. Här bör särskilt nämnas det grundläggande ramverket för de mänskliga rättigheterna, FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948 samt konventionerna om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter från 1966 (The International Bill of Human Rights).

¹⁰ Regeringskansliet, Utrikesdepartementet, (SÖ 2008:26), s. 5.

¹¹ Regeringskansliet, Utrikesdepartementet, (SÖ 2008:26), s. 1.

För att fördjupa åtagandena i barnkonventionen finns det tre fakultativa protokoll till konventionen. De två första protokollen, om indragning av barn i väpnade konflikter och om försäljning av barn, barnprostitution och barnpornografi, antogs av FN:s generalförsamling den 25 maj 2000. I Sverige trädde dessa protokoll i kraft den 20 mars 2003 respektive den 19 februari 2007. Det tredje protokollet, om ett klagomålsförfarande, antogs av FN:s generalförsamling den 19 december 2011 men har inte ratificerats av Sverige.

För att granska hur konventionsstaterna uppfyller sina skyldigheter enligt barnkonventionen och de fakultativa protokollen till konventionen har en särskild kommitté, FN:s kommitté för barnets rättigheter (även kallad barnrättskommittén) inrättats. Barnrättskommittén har ett flertal uppgifter inom vilka det bl.a. ingår att ge konventionsstaterna olika former av vägledning om hur konventionen och de fakultativa protokollen ska tolkas. Detta sker t.ex. genom juridiskt icke-bindande allmänna kommentarer som ger uttryck för kommitténs samlade syn på konventionen samt genom periodiska uppföljningar av respektive stats förverkligande av konventionen. De periodiska uppföljningarna resulterar i att barnrättskommittén lämnar ett antal rekommendationer och sammanfattande slutsatser (Concluding Observations) om vad respektive stat särskilt bör uppmärksamma och prioritera i det fortsatta arbetet med att genomföra barnkonventionen.

Genom ratificeringen av barnkonventionen och två av dess fakultativa protokoll har Sverige som stat en folkrättslig förpliktelse att följa konventionens bestämmelser och att skydda och främja de rättigheter som framgår av barnkonventionen. Såväl riksdag och regering som kommuner och landsting och de statliga myndigheterna är ansvariga för att, inom ramen för sina verksamhetsområden, säkerställa att barns rättigheter enligt konventionen respekteras.

Av artikel 4 i barnkonventionen (genomförandet av konventionens rättigheter) framgår att staten ska vidta alla lämpliga lagstiftnings-, administrativa och andra åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen. Det är emellertid upp till varje enskild stat som har ratificerat konventionen att bedöma hur dessa åtgärder ska genomföras och säkerställas.

Sedan ratificeringen av konventionen har regeringen genomfört såväl lagstiftningsåtgärder som andra åtgärder för att främja och stärka barns rättigheter inom olika samhällsområden. Sedan 2011 utgår

arbetet med barnets rättigheter från, den av riksdagen antagna strategin, Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Strategin innebär bl.a. att all lagstiftning som rör barn ska utformas i överensstämmelse med barnkonventionen.

I mars 2016 överlämnades betänkandet Barnkonventionen blir svensk lag (SOU 2016:19) till regeringen. I betänkandet föreslås bl.a. att artiklarna 1–43.1 och 44.6 i barnkonventionen, i originaltexternas lydelse, ska gälla som svensk lag samt att det vid sidan av inkorporering ska ske en fortsatt transformering av lagstiftningen för att barnets rättigheter ska få önskat genomslag.¹² Frågan om inkorporering av barnkonventionen i svensk rätt bereds för närvarande i Regeringskansliet.

¹² Barnrättighetsutredningen (SOU 2016:19), s. 25 ff.

4 Nordisk utblick

4.1 Utgångspunkter

Inom ramen för uppdraget har utredningen kartlagt den psykiatriska tvångsvården i övriga nordiska länder. Syftet med kartläggningen är att belysa likheter och skillnader mellan länderna och sätta de svenska förhållandena i ett sammanhang. I det följande beskrivs resultaten av kartläggningen med fokus på psykiatrisk tvångsvård och tvångs-användning i Norge, Finland, Danmark och på Island. Dessa länder har valts ut mot bakgrund av att såväl vårdbehov som vårdssystem kan antas ha likheter med de förhållanden som råder i Sverige. Lagstiftningen avseende psykiatrisk tvångsvård och tvångsåtgärder vad gäller barn under 18 år ägnas särskild uppmärksamhet mot bakgrund av utredningens uppdrag om att se över tvångsåtgärder mot barn enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT.

4.2 Norge

4.2.1 Hälso- och sjukvårdens organisation

Det norska hälso- och sjukvårdssystemet är ett offentligt finansierat system som utgår från tre övergripande politiska och administrativa nivåer: den nationella nivå, den regionala nivån samt den kommunala nivån. Staten ansvarar bland annat för lagstiftning, viss tillsyn och den specialiserade sjukhusvården, som drivs via fyra regionala hälsoföretag, medan kommunerna har ansvaret för att tillhandahålla tjänster inom primärvård, äldreomsorg och socialtjänst.¹

¹ Ringard, Sagan, Saunes & Lindahl (2013), s. 15 ff.

Hälso- och sjukvårdstjänsterna indelas i primärvård, som i allmänhet utgörs av allmänläkarmottagningar, samt specialiserad hälso- och sjukvård som är lokaliserad till sjukhusen.

Den psykiatriska vården för barn upp till 18 år är organiserad i tre nivåer: insatser inom primärvård, som bedrivs via allmänläkarmottagningarna eller lokala psykiatriska mottagningar, insatser inom specialiserad vård som bedrivs vid de barn- och ungdomspsykiatriska poliklinikerna (BUP) samt slutna psykiatrisk tvångsvård som bedrivs vid, en för ändamålet, godkänd institution. I Norge fanns 295 slutenvårdsplatser för barn som kräver särskild omvårdnad till följd av psykiatrisk problematik 2015. Av dessa var 90 platser förlagda till någon av landets 16 barn- och ungdomspsykiatriska akutavdelningar.²

4.2.2 Slutna psykiatrisk tvångsvård

Bestämmelser om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) regleras i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).

För att en person ska kunna bli föremål för slutna psykiatrisk tvångsvård krävs det att personen lider av en allvarlig psykisk störning (alvorlig sinnslidelse) och slutna psykiatrisk tvångsvård är nödvändig för att vederbörande, på grund av den allvarliga psykiska störningen, antingen skulle a) få möjligheten att tillfriskna, eller uppnå förbättringar i hälsan, reducerad i betydande grad eller att det är stor sannolikhet för att dennes tillstånd, inom kort, kommer att bli väsentligt förvärrat (behandlingsrekvisitet) eller b) utgöra en närliggande och allvarlig fara för sitt eget, eller andras, liv eller hälsa (farerekvisitet) (3 kap 3 §). I lagen stadgas också några ytterligare förutsättningar som behöver vara uppfyllda för att slutna psykiatrisk tvångsvård ska kunna komma i fråga. Det krävs bl.a. att frivillig psykiatrisk vård har prövats utan att önskade resultat har uppnåtts, eller att det är uppenbart utsiktslöst att försöka med sådan vård, att patienten är undersökt av en läkare, att patienten har fått möjlighet att uttala sig samt att psykiatrisk vård, vid en helhetsbedömning, framstår som det klart bästa behandlingsalternativet för vederbörande (3 kap. 3 §). Ett övrigt villkor är att patienten saknar möj-

² Korrespondens med Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-05-30.

lighet att samtycka till nödvändig vård och behandling inom hälso- och sjukvården till följd av bl.a. psykiska eller fysiska störningar, senil demens eller psykisk utvecklingsstörning.³

Intagningsförfarandet för sluten psykiatrisk tvångsvård baseras på ett tvåläkarsystem som i allt väsentligt liknar den modell som används i Sverige. Patienten ska underställas en personlig undersökning av en läkare som i ett skriftligt utlåtande ska motivera om förutsättningarna för tvångsvård eller tvungen observation föreligger (3 kap. 1–2 §§). Därefter ska en specialist (faglig ansvarig) företa en ny undersökning av patienten och besluta om rekvisiten för sluten psykiatrisk vård är uppfyllda.⁴

Gäller beslutet om tvångsintagning en person under 16 års ålder är utgångspunkten att samtycke krävs från föräldrar/vårdnads-havare.⁵ Är barnet/den unge över 12 år gammal och motsätter sig behandling ska beslutet genast underställas en kontrollkommission (kontrollkommisjonen) som, utifrån en bedömning av journaler och intagningsprotokoll samt individens ålder och mognad, ska ta ställning till den unges behov av vård- och behandling (2 kap. 1 §).⁶ (Se mer om kontrollkommission i avsnitt 4.2.6)

Den psykiatriska tvångsvården ska omprövas kontinuerligt av en specialist (faglig ansvarig), men minst var tredje månad, och upphöra så snart förutsättningar för vård inte längre föreligger (4 kap. 9 §). Efter att vården har pågått i tre månader ska kontrollkommissionen, på eget initiativ, pröva om det finns ett fortsatt behov av vård. Behandlingen ska avslutas inom 12 månader om inte kommissionen godkänner en förlängning av vården utöver dessa 12 månader (3 kap. 8 §).

³ Helse- og Omsorgsdepartementet (Prop. 147 L), s. 18. Detta innebär att en patient som inte är att anse som beslutsoförmögen kan neka till vård och behandling även om personen lider av en allvarlig psykisk störning och hälso- och sjukvårdspersonalen anser att psykiatrisk vård och behandling är nödvändig. Personer som lider av en allvarlig psykisk störning och som utgör en närliggande och allvarlig fara för sitt eget, eller andras, liv och hälsa (farerekvisitet) är dock undantagna från denna regel.

⁴ Med faglig ansvarig menas enligt 1 kap. 4 § en läkare med relevant specialistutbildning alternativt en psykolog med relevant vidareutbildning och klinisk erfarenhet.

⁵ Huvudregeln är att patienter över 16 års ålder har egen beslutanderätt över behandlingsinsatser i hälso- och sjukvården. Undantag från samtyckeskravet stadgas i lov om pasient- og brukerrettigheter, 4 kap. 3 § samt lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, 3 kap.

⁶ Kontrollkommisjonen är ett statligt organ under det norska Helse- og omsorgsdepartementet som har inrättats särskilt för att följa och övervaka bruket av tvång inom psykiatrin.

4.2.3 Tvångsåtgärder vid sluten psykiatrisk tvångsvård

Tvångsåtgärder inom den psykiatriska slutenvården regleras i psykisk helsevernlovens fjärde kapitel. Förutom inskränkningar i kontakter samt visitering och beslagtagande av egendom regleras avskärmning (skjerming), behandling utan eget samtycke och användningen av tvångsmedel inom ramen för lagstiftningen. De restriktioner och tvångsmedel som beslutas med hänvisning till lagen ska endast användas om de är absolut nödvändiga och så långt som möjligt utövas med hänsyn till patientens integritet och självbestämmande (4 kap. 2 §).

Om patienten har ett utåtagerande beteende eller om patientens tillstånd kräver det kan en specialist (faglig ansvarig) besluta att patienten ska *avskärmas* (skjermas) av behandlingsmässiga skäl eller av hänsyn till andra patienter. Patienten får hållas helt eller delvis avskärmd från medpatienter och från den vårdpersonal som inte är nödvändig för patientens vård och behandling. Vid avskärmningen kan patienten vistas på sitt eget rum eller i lokaler som är åtskilda från gemensamma vårdutrymmen (skjermet enhet). Det är inte tillåtet att låsa eller på annat sätt stänga dörren till det rum där patienten befinner sig. Är patienten begränsad på ett sådant sätt att dennes rörelsefrihet inskränks ska ett beslut om avskärmning ses över efter 12 timmar. I annat fall ska översynen ske senast efter 24 timmar. Ett beslut om avskärmning får endast fattas i upp till två veckor åt gången (4 kap. 3 §).

Med *behandling utan eget samtycke* menas tvingande medicinska åtgärder, som genomförs mot patientens vilja. Behandling utan samtycke kan endast komma i fråga i form av a) behandling med läkemedel eller b) som en del av behandlingen av patienter med svår ätstörning om det framstår som ett absolut nödvändigt behandlingsalternativ. Behandlingen ska stå i överensstämmelse med erkända psykiatriska metoder och god klinisk praxis och ska alltid beslutas av en specialist (faglig ansvarig). Utredning och behandling utan patientens samtycke får endast genomföras om det är uppenbart att samtycke inte kan eller kommer att kunna erhållas samt då behandlingen kan leda till en signifikant förbättring av patientens tillstånd, eller då patienten kan undvika en betydande försämring av sjukdomen till följd av behandlingen (4 kap 4 §).

Med *tvångsmedel* menas *mekaniska tvångsmedel* som hindrar patientens rörelsefrihet, exempelvis bälten, remmar och skadeförebyggande specialkläder, *avskiljning* bakom låst eller stängd dörr, *korttidsverkande läkemedel* som ges patienten i sederande eller bedövande syfte samt *kortvarig fasthållning*. Tvångsmedel får endast användas först då andra metoder har visat sig vara otillräckliga och när det är absolut nödvändigt för att hindra patienten från att skada sig själv eller andra eller för att förhindra betydande skador på byggnader, kläder, möbler m.m. Ett beslut om att använda tvångsmedel ska fattas av en specialist (faglig ansvarig) och vid utförandet ska patienten stå under ständig tillsyn. Det är inte tillåtet att använda mekaniska tvångsmedel eller att avskilja en person som är under sexton år gammal (4 kap. 8 §).

4.2.4 Statistik och uppföljning vad gäller tvångsåtgärder inom den slutna psykiatriska tvångsvården

Alla institutioner som är godkända för att bedriva psykiatrisk tvångsvård och som har rätt att använda tvångsåtgärder enligt psykisk helsevernsloven har en inrapporteringsskyldighet till det norska patientregistret (Norsk pasientregister). Inrapporteringen ska ske på tertial- och årsbasis och bl.a. innehålla uppgifter om diagnos(er), behandling, användningen av tvångsåtgärder samt tvångsåtgärdernas varaktighet.⁷ Sedan 2017 sker rapporteringen digitalt direkt till HelseDirektoratet som bl.a. ansvarar för nationell statistik inom hälso- och sjukvårdsområdet.⁸

Vad gäller uppföljningen av tvångsåtgärder inom den psykiatriska slutenvården bedömer det norska Helse- og omsorgsdepartementet att statistiken varken är fullständig eller tillförlitlig och att man, varken på lokal eller nationell nivå, har en överblick av omfattningen av de tvångsåtgärder som används.⁹

Under de senaste åren har den norska regeringen formulerat ett flertal uppdrag och överenskommelser inom psykiatriområdet där en minskning av tvångsåtgärder har varit ett övergripande mål. Det

⁷ Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister, 1 kap. 6 § samt HelseDirektoratet (2016).

⁸ helsedirektoratet.no/norsk-pasientregister-npr/registrere-og-rapportere-data-til-npr#frister-for-rapportering

⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2012), s. 42.

norska Helse- og omsorgsdepartementet har bl.a. ålagt de regionala hälsoföretagen att etablera system för inrapportering av tvångsåtgärder i psykiatri och Helsedirektoratet har utvecklat nya kvalitetsindikatorer för uppföljning av tvångsåtgärder på regional och nationell nivå. Helsedirektoratet kommer också att utarbeta processer (pakkeforlop) för att förebygga tvångsvård och nyinläggningar i psykiatri. Utvecklingsarbetet ska bidra till ökad brukarmedverkan, bättre samverkan och likvärdig behandling och ge patienterna ökat inflytande vad gäller vård och behandling. Arbetet ska utföras i nära samarbete med patient- och brukarorganisationer.¹⁰

4.2.5 Enskilda klagomål och överklaganden vid psykiatrisk tvångsvård

Möjligheterna för en patient att framföra klagomål mot hälso- och sjukvården, inklusive psykiatrisk specialistverksamhet, regleras i lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Där stadgas att en patient kan framställa ett klagomål till Fylkesmannen (jfr. länsstyrelserna) om patienten inte har fått sina rättigheter i vården tillgodosedda eller om denne har synpunkter på sin vård- och behandling (7 kap. 2 §). Klagomålet ska vara skriftligt och framställas inom fyra veckor från att vederbörande fick, eller borde ha fått, tillräckliga kunskaper för att göra en anmälan.

Till sin hjälp vid klagomålsförfaranden har patienten möjlighet att vända sig till ett patient- och brukarombud. Ombudet har en rådgivande funktion för patienter och anhöriga och kan vägleda patienten vid ett klagomålsförfarande eller hjälpa patienten i dialogen med hälso- och sjukvården. Patienten har, i vissa situationer också rätt till ett juridiskt ombud som bekostas av staten.¹¹

Vad gäller överklaganden om psykiatrisk tvångsvård kan patienten, eller dennes anhöriga, överklaga beslut till kontrollkommissionen i upp till tre månader från det att tvångsvården har upphört (3 kap. 7 §). Patienten, eller dennes anhöriga, kan också överklaga beslut om avskärmning (skjerming) och förlängning av avskärmning, beslut om tvångsåtgärder, beslut om beslagtagande av egendom,

¹⁰ Korrespondens med Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-06-09.

¹¹ helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/125/Rettssikkerhet-ved-tvang-kontrollkomisjonene-i-det-psykiske-helsevernet-IS-1335-bokmal.pdf

beslut om kontaktinskränkningar samt beslut om överföring till annan vårdenhet till kontrollkommissionen (4 kap.). Vad gäller beslut om undersökning och behandling utan samtycke, ska dock patienten eller dennes anhöriga vända sig till Fylkesmannen. Kommissionens beslut i klagorenden kan överklagas till tingsrätten enligt särskilda processregler.¹²

4.2.6 Tillsyn över verksamheter i hälso- och sjukvården samt de psykiatriska specialiteterna

Tillsynen över hälso- och sjukvårdens verksamheter regleras i loven om statlig tillsyn med helsetjenesten (tillsynsloven). Där stadgas att Statens helsetilsyn har det övergripande tillsynsansvaret för verksamheter inom hälso- och sjukvården men att ansvaret för tillsyns- och inspektionsverksamheten inom hälso- och sjukvården på länsnivå är ålagd Fylkesmannen (1 §). Fylkesmannens tillsynsansvar innefattar dels tillsyn över vård- och omsorgstjänsterna i länet, dels tillsyn över personal inom hälso- och sjukvården. I anknytning till tillsynsuppdraget ska Fylkesmannen ge råd, vägledning och bidra med upplysningar som medverkar till att befolkningens behov av vård och omsorg säkerhetsställs. Fylkesmannen ska också hålla Statens Helse-tillsyn informerad om förhållandena inom hälso- och sjukvården i länet samt i övriga frågor som berör hälso- och sjukvårdens verksamheter (2 §).

Kontrollkommission

Kontroll av de psykiatriska verksamheterna stadgas i psykisk helsevernsloven att varje individ som vårdas med stöd av psykisk helsevernsloven ska stå under övervakning av en kontrollkommission. Kontrollkommissionernas verksamhet gäller vård och behandling vid samtliga institutioner inom det psykiska helseverket.¹³ De institutioner som är föremål för kommissionernas kontrollverksamhet bestäms av Sosial- og helsedirektoratet, efter delegation av Helse- og

¹² Se Lov om mekling og rettergang i sivile tvister.

¹³ Kontrollkommissionerna innehar också tillsyns- och överklagandeansvar för personer som vårdas hos privata vårdgivare med vilka de regionala hälsoföretagen har ingått avtal, jmf. Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. 35–42 §§.

omsorgsdepartementet, som har det övergripande ansvaret för att en fungerande kontrollkommission finns i varje (sjukvårds)område (6 kap. 1 §). Respektive kommission ska ledas av en jurist med avlagd behörighet till domarämbete, och i övrigt bestå av en läkare och två andra ledamöter. En av dessa ledamöter ska ha egen erfarenhet av psykiatrisk vård och behandling, vara eller ha varit närstående till en patient som har vårdats inom psykiatri eller ha representerat patientintressen genom ställning eller värv. Ledamöterna i kommissionen utses av Fylkesmannen och verkar under en period av fyra år (6 kap. 2 §).

Kontrollkommissionens övergripande uppdrag är att säkra patienternas rättssäkerhet i samband med vård och behandling inom de psykiatriska specialiteterna. Kommissionen ska inom ramen för detta bl.a. genomföra kontroller av beslut om tvångsvård och tvungen observation, på eget initiativ genomföra granskning av den tvångsvård som pågår i över tre månader, genomföra ettårskontroller vad gäller beslut om förlängning av tvångsvård samt genomföra en prövning av tvångsvård för personer över 12 års ålder där samtycke saknas (3 kap 6 §, 2 kap. 2 §). Kommissionen ska också behandla överklaganden om psykiatrisk tvångsvård och vissa tvångsåtgärder.

Enligt forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. ska kommissionen, i den utsträckning det är möjligt, även utföra den kontrollverksamhet som kommissionen finner nödvändig för patientens välfärd. Kommissionen har bl.a. möjlighet att inleda en egeninitierad inspektion på grundval av uppgifter från patienter, anhöriga eller personal inom hälso- och sjukvården och/eller som följd av egna avvägningar. Kommissionen ska, minst en gång per månad, genomföra besök på institutioner eller avdelningar som är godkända för att ha ansvar för patienter som vårdas med tvång enligt psykisk helsevernslöven. Vad gäller övriga institutioner och privat drivna mottagningar ska besök ske minst fyra gånger per år (62 §). Vid besöken ska kommissionen övervaka användningen av tvångsvård och tvångsåtgärder genom att granska protokoll om avskärmning (skjerming), behandling utan samtycke och andra tvångsåtgärder. Kommissionen ska också se till så att de ordningsregler som finns vid varje institution står i överensstämmelse med gällande lagstiftning. Vid besöken ska kommissionen också säkerhetsställa att patienterna får möjlighet att överklaga beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder enligt psykisk helsevernslöven, och i övrigt ta upp

frågor av betydelse för patientens vistelse på institutionen. De patienter som vårdas utan samtycke (tvångsvårdas) vid institutionen ska erbjudas ett samtal med kommissionens ledamöter. I övrigt är ledamöterna fria att själva initiera det stöd och den hjälp som de anser att patienterna är i behov av (63 §). Vid varje besök ska protokoll föras och kommissionen ska senast den 31 maj varje år lämna en rapport till Helsedirektoratet som ska innehålla en översikt över föregående års mötes- och kontrollverksamhet (46–47 §§).

Om kommissionen finner allvarliga brister i den vård och behandling som bedrivs vid de institutioner eller avdelningar för tvångsvård enligt psykisk helsevernsloven ska kommissionen underrätta Fylkesmannen eller Statens Helsetillsyn som har möjlighet att utfärda bindande direktiv vad gäller åtgärder inom hälso- och sjukvårdens verksamheter. Gäller bristerna mindre allvarliga företeelser kan kommissionen vända sig institutionens ledning eller till en specialist (faglig ansvarig) vid institutionen (63 §).

4.3 Finland

4.3.1 Hälso- och sjukvårdens organisation

Enligt Finlands grundlag ska det allmänna tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa (19 §). Social- och hälsovårdssystemet bygger på den kommunala social- och hälsovården som tillhandahålls med statens stöd. Staten har bland annat i uppgift att ange riktlinjerna för social- och hälsopolitiken, bidra med viss finansiering för hälso- och sjukvårdstjänster samt utforma lagstiftning inom området medan ansvaret för att tillhandahålla tjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården ligger hos kommuner och samkommuner.¹⁴

Hälsovårdstjänsterna indelas i primärvård, som bland annat består av hälsovårdscentraler och viss privat vård, samt specialiserad hälso- och sjukvård. Sjukvårdsdistrikten, som har inrättats av kom-

¹⁴ Social- och hälsovårdsministeriet (2013), s. 10–11. Den 2 mars 2017 lämnade regeringen en proposition till riksdagen där det föreslås att det stiftas en landskapslag, en lag om ordnande av social- och hälsovård samt en lag om införande av dessa lagar. Avsikten är att, genom de lagar som ingår i förslaget, inrätta 18 landskap i Fastlandsfinland från och med den 1 juli 2017 samt en överföring av ansvaret för att ordna social- och hälsovård från kommunerna till landskapen från och med den 1 januari 2019.

munerna, ansvarar för organiseringen av den specialiserade sjukvården inom sitt område.¹⁵

Den psykiatriska vården för barn upp till 18 år är organiserad i två huvudsakliga nivåer: insatser inom primärvård, som bedrivs via hälsovårdscentralerna och insatser inom specialiserad vård som bedrivs i öppen eller sluten form vid de psykiatriska poliklinikerna eller i form av psykiatrisk sjukhusvård.¹⁶ Den psykiatriska vården som är förlagd till sjukhusen tar emot barn upp till 18 år medan poliklinisk öppen- vård kan ges fram till dess att patienten har fyllt 23 år (hälso- och sjukvårdslag, 6 kap. 53 §).

4.3.2 Sluten psykiatrisk tvångsvård

Bestämmelser om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) regleras i den finska mentalvårdslagen.¹⁷ Beslut om psykiatrisk sjukhusvård oberoende av patientens vilja kan meddelas endast om a) patienten konstateras vara mentalsjuk, b) patientens vårdbehov på grund av mentalsjukdomen är sådant att hans sjukdom väsentligt skulle förvärras eller att det allvarligt skulle äventyra hans eller andras hälsa eller säkerhet om han inte får vård och c) andra mentalvårdstjänster inte är lämpliga eller otillräckliga (2 kap. 8 §). En minderårig person kan också bli föremål för sluten psykiatrisk tvångsvård om patienten på grund av allvarlig psykisk störning har ett sådant behov av vård att hans sjukdom väsentligt skulle förvärras eller hans eller andras hälsa eller säkerhet allvarligt skulle äventyras om han inte får vård och inga andra mentalvårdstjänster är lämpliga. Tvångsvård av en minderårig ska ordnas vid en enhet som har förutsättningar och beredskap att vårda denne, dvs. en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Den minderåriga ska hållas åtskild från vuxna om det inte anses förenligt med den minderåriges bästa att vårda patienten på annat sätt (2 kap. 8 §)

En patient kan bli föremål för psykiatrisk tvångsvård efter en läkarundersökning. Patienten kan också, efter remiss, tas in på ett sjukhus för observation för att utreda om förutsättningarna för

¹⁵ Social- och hälsovårdsministeriet (2013), s. 12.

¹⁶ Social- och hälsovårdsministeriet (2013), s. 29–30.

¹⁷ Social- och hälsovårdsministeriet håller för närvarande på att förbereda en reform av mentalvårdslagen.

tvångsvård är uppfyllda. För att en patient ska kunna tas in för observation krävs en *observationsremiss* som innehåller ett motiverat ställningstagande till om det sannolikt finns förutsättningar för sluten psykiatrisk tvångsvård. Senast fyra dagar efter det att patienten har tagits in för observation ska läkaren inkomma med ett skriftligt *observationsutlåtande*. I observationsutlåtandet ska det framkomma om förutsättningar för beslut om vård oberoende av patientens vilja är uppfyllda eller om patienten ska skrivas ut från observationsavdelningen (10 §). Beslut om tvångsvård fattas av överläkaren som ansvarar för den psykiatriska vården vid sjukhuset. Beslutet ska vara skriftligt och bygga på observationsremissen, observationsutlåtandet och sjukjournalen och innehålla ett motiverat ställningstagande till om det finns förutsättningar för sluten psykiatrisk tvångsvård. Om vårdbeslutet gäller en minderårig patient ska beslutet genast underställas förvaltningsdomstolen. Beslut om tvångsvård gäller i högst tre månader. Om det finns förutsättningar för fortsatt tvångsvård efter dessa tre månader ska läkaren inkomma med ett nytt observationsutlåtande. Ett beslut om fortsatt vård ska utan dröjsmål delges patienten och genast underställas förvaltningsdomstolen (11 §). Patienten får hållas intagen för vård i högst sex månader och därefter ska patienten underställas en ny läkarundersökning. Om det visar sig att det inte finns förutsättningar för fortsatt vård ska vården genast avslutas och patienten skrivas ut från vårdinrättningen (14 §).

4.3.3 Tvångsåtgärder vid sluten psykiatrisk tvångsvård

Tvångsåtgärder inom den psykiatriska slutenvården regleras i den finska mentalvårdslagens 4 a kap. Förutom vissa begränsningar i rörelsefriheten, omhändertagande av egendom och inskränkningar i elektronisk kommunikation regleras behandling av psykiska och somatiska sjukdomar samt särskilda begränsningar i lagstiftningen. Tvångsåtgärder enligt mentalvårdslagen ska utövas med respekt för patientens människovärde och får endast användas i den mån behandlingen av sjukdomen, patientens egen eller någon annans säkerhet eller tryggheten av något annat intresse oundgängligen kräver det (22 a §). På varje klinik som bedriver psykiatrisk tvångsvård ska det finnas riktlinjer för hur tvångsåtgärder ska användas och begräns-

ningarna ska nedtecknas i särskild förteckning vid vårdenheten (22 k §).

Med *behandling av psykiska sjukdomar* menas tvingande medicinska åtgärder, som genomförs utan patientens samtycke. Behandlingen ska vara förenlig med vådrutiner som är godtagbara ur medicinsk synpunkt och får endast genomföras i de fall där patientens eller andra personers hälsa eller säkerhet allvarligt äventyras. Tvångsbehandlingen ska alltid beslutas av behandlande läkare som också får besluta om att patienten ska hållas fast, spännas fast med bälte eller begränsas kortvarigt på annat sätt medan behandlingen utförs (22 b §).

Behandling av somatiska sjukdomar får endast utföras om en patient inte förmår att fatta beslut som rör sin egen vård och åtgärden är nödvändig för att avvärja fara som hotar patientens liv eller hälsa. Behandlingen ska beslutas av ansvarig läkare och patienten får hållas fast, fastspännas med bälte eller kortvarigt begränsas medan behandlingen utförs, om situationen kräver det (22 c §).

Med *särskilda begränsningar* menas att patienten får avskiljas om denne på grund av sitt uppförande eller sina hotelser sannolikt skadar sig själv eller andra, genom sitt uppförande allvarligt försvårar vården av andra patienter, allvarligt äventyrar sin egen säkerhet, sannolikt skadar egendom i betydande grad eller om isoleringen av patienten är nödvändig av andra synnerligen vägande skäl som har samband med vården. Vårdpersonalen får använda de maktmedel som är nödvändiga för att isolera denne.

En patient får hållas fast mot sin vilja om patienten på grund av sitt uppförande eller sina hotelser sannolikt skadar sig själv eller andra, om patienten genom sitt uppförande allvarligt försvårar vården av andra patienter, allvarligt äventyrar sin egen säkerhet eller sannolikt skadar egendom i betydande grad. En patient får också hållas fast mot sin vilja om det är nödvändigt av skäl som har samband med vården (22 e §).

En patient får spännas fast med bälte, eller på annat motsvarande sätt, om övriga åtgärder inte räcker till och om patienten på grund av sitt uppförande eller sina hotelser sannolikt skadar sig själv eller andra (22 e §).

Beslut om fastspänning med bälte eller isolering sker av behandlande läkare efter en undersökning av patienten. I brådskande fall får vårdpersonalen tillfälligt isolera eller spänna fast en patient men i

dess fall ska läkaren omedelbart underrättas. Den behandlande läkaren ska bedöma patientens tillstånd så ofta som förhållandena medger och åtgärden ska avslutas så snart den inte längre bedöms som nödvändig. Några tidsangivelser för de särskilda begränsningarna följer inte av lag eller författning men har patienten hållits isolerad i mer än tolv timmar eller fastspänd i mer än åtta timmar ska patientens intressebevakare eller lagliga företrädare omedelbart underrättas om detta. Vårdavdelningen ska dessutom rapportera antalet förlängda isoleringar och fastspänningar med bälte till Regionförvaltningsverket, senast var fjortonde dag (22 f §). Regionförvaltningsverken ansvarar för att sköta planeringen, ledningen och tillsynen över psykiatrin inom ramen för sitt verksamhetsområde och ska särskilt övervaka användningen av de begränsningar av självbestämmanderätten som stadgas i fjärde kapitlet mentalvårdslagen (1 kap. 2 §).¹⁸

4.3.4 Statistik och uppföljning vad gäller tvångsåtgärder inom den slutna psykiatriska tvångsvården

Tvångsåtgärder inom den slutna psykiatriska tvångsvården ska enligt mentalvårdslagens 4 a kap. antecknas i en särskild förteckning vid vårdenheten. I förteckningen ska patientens identifieringsuppgifter, uppgifter om begränsningen, namnet på den läkare som beslutat om begränsningen samt namnet på de personer som verkställt begränsningen noteras (22 k §).¹⁹

Enligt lagen om riksomfattande personregister för hälsovården och tillhörande förordning är vårdgivarna årligen skyldiga att inkomma med vissa uppgifter som berör verksamheter inom hälso- och sjukvården (1 §). Uppgifterna registreras i vårdanmälningssystemet (HILMO) och innehåller information om serviceproducenten, patientens hemkommun, information om intagningen för vård, uppgifter om vården och åtgärderna samt information om utskrivningen. Beträffande patienterna inom de psykiatriska specialiteterna lämnas utöver dessa uppgifter även vissa tilläggsuppgifter, däribland före-

¹⁸ Regionförvaltningsverken är underställda den nationella tillsynsmyndigheten Valvira (Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården).

¹⁹ Närmare bestämmelser om innehållet i förteckningen utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

komsten av tvångsåtgärder. Vårdanmälningssystemet förvaltas av Institutet för hälsa och välfärd, som bland annat producerar statistik av utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst (lag om Institutet för hälsa och välfärd, 11 §).

Som ett led i att skapa förutsättningar för en minskad användning av tvångsåtgärder inom den finska psykiatrin har ett nationellt program för minskning av tvångsåtgärder genomförts under ledning av Institutet för hälsa och välfärd. Myndigheten har bl.a. utvecklat en arbetsbok för den specialiserade psykiatriska vården som innehåller information till vårdavdelningarna om hur man kan utveckla ett förebyggande arbete för att minska tvång samt beskrivningar av hur tvångsåtgärder ska mätas och övervakas.²⁰ För närvarande genomför det finska Social- och hälsovårdsministeriet en översyn av mentalvårdslagen, där den del av lagstiftningen som berör tvångsåtgärder också kommer att ses över.²¹

4.3.5 Enskilda klagomål och överklaganden vid psykiatrisk tvångsvård

Möjligheterna för en patient att framföra klagomål mot hälso- och sjukvården, inklusive psykiatrisk specialistverksamhet, regleras i lagen om patientens ställning och rättigheter.²² Om en patient är missnöjd med hälso- och sjukvården ska patienten i första hand ta kontakt med vårdgivaren. Patienten och vårdgivaren ska, genom ett öppet samtal, försöka lösa eventuella konflikter i vårdmötet och rätta till de eventuella fel eller brister som förekommit. Till sin hjälp har patienten möjlighet att vända sig till patientombudsmannen på den aktuella vårdenheten som kan bistå patienten i mötet med vårdgivaren, ge råd eller hjälpa patienten att gå vidare med sitt klagomål (11 §). Om patienten vill gå vidare med sina synpunkter efter mötet med vårdgivaren kan denne lämna in en anmärkning till verksamhetschefen vid den klinik där patienten har vårdats. Anmärkningen ska i regel framställas skriftligen men kan framställas muntligen om det finns särskilda skäl för detta. Verksamhetschefen ska besvara anmärkningen skriftligt och inom skäligen tid från det att anmärk-

²⁰ Council of Europe (2015), s. 55.

²¹ Council of Europe (2015), s. 55.

²² Vissa kompletterande riktlinjer för klagomål finns i den finska förvaltningslagen.

ningen inkom till vårdgivaren. Av svaret ska det framgå vilka åtgärder som eventuellt kommer att vidtas till följd av anmärkningen. Om patienten inte är nöjd med svaret på anmärkningen kan denne framföra ett klagomål till Regionförvaltningsverket eller till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) (10 a §).

Beslut om psykiatrisk tvångsvård och vissa tvångsåtgärder kan överklagas hos förvaltningsdomstolen inom 14 dagar från det att beslutet har fattats av vårdgivaren.²³ Är patienten över 12 år gammal får patienten själv överklaga ett beslut om tvångsvård, annars ska överklagandet framföras av patientens föräldrar, vårdnadshavare eller av den person som omedelbart före beslutet om vård har haft hand om den minderåriges vård och uppfostran. Ett beslut om att en minderårig patients kontakter ska begränsas får också överklagas av den minderåriga själv och, om denne är under 12 år gammal, av patientens föräldrar, vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare samt av någon annan part vars kontakter med barnet har begränsats genom beslutet (mentalvårdslag, 5 kap. 24 §).

4.3.6 Tillsyn över verksamheter i hälso- och sjukvården samt de psykiatriska specialiteterna

I Finland utövas tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) och av Regionförvaltningsverken (RFV). Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården ansvarar för den riksomfattande tillsynen av social- och hälsovårdstjänsterna genom att övervaka de offentliga och privata organisationerna inom social- och hälsovården. Verket ansvarar också för tillstånd vad gäller hälso- och sjukvårdspersonal samt riksomfattande tillstånd att tillhandahålla privata social- och hälsovårdstjänster.²⁴

Regionförvaltningsverken (RFV) bär det huvudsakliga ansvaret för övervakningen av hälso- och sjukvårdstjänsterna inom sitt verksamhetsområde. Regionförvaltningsverken styr och övervakar den kommunala och privata social- och hälsovården, beviljar tillstånd för privata producenter och övervakar de att de offentliga och privata

²³ De tvångsåtgärder som kan överklagas enligt 24 § mentalvårdslagen är beslag av egendom samt begränsningar i kontakter med omvärlden.

²⁴ Social- och hälsovårdsministeriet (2013), s. 14.

tjänsterna tillhandahålls enligt gällande lagstiftning. Regionförvaltningsverken utreder och handlägger också enskilda klagomål från patienter. Arbetsfördelningen mellan Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) och Regionförvaltningsverken fastställs i gemensamma tillsynsprogram.

4.4 Danmark

4.4.1 Hälso- och sjukvårdens organisation

Det danska hälso- och sjukvårdssystemet är ett regionaliserat och offentligt finansierat system som består av tre politiska och administrativa nivåer: den nationella nivån, den regionala nivån samt den lokala nivån.²⁵ Staten lägger fast de överordnade ramarna vad gäller hälso- och sjukvårdens organisation, genom bland annat lagstiftning och reglering, medan kommunerna ska tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård inom ett flertal områden, däribland socialtjänst, äldreomsorg och missbruksvård.²⁶ De fem regionerna ansvarar i sin tur för specialiserad vård, akutsjukvård, psykiatri samt för de hälso- och sjukvårdstjänster som tillhandahålls av privatpraktiserande läkare och specialister.²⁷

Det danska hälso- och sjukvårdssystemet utgörs av primärvård, tandvård, vissa kommunala hälso- och sjukvårdstjänster och specialiserad hälso- och sjukvård. Den specialiserade hälso- och sjukvården är lokaliserad till landets sjukhus men kan också bedrivas på ett privat sjukhus eller en medicinsk klinik som har ingått avtal med regionerna.²⁸

Den psykiatriska vården för barn upp till 18 år är organiserad i tre huvudsakliga nivåer: insatser inom primärvård, som bedrivs via lokala psykiatriska mottagningar (Pædagogisk-Psykologisk Rådgivning) eller via privatpraktiserande läkare/psykologer, insatser inom avancerad vård som i första hand utgörs av barn- och ungdomspsykiatriska akutmottagningar samt specialiserad hälso- och sjukvård som är lokaliserad till sjukhusen. Inom ramen för den barn- och ung-

²⁵ Statsministeriet, Ministry of Health (2017), s. 4–5.

²⁶ Statsministeriet, Ministry of Health (2017), s. 4–5.

²⁷ Statsministeriet, Ministry of Health (2017), s. 13–17.

²⁸ Statsministeriet, Ministry of Health (2017), s. 13–17.

domspsykiatriska sjukhusvården finns möjligheter att läggas in akut, att läggas in över dagen samt att vistas på mottagningen över en längre eller kortare tid. Under 2016 fanns cirka 23 barn- och ungdomspsykiatriska kliniker i Danmark för dags- och dygnsinläggelser för barn som kräver särskild omvårdnad till följd av psykiatrisk problematik.²⁹

4.4.2 Sluten psykiatrisk tvångsvård

Bestämmelser om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) regleras i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

Kriteriet för att en person ska kunna tvångsvårdas inom den psykiatriska slutenvården är att denne lider av en allvarlig psykisk sjukdom (sinnessjukdom), eller befinner sig i ett tillstånd som måste jämföras med det, och att det vore oförsvarligt att inte frihetsberöva personen för vård och behandling då utsikten för tillfrisknande eller förbättringar av tillståndet annars skulle minska (behandlingsrekvisitet) och/eller då personen framkallar en väsentlig fara för sig själv eller andra (farerekvisitet) (3 kap. 5 §).

Är personen under 15 år gammal ska samtycke sökas hos patientens föräldrar eller vårdnadshavare. Samtycke behöver dock inte sökas om en omedelbar åtgärd enligt lagen är nödvändig för att hindra att patienten utsätter sig själv eller andra för överhängande risker att drabbas av skador på kropp eller hälsa eller utövar skadegörelse av icke obetydlig omfattning (1 kap. 1 §).

Intagningsförfarandet för sluten psykiatrisk tvångsvård baseras på ett tvåläkarsystem där två av varandra oberoende läkare ska granska om förutsättningarna för tvångsvård föreligger. Beslutet om tvångsintagning ska prövas efter 3, 10, 20 och 30 dagar och därefter minst var fjärde vecka så länge frihetsberövandet pågår. Resultatet av omprövningen ska antecknas i avdelningens tvångsprotokoll och meddelas patienten (6 kap. 21 §). När det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård ska chefsöverläkaren genast besluta att tvångsvården ska upphöra (2 kap. 11 §).

²⁹ Korrespondens med Sundhetsstyrelsen, 2017-06-07.

4.4.3 Tvångsåtgärder vid sluten psykiatrisk tvångsvård

Tvångsåtgärder inom den psykiatriska slutenvården regleras i fjärde kapitlet i lag om användelse av tvång i psykiatrien. Förutom kvarhållande på vårdavdelningen och vissa inskränkningar i elektronisk kommunikation tillåter lagen ett flertal tvångsåtgärder, däribland tvångsbehandling, tvångsfixering, fysisk makt, skyddsåtgärder samt regler för personlig avskärmning och låsning av avdelningsdörr.³⁰

Tvångsbehandling, dvs. påtvingade behandlingsåtgärder, får endast användas då patienten uppfyller kriterierna för tvångsvård. Beslut om tvångsmedicinering ska fattas av överläkaren som också beslutar om behandlingens genomförande. I samband med beslut om tvångsbehandling ska patienten alltid få en möjlig tidsfrist för att kunna överväga eventuellt samtycke till behandlingsåtgärden. Tidsfristen ska vara rimlig men inte överstiga tre dagar (4 kap. 12 §).

Med *tvångsfixering* menas att patienten fastspänns med bälte, påtvingas handskar eller beläggs med hand- och/eller fotremmar. Tvångsfixering får enligt fjortonde paragrafen endast användas kortvarigt och i det omfång som är nödvändigt för att hindra att en patient utsätter sig själv eller andra för fara till liv eller hälsa, om patienten förföljer eller grovt förolämpar medpatienter och/eller om patienten utövar vandalism av icke-obetydligt slag. En patient kan dock tvångsfixeras under längre tid än några timmar om det anses nödvändigt med hänsyn taget till patientens eller andras liv, patientens farlighet eller om det krävs för att upprätthålla säkerheten på vårdavdelningen (5 kap. 14 §). Innan ett beslut om tvångsfixering kan vidtas så måste patienten undersökas av en behörig läkare. Gäller beslutet tvångsfixering genom hand- och fotremmar tillsammans med bälte måste beslut däremot fattas av överläkaren på den klinik där patienten är intagen. All tvångsfixering ska omprövas så ofta som förhållandena medger, men dock minst tre gånger per dygn. Om en tvångsfixering pågår mer än 48 timmar ska åtgärden omprövas av en specialistläkare i psykiatri som inte är anställd på kliniken där patienten är intagen för vård. Om specialistläkaren gör en annan bedömning än den behandlande läkaren är det dock den behandlande läka-

³⁰ Nedan redogörs endast för de tvångsåtgärder som är tillåtna inom den danska barn- och ungdomspsykiatrien. De tvångsåtgärder som berör demensvården samt de åtgärder som endast är tillåtna vid Sökringsavdelningen under Retspsykiatrisk avdelning i Region Sjælland utelämnas således inom ramen för denna redogörelse.

rens uppfattning som gäller. Patienten ska emellertid upplysas både muntligt och skriftligt om läkarnas skilda uppfattning (6 kap. 21 §).

Med *fysisk makt* menas att en patient som är intagen för tvångsvård på en psykiatrisk avdelning kan fasthållas och med fysisk ansträngning föras till en annan avdelning på sjukhuset. För att fysisk makt ska kunna användas mot en patient måste kriterierna i 14 § 2 stycket vara uppfyllda, dvs. att patienten förföljer eller grovt förolämpar medpatienter. En patient kan också sederas på beslut av läkare om patienten uppträder mycket oroligt och sedering anses nödvändigt för att förbättra patientens tillstånd (5 kap. 17 §).

Med *beskyttelsesfiksering* menas en skyddande åtgärd som får användas i syfte att hindra att en patient utsätter sig för stora risker avseende liv och hälsa. Ett exempel på en sådan skyddande åtgärd kan exempelvis vara fastspänning genom ett mjukt bälte med CE-märkning.³¹ En skyddande åtgärd får endast användas efter att en läkare har undersökt patienten och närmare beslutat om vilken eller vilka åtgärder som skulle kunna vara lämpliga i den givna situationen (5 kap. 18 §).

Med *personlig avskärmning* menas åtgärder där en eller flera personer ur sjukvårdspersonalen, så länge som åtgärden pågår, befinner sig i omedelbar närhet av patienten. För att åtgärden ska få vidtas krävs att det finns risk för att patienten kan begå självmord, utsätter sig själv eller andras hälsa för betydande skada eller förföljer eller grovt förolämpar sina medpatienter.

Beslut om att *låsa en avdelningsdörr* kan fattas av överläkaren gällande patienter som är frihetsberövade eller som oavsiktligt utsätter sig själva för väsentlig fara. Det är inte tillåtet att låsa eller på annat sätt stänga dörren till ett enskilt patientrum. Så snart ett beslut om att låsa en avdelningsdörr har fattats ska detta meddelas samtliga patienter med omedelbar verkan (5 kap. 18 d §).

³¹ Sundheds- og Ældreministeriet (No. 9427/2011), p. 6.

4.4.4 Statistik och uppföljning vad gäller tvångsåtgärder inom den slutna psykiatriska tvångsvården

Som ett led i att förbättra kvaliteten och bidra till utveckling inom psykiatriområdet slöt Ministeriet för Sundhet och Danske Regioner 2014 ett avtal om att minska antalet tvångsåtgärder inom den danska psykiatrin fram till 2020.³² Inom ramen för arbetet ingick den danska staten s.k. partnerskapsavtal med regionerna i syfte att garantera att patienter med allvarlig psykisk ohälsa får tillgång till bästa möjliga vård och omsorg samt att användningen av tvång ska minska inom patientgruppen. Partnerskapsavtalen innehåller en överenskommelse om vad respektive region ska uppnå för att minska antalet tvångsåtgärder fram till år 2020 samt bibehålla avsedda minskningar. Regionerna lämnar årligen en rapport av utvecklingen inom området till regeringen och redovisar löpande siffror till Sundhetsstyrelsen, som ansvarar för nationell statistik vad gäller tvångsvård och tvångsåtgärder.³³

Under den senaste mätperioden, den 1 juli 2014 till och med den 30 juni 2015, visar regionernas uppföljning på en minskad användning av tvångsåtgärder. Detta gäller dock inte antalet tvångsåtgärder mot barn som snarare tycks ha ökat något sedan avtalet träffades.³⁴ Enligt Sundhetsstyrelsen kan dock de förändringar i inrapporteringen som skett sedan den 1 juni 2015 medverka till att ökningen inte är att betrakta som reell i statistik mening utan snarare avspeglar en förbättrad inrapportering som bättre motsvarar det faktiska bruket av tvångsåtgärder inom barn- och ungdomspsykiatrin.³⁵

4.4.5 Enskilda klagomål och överklaganden vid psykiatrisk tvångsvård

Styrelsen för patientsäkerhet (Styrelsen for Patientsikkerhed) ansvarar för att utreda klagomål från enskilda mot hälso- och sjukvården. Styrelsen för patientsäkerhet har möjlighet att rikta kritik mot vård-

³² Sundhetsstyrelsen (2016), s. 4.

³³ Sundhetsstyrelsen (2016), s. 4.

³⁴ Sundhetsstyrelsen (2016), s. 9–10.

³⁵ Sundhetsstyrelsen (2016), s. 9–10. Före den 1 juni 2015 var det inte obligatoriskt för regionerna att redovisa tvångsåtgärder mot barn i de fall som individen motsatt sig tvångsvård men där samtycke till nödvändig vård och behandling funnits från föräldrar/vårdnadshavare.

givare eller mot personal inom hälso- och sjukvården.³⁶ Rör klagomålen bemötande eller kommunikation eller privata tandläkare eller psykologer utanför den offentliga hälso- och sjukvården ska patienten vända sig till berörd region/vårdgivare eller till en patientvägledare på något av de regionala patientkontoren.³⁷ Patientvägledaren har i uppgift att stödja och vägleda patienten i hälso- och sjukvården och kan även hjälpa patienten med anmälningar till Styrelsen för patientsäkerhet eller med att söka ersättning för en uppkommen vårdskada.³⁸

Vad gäller överklagande om tvångsvård eller tvångsåtgärder har patienten, eller patientrådgivaren, också möjlighet att vända sig till den Psykiatriska patientklagenämnden (Det Psykiatriske Patientklagenævnen). Nämnden ska utreda klagomål från patienter som bland annat rör beslut om tvångsvård, tvångsåtgärder och tvingande uppföljning efter utskrivning.³⁹ Beslut från nämnden i frågor som gäller tvångsvård, användande av fysisk makt, personlig avskärmning som varat längre än 24 timmar m.m. kan överklagas till den Psykiatriska överklagandenämnden (Det Psykiatriske Ankenævnsenast) senast tre månader efter det att den klagande har fått ett avgörande i ett ärende från Patientklagenämnden (38 §).

4.4.6 Tillsyn över hälso- och sjukvården och de psykiatriska specialiteterna

Ansvaret för tillsyn över den verksamhet som utövas inom hälso- och sjukvården samt dess personal är placerat hos Styrelsen för patientsäkerhet. Myndigheten har i huvuduppdrag att främja patientsäkerheten inom hälso- och sjukvårdsområdet bl.a. genom att ansvara för patientsäkerhetsfrågor på nationell nivå, svara för tillsyn över auktoriserad vårdpersonal och hälso- och sjukvårdens verksam-

³⁶ Klagomålsutredningen (SOU 2015:102), s. 56.

³⁷ Klagomålsutredningen (SOU 2015:102), s. 56.

³⁸ Klagomålsutredningen (SOU 2015:102), s. 56.

³⁹ De åtgärder som kan överklagas till Patientklagenämnden är beslut om tvångsvård, tillbakahållande och tillbakaförande med tvång, tvångsbehandling, tvångsfixering, användande av fysisk makt, skyddsfixering, användande av personligt larm eller pejlingsutrustning och särskilt dörrlås, personlig avskärmning som varat längre än 24 timmar, tvingad uppföljning efter utskrivning samt användande av mobilt bälte (oppegående tvångsfixering) och låsning av avdelnings- eller patientens rum vid SIKRINGSafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling i Region Sjælland.

heter samt utreda och handlägga klagomål från enskilda.⁴⁰ Styrelsen för Patientsäkerhet ansvarar också för det nationella avvikelregistreret, för viss rådgivning i hälso- och sjukvårdsfrågor samt för att utfärda legitimationer för dansk och utländsk hälso- och sjukvårdspersonal.⁴¹

4.5 Island

4.5.1 Hälso- och sjukvårdens organisation

Det isländska hälso- och sjukvårdssystemet är ett centraliserat och offentligt finansierat system. År 1991 tog staten över ansvaret för primärvården och de sista kommunalt drivna sjukhusen från kommunerna. I dag är staten ansvarig för närmast samtliga hälso- och sjukvårdstjänster och kostnaderna för hälso- och sjukvård finansieras huvudsakligen via statsbudgeten.⁴²

Hälso- och sjukvårdens organisation beskrivs i den isländska hälso- och sjukvårdslagen (Lög um heilbrigðisþjónustu). I lagen stadgas att landet ska vara indelat i hälso- och sjukvårdsregioner där respektive region ansvarar för att erbjuda sina medborgare tillgång till bästa möjliga hälso- och sjukvård (2 kap. 5 §).

Det isländska hälso- och sjukvårdssystemet utgörs av primärvård, som bedrivs via hälso- och sjukvårdscentraler, samt specialiserad hälso- och sjukvård som är lokaliserad till något av landets två större sjukhus. Specialiserad hälso- och sjukvård kan också bedrivas på ett sjukhus eller en medicinsk klinik som har ingått avtal med Hälso-ministern (2 kap. 6 §).

Den psykiatriska vården för barn upp till 18 år är organiserad i tre nivåer: insatser inom primärvård, insatser inom avancerad vård samt specialiserad hälso- och sjukvård.⁴³ Den specialiserade hälso- och sjukvården bedrivs som öppen specialiserad psykiatrisk vård och sluten specialiserad psykiatrisk vård och är lokaliserad till den Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken (BUGL) vid Universitetssjukhuset i Reykjavík. BUGL har 17 slutenvårdsplatser och tar emot

⁴⁰ Statsministeriet, Ministry of Health (2017), s. 9.

⁴¹ Statsministeriet, Ministry of Health (2017), s. 9–10.

⁴² Halldorsson M. (2003), s. 17 ff.

⁴³ Landspítali (2016), s. 8.

barn från hela landet som kräver särskild omvårdnad till följd av psykiatrisk problematik.⁴⁴

4.5.2 Sluten psykiatrisk tvångsvård

Island har ingen specifik psykiatrilagstiftning utan bestämmelser om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) som gäller barn regleras i den isländska barnskyddslagen (Barnaverndarlögum). I barnskyddslagen stadgas att en person under 18 år kan bli föremål för psykiatrisk tvångsvård efter ett beslut av en Barnskyddsnämnd (5 kap. 21 §). Barnskyddsnämnderna är ett kommunalt uppdrag med ansvar för frågor som rör barn som far illa, eller riskerar att fara illa, och kan liknas vid de svenska socialnämnderna.

Då individen efter 16 års ålder har egen beslutanderätt över behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården, enligt den isländska patienträttighetslagen, krävs det att individen eller dennes vårdnadshavare, i de fall då patienten är minderårig, inte ger sitt samtycke till nödvändig vård- och behandling för att sluten psykiatrisk tvångsvård ska komma ifråga (6. kap. 25–26 §§). Kriteriet för att en person ska kunna tvångsvårdas inom den psykiatriska slutenvården är att denne har en betydande suicidrisk, befinner sig i en psykos och/eller riskerar att skada sig själv, eller andra, allvarligt.⁴⁵

En Barnskyddsnämnd kan besluta att en person ska vara intagen på en psykiatrisk klinik mot sin vilja i upp till 14 dagar. Innan ett beslut om tvångsvård fattas måste andra, mindre integritetskränkande åtgärder ha prövats och samråd måste ha skett med barnets socialtjänsthandläggare och det isländska välfärdsdepartementet (Velferðarráðuneytið).⁴⁶ Om läkaren som ursprungligen lämnade in begäran om tvångsvård finner att patienten bör ges tvångsvård utöver dessa 14 dagar kan läkaren, eller chefsöverläkaren på den klinik där patienten är intagen, ansöka om en förlängning av vården hos Barnskyddsnämnden. För att tvångsvården ska kunna förlängas krävs att barnet har genomgått en ny läkarundersökning samt att krite-

⁴⁴ Landspítali (2016), s. 7.

⁴⁵ The Government of Iceland, Ministry of Welfare (2017), s. 2.

⁴⁶ The Government of Iceland, Ministry of Welfare (2017) s. 3.

rierna för tvångsvård fortsatt föreligger. Ansökan beviljas endast efter en prövning av berörd Barnskyddsnämnd.⁴⁷

4.5.3 Tvångsåtgärder vid sluten psykiatrisk tvångsvård

Tvångsåtgärder inom den psykiatriska slutenvården regleras inte specifikt i den isländska lagstiftningen och följer inte heller av författning eller andra riktlinjer. Detta innebär att användningen och tillämpningen av tvångsåtgärder inom den psykiatriska slutenvården beslutas av berörd hälso- och sjukvårdspersonal på den klinik där patienten är intagen för sluten psykiatrisk vård.⁴⁸ Tvångsåtgärder får endast användas för barn om patienten utgör ett hot mot sig själv eller andra eller om fara för patientens liv eller hälsa föreligger (13 kap. 82 §).

De tvångsåtgärder som används inom den isländska barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården är påtvingade behandlingsåtgärder samt fasthållning och avskiljning.

Med *påtvingade behandlingsåtgärder* menas exempelvis läkemedelstillförsel via spruta, tablett eller sond. I de fall medicinering är nödvändigt på grund av patientens sjukdomstillstånd ska vårdpersonalen i första hand eftersträva att patienten tar emot medicinen frivilligt. Först om en överenskommelse med patienten inte är möjlig att uppnå sker ingreppet med tvång, oftast genom att en eller flera personer ur personalen håller fast patienten för att sedan tillföra läkemedel via spruta eller tabletter.⁴⁹ Är näringstillförsel via sond, eneteral nutrition, nödvändigt för att avvärja akut risk för patientens liv eller hälsa så skickas patienten till en somatisk avdelning som genomför ingreppet, detta för att minimera risken för eventuella komplikationer.⁵⁰

Sedan 1935 används inte *fastspänning med bälte* eller liknande anordningar inom den isländska psykiatrin, åtgärderna är dock inte förbjudna enligt lag. Vid svåra lägen med akut risk för våld eller självskada, tillkallas i stället ett specialistteam som består av tre personer ur den ordinarie personalstyrkan som har genomgått en sju-dagars

⁴⁷ The Government of Iceland, Ministry of Welfare (2017), s. 3.

⁴⁸ Sundhedsstyrelsen (2009), s. 24.

⁴⁹ Möte med BUGL, 2017-04-05.

⁵⁰ Möte med BUGL, 2017-04-05.

utbildning i Bergenmodellen, en metod som syftar till att förebygga och bemöta hot och våld.⁵¹ Om situationen inte lyckas avstyras genom verbal kommunikation används *fysisk fasthållning* för att lugna ned patienten. Hur fasthållningen ska gå till regleras inte via lag eller föreskrift men utgångspunkten är att fasthållningen ska begränsas till ett absolut minimum och endast användas under korta stunder.⁵²

Med *avskiljning* menas att patienten, till följd av exempelvis störande eller utåtagerande beteende, placeras i enskildhet på det egna rummet, i ett särskilt isoleringsrum eller på en avskild del av vårdavdelningen. Inom den isländska barn- och ungdomspsykiatrien används särskilda isoleringsrum (*safe-rooms*) där inredningen i rummen är anpassad efter utåtagerande patienter. Avskiljningen ska endast användas kortvarigt och behörig personal ska se till så att individen övervakas med jämna mellanrum.⁵³

4.5.4 Statistik och uppföljning vad gäller tvångsåtgärder inom den slutna psykiatriska tvångsvården

I dagsläget finns inga krav på återrapportering av tvångsåtgärder till ett regionalt eller nationellt organ vilket har föranlett att Island, vid återkommande tillfällen, har fått kritik från Europarådets tortyrkommitté (CPT) vad gäller möjligheterna att följa upp användningen av tvångsåtgärder inom psykiatrien.⁵⁴ Enligt Islands svar till CPT i november 2013 framkommer att MHLSH (Mental Health Services at the Landspítali National University Hospital) nu för ett register med uppgifter som rör användningen av tvångsåtgärder inom den slutna psykiatriska tvångsvården.⁵⁵ Registret baserar sig dock endast på avvikelser vid tillämpningen av tvångsåtgärder och tillhandahåller ingen aggregerad data som kan följas upp på nationell nivå.⁵⁶

⁵¹ Möte med BUGL, 2017-04-05.

⁵² Möte med BUGL, 2017-04-05.

⁵³ Möte med BUGL, 2017-04-05.

⁵⁴ Council of Europe (2006), s. 28, Council of Europe, (2013a), s. 34.

⁵⁵ Council of Europe, (2013b), s. 30.

⁵⁶ The Government Offices of Iceland, Ministry of Welfare (2017), s. 4.

4.5.5 Enskilda klagomål och överklaganden vid psykiatrisk tvångsvård

Möjligheterna för en patient att framföra klagomål mot hälso- och sjukvården, inklusive psykiatrisk specialistverksamhet, regleras i den isländska patienträttighetslagen (Lög um réttindi sjúklinga). Där stadgas att patienten, i första hand, ska lämna synpunkter på vården till vårdgivaren (7 kap 28 §). Vårdgivaren är skyldig att vägleda och hjälpa patienten eller den som framför klagomålet eller synpunkterna å patientens vägnar. Vårdgivaren är också skyldig att utreda anmälningar där det finns misstanke om att en patients rättigheter har kränkts eller åsidosatts. Patienten ska få ett skriftligt svar på sina synpunkter/sitt klagomål så snart som möjligt efter det att klagomålet lämnades till vårdgivaren. I de fall som klagomålet berör behandlingsinsatser i hälso- och sjukvården, samt vid överklaganden om psykiatrisk tvångsvård har patienten eller dennes vårdnadshavare möjlighet att vända sig direkt till Hälso- och sjukvårdsdirektoratet som bl.a. har i uppgift att utreda enskilda klagomål från patienter.⁵⁷ Barn, eller barnets vårdnadshavare, har också möjlighet att inkomma med en anmälan till den isländska Barnombudsmannen (Umboðsmaður barna) som har i uppdrag att säkerställa att barns rättigheter efterlevs på en övergripande samhällsnivå. Barnombudsmannen hanterar inte tvister mellan enskilda men har möjlighet att ta sig an fall av mer principiell karaktär.⁵⁸ Det finns också möjlighet för en patient, eller dennes anhöriga, att överklaga ett beslut om tvångsvård direkt till berörda instanser inom domstolsväsendet.⁵⁹

4.5.6 Tillsyn över hälso- och sjukvården och de psykiatriska specialiteterna

Tillsynen över hälso- och sjukvårdens verksamheter regleras i Medical Director of Health and Public Health Act (Lög um landlaekni och lyðheilsu). Där stadgas att Hälso- och sjukvårdsdirektoratet har som huvudsakligt uppdrag att främja en högkvalitativ och säker hälso- och sjukvård för befolkningen på Island (2 §). Myndighetens ansvar innebär bl.a.

⁵⁷ www.landlaeknir.is/english/

⁵⁸ barn.is/um-embattid/upplýsingar-a-erlendum-tungumalum/enska/

⁵⁹ The Government Offices of Iceland, Ministry of Welfare (2017), s. 3.

att främja förbättringar av vårdkvaliteten, att bedriva tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal, att samla in och bearbeta data om hälso- och sjukvårdstjänsterna samt att hantera klagomål från patienter inom hälso- och sjukvården. Hälsodirektoratet ska även informera ministeriet för välfärd och andra myndighetsorgan, vårdpersonal och allmänheten om frågor som rör hälsa, förebyggande av sjukdomar och hälsofrämjande åtgärder, organisera och finansiera folkhälsoinitiativ samt utfärda legitimationer för vårdpersonal (4 §).

Vad gäller tillsynsuppdraget ska myndigheten regelbundet övervaka att hälso- och sjukvården utövas i överensstämmelse med professionell standard och i enlighet med bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Inom ramen för uppdraget har myndigheten möjlighet att framföra krav på förbättringsåtgärder från hälso- och sjukvårdens verksamheter. Om verksamheterna inte genomför de förbättringar som myndigheten föreslår ska myndigheten anmäla detta till välfärdsdepartementet som innehar möjligheten att tillfälligt eller permanent utfärda verksamhetsförbud (7 §).

5 Nulägesbeskrivning

5.1 Inledning

För att kunna utforma verkkningsfulla insatser för de barn som vårdas inom barn- och ungdomspsykiatri är en förutsättning att ha god kunskap om gruppen, både vad gäller vårdbehov och livsvillkor men också vad gäller insatser i hälso- och sjukvården. I det följande redovisas viss statistik som berör barn i öppen psykiatrisk vård, heldygnsvård och sluten psykiatrisk tvångsvård, med fokus på användningen av tvångsåtgärder. I kapitel 6 diskuterar utredningen orsaker till att tvångsåtgärder enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, tillämpas i högre utsträckning vid vård av flickor än vid vård av pojkar.

5.2 Barn och unga i Sverige

År 2015 fanns det närmare 2,3 miljoner barn i Sverige och av dessa var 1 108 369 flickor och 1 182 237 pojkar.¹ Antalet barn som föds varierar över åren och därför skiljer sig också storleken på barnkullarna åt. I dagsläget finns störst antal barn i åldrarna 5–9 år, vilket beror på att födelsetalen kring millennieskiftet avstannade något för att sedan öka på nytt.²

Antalet pojkar i respektive ålderskategori är något större än antalet flickor vilket beror på att det föds något fler pojkar varje år. Skillnaden 2015 var som störst bland 15–19-åringarna där antalet pojkar var 19 572 fler än flickorna (271 022 pojkar och 251 450 flickor).³

¹ www.statistikdatabasen.scb.se

² Statistiska Centralbyrån, SCB (2016), s. 11.

³ www.statistikdatabasen.scb.se

Under de kommande tio åren förväntas folkmängden i Sverige öka med över en miljon personer. Antalet barn beräknas öka med nästan 20 procent, dvs. med omkring 435 000 individer.⁴ Detta ställer krav på att kommuner och landsting/regioner utvecklar och organiserar sina verksamheter efter gruppens behov av vård och stöd. Även fortsättningsvis kommer det att finnas skillnader i storlek mellan åldersgrupperna vilket också ställer krav på ett flexibelt vårdutbud som är anpassat efter olika ålderskategorier.

5.3 Förekomsten av psykisk ohälsa bland barn

De allra flesta barn och unga i Sverige uppskattar sitt hälsotillstånd som gott och är i allmänhet nöjda med sin tillvaro. Emellertid har nedstämdhet, oro och sömnsvårigheter blivit allt vanligare bland barn de senaste årtiondena. Andelen barn som uppger att de har haft minst två psykiska och/eller somatiska besvär mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna har ökat, särskilt bland de äldre barnen. Mer än varannan flicka och var tredje pojke som är 15 år hade denna typ av besvär under 2013/2014. År 1985 var siffrorna 29 respektive 15 procent.⁵ Samtidigt som flickor rapporterar att de mår sämre än pojkar är det dubbelt så vanligt att unga män, i åldrarna 15–24 år, begår självmord.⁶

Att drabbas av psykisk ohälsa är vanligare bland barn och unga som tillhör en riskgrupp. Nästan ett av fem barn växer upp i en familj där den ena eller båda föräldrarna får eller har fått vård för missbruk och/eller psykisk ohälsa. För barnet kan detta få allvarliga konsekvenser för hälsa, skolgång och framtida arbetsliv. Bland de barn som har en förälder som någon gång har vårdats för psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom är det två till tre gånger så vanligt att barnet kommer att behöva psykiatrisk vård någon gång under livet.⁷

Det finns inget klart svar på varför den självrapporterade psykiska ohälsan bland barn ökar men ökningen tycks ha skett i samtliga grupper och inte bara bland de barn som är särskilt utsatta. Detta talar för att det kan ha skett förändringar i miljöer där unga vistas eller för-

⁴ Statistiska Centralbyrån, SCB (2016), s. 4–5.

⁵ Folkhälsomyndigheten (2014), s. 27.

⁶ www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/

⁷ www.anhoriga.se/stod-och-kunskap/fakta-om-anhorig/fakta-om-barn-som-anhoriga/

ändringar på samhällelig nivå som har påverkat utvecklingen av den psykiska ohälsan i negativ riktning.⁸ Att allt fler barn och ungdomar rapporterar psykiska besvär såsom oro, ångest, eller sömnsvårigheter är allvarligt då det ökar riskerna för självmordsförsök, skador och olyckor liksom för senare psykisk sjukdom.⁹ Det finns också ett samband mellan tidiga självrapporterade psykiska besvär och framtida problem med försörjning, familjebildning och försämrade möjligheter att etablera sig i samhället. Förekomsten av symtom på psykisk ohälsa i barn- och ungdomsåldern kan också leda till en lägre utbildningsnivå i vuxen ålder och ökar riskerna för att längre fram i livet behöva psykiatrisk sjukhusvård.¹⁰

5.4 Vilka är de barn som är i behov av insatser från barn- och ungdomspsykiatrin?

De barn som kommer i kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin är en heterogen grupp med olika bakgrund och livsvillkor. Gemensamt för gruppen är dock att den består av individer som under kortare eller längre perioder i livet är i behov av särskilt stöd, vård och behandling från hälso- och sjukvården och/eller andra samhällsaktörer.

Anledningen till att ett barn blir föremål för insatser inom barn- och ungdomspsykiatrin är inte sällan en kombination av medicinska och psykosociala faktorer. Många av de barn och ungdomar som uppvisar tecken på psykisk ohälsa har också problem av social karaktär.

Mellan 10 och 15 procent av alla barn och ungdomar i Sverige söker barnpsykiatrisk konsultation någon gång under uppväxten.¹¹ En del av dessa barn kan ges en tydlig diagnos baserad på symptom enligt operationella definitioner i internationella klassifikationer medan andra har mindre tydliga tillstånd och söker hjälp på grund av t.ex. relationsproblem eller psykosomatiska besvär. Det kan handla om mindre barn vars föräldrar sviktar i omsorgen om barnet eller om ungdomar som uppvisar riskbeteenden i form av aggressivitet, miss-

⁸ Socialstyrelsen (2013b), s. 8.

⁹ Socialstyrelsen (2013b), s. 8.

¹⁰ Socialstyrelsen (2013b), s. 8.

¹¹ Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén (SOU 2005:81), s. 244.

bruk, skolfrånvaro, koncentrationssvårigheter eller andra former av socialt nedbrytande beteende.¹²

En mindre del av de barn som kommer i kontakt med barn- och ungdomspsykiatri har en mer omfattande och komplicerad problematik. Det rör sig i huvudsak om barn som uppvisar symtom på en så allvarlig psykisk ohälsa att de behöver vårdas inom den psykiatriska slutenvården¹³ på en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik och om barn som motsätter sig frivillig vård och som vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT.

Inom barn- och ungdomspsykiatri finns också en grupp barn som är i behov av insatser från flera huvudmän. De barn som är placerade på hem för vård och boende (HVB) eller inom den statliga institutionsvården (SiS) har inte sällan någon form av psykisk ohälsa eller psykiatrisk problematik i kombination med andra svårigheter.¹⁴

5.5 Hur är vården inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) organiserad?

5.5.1 Huvudmännens ansvar

Landstingens ansvar för hälso- och sjukvård regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Enligt 8 kap. 1 § HSL ska landstinget erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget. Med hälso- och sjukvård avses enligt 2 kap. 1 § HSL bl.a. åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Kraven på god hälso- och sjukvård innebär enligt 5 kap. 1 § HSL bl.a. att vården ska vara av god kvalitet, att den ska ha en god hygienisk standard samt att den ska tillgodose patientens behov av trygghet i vården.

HSL är en målinriktad ramlag som ger långtgående möjligheter för landsting och kommuner att själva organisera den vård och omsorg som ges. Skälet till detta är bl.a. att huvudmännen, med utgångspunkt i den kommunala självstyrelsen, ska ha en viss frihet att utforma

¹² Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100), s. 355.

¹³ I följande kapitel används begreppet slutenvård, också kallat heldygnsvård, för att beteckna frivillig vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, och psykiatrisk tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, då begreppet slutenvård används i Socialstyrelsens patientregister (PAR).

¹⁴ Utredningen om tvångsvård för barn och unga (SOU 2015:71), s. 800 ff.

insatserna utifrån lokala- och regionala behov och förutsättningar. Vården är därför organiserad på olika sätt över landet.

5.5.2 Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är en specialistverksamhet inom hälso- och sjukvården för barn upp till 18 år som behöver psykiatrisk vård. Inom barn- och ungdomspsykiatri bedrivs såväl öppen psykiatrisk vård som psykiatrisk slutenvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, samt sluten psykiatrisk tvångsvård, enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT.

Till barn- och ungdomspsykiatriens *öppenvård* vänder sig barn som mår dåligt psykiskt och/eller är i behov av extra stöd. Inom den psykiatriska öppenvården kan barn få hjälp med problem som t.ex. berör bråk och konflikter i familjen, koncentrationssvårigheter, ångest, depression eller ätstörningar samt utredning av neuro-psykiatriska tillstånd. Den vanligaste behandlingsformen inom barn- och ungdomspsykiatri är olika sorters samtal men om det behövs kan barn också behandlas med läkemedel.¹⁵ Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar finns i hela landet, främst i form av så kallade öppna mottagningar dit man kommer på förbokade besök, men också i form av akutmottagningar dit barn eller deras föräldrar kan vända sig om barnet behöver direkt eller omedelbar hjälp.¹⁶ I de flesta landsting och regioner krävs ingen remiss för att komma till barn- och ungdomspsykiatriens öppenvårds- eller akutmottagningar.

På flera håll i landet finns också en vårdform som kallas *mellanvård*. Mellanvårdsmottagningarna samarbetar i allmänhet med de lokala öppenvårdsmottagningarna inom barn- och ungdomspsykiatri när mer intensiv behandling behövs. Mellanvården arbetar ofta på öppenvårdens uppdrag med utåtriktat arbete, till exempel med specialanpassade behandlingsinsatser i barnets hem- eller närmiljö.¹⁷

¹⁵ www.1177.se/Stockholm/Tema/Barn-och-foraldrar/Barn-i-varden/Barn--och-ungdomspsykiatri-BUP/om-barn-och-ungdomspsykiatri-bup/

¹⁶ www.1177.se/Stockholm/Tema/Barn-och-foraldrar/Barn-i-varden/Barn--och-ungdomspsykiatri-BUP/om-barn-och-ungdomspsykiatri-bup/

¹⁷ www.bup.se/sv/Hitta-Mottagning/Mellanvard/

Barn- och ungdomspsykiatrins slutenvård tar emot patienter som behöver omfattande och avancerad omvårdnad till följd av psykiatriska besvär och/eller tillstånd. Det kan vara barn som riskerar att skada sig själva eller fara väldigt illa om de inte får hjälp under strukturerade former. En del av denna vård bedrivs som psykiatrisk tvångsvård.

Psykiatrisk *tvångsvård* av barn och ungdomar får endast ges om de förutsättningar som anges i 3 § LPT är uppfyllda, dvs. att patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. För att psykiatrisk tvångsvård ska komma ifråga krävs därutöver att patienten motsätter sig frivillig vård eller att det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med patientens samtycke.

5.6 Statistik och datainsamling

Inom ramen för uppdraget har utredningen begärt in uppgifter från Socialstyrelsens patientregister om barn i psykiatrisk öppenvård, slutenvård och sluten psykiatrisk tvångsvård. Statistiken gäller för år 2015 respektive 2016 och rör barn upp till 18 år.

Statistiken som berör tvångsvård och tvångsåtgärder baserar sig på de barn som vårdats enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV. Statistiken vad gäller vård enligt LPT och vård enligt LRV redovisas gemensamt då dessa vårdformer inte har isolerats från varandra i den statistik som utredningen har begärt in från Socialstyrelsen.

Såväl den öppna som den slutna hälso- och sjukvården har en lagstadgad uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister, med undantag för primärvården. Inrapporteringen till patientregistret gäller enbart vård given av läkare och har sedan 2015 rapporterats in månatligen.¹⁸ I inrapporteringen till patientregistret ingår flera upp-

¹⁸ Förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen. Från den 15 mars 2017 gäller att personuppgifter som rör patienter som behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården ska få behandlas i Socialstyrelsens patientregister.

gifter om patienten, däribland ålder, kön, diagnos, vårdform samt antal genomförda tvångsåtgärder.

Sedan 2009 rapporteras de vårdtillfällen som innehåller vård enligt LPT in i en separat del av patientregistret. Detta gör det möjligt att se om det inrapporterade vårdtillfället består av frivillig vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, eller av tvångsvård enligt LPT.¹⁹

Det finns vissa brister i kvaliteten på de uppgifter som berör tvångsvården i patientregistret. Förutom brister i själva inrapporteringen är underlaget, till följd av att antalet barn i tvångsvården är förhållandevis få, särskilt känsligt för bortfall. Detta innebär också att varje enskild patient och/eller åtgärd har stor påverkan på statistiken. Socialstyrelsen bedömer att statistiken successivt har förbättrats sedan 2009 även om det fortfarande kan finnas en underskattning av antalet patienter i tvångsvården. Detsamma gäller för antalet tvångsåtgärder, där underrapporteringen bedöms vara större.²⁰ Vad gäller uppgifterna som berör tvångsvården i sin helhet är dessa, enligt Socialstyrelsen, föremål för samma typer av brister i t.ex. kvalitet som övriga uppgifter i patientregistret.²¹ Uppgifterna för 2016 är preliminära vilket innebär att de kan komma att skilja sig något från uppgifterna i Socialstyrelsens statistikdatabas kring psykiatrisk tvångsvård och tvångsåtgärder. Statistiken i denna sammanställning avser *antalet patienter under 18 år som avslutats under året* och skiljer sig också av det skälet från Socialstyrelsens statistikdatabas där siffrorna utgår från *antal patienter som fått vård enligt en vald vårdform minst ett dygn under ett vårdtillfälle som varat minst en dag under ett givet år*.

Mellan 2009 och 2016 har antalet rapporterade patienter och antalet rapporterade tvångsåtgärder enligt LPT ökat. Detta ska dock inte tolkas som en reell ökning utan beror, enligt Socialstyrelsen, på en förbättrad inrapportering till patientregistret från vårdgivarna. Av detta skäl lämpar sig inte uppgifterna i patientregistret för att visa på trender eller för att göra komparativa jämförelser.²² Bristen på tillförlitliga data från tidigare år har medfört att utredningen har valt att

¹⁹ www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/historik

²⁰ www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/psykiatrisktvangsvard

²¹ www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/psykiatrisktvangsvard

²² www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/psykiatrisktvangsvard

endast undantagsvis redovisa serier vad gäller tvångsvårdens och tvångsåtgärdernas utveckling över tid.

5.7 Barn i psykiatrisk öppenvård, slutenvård och psykiatrisk tvångsvård

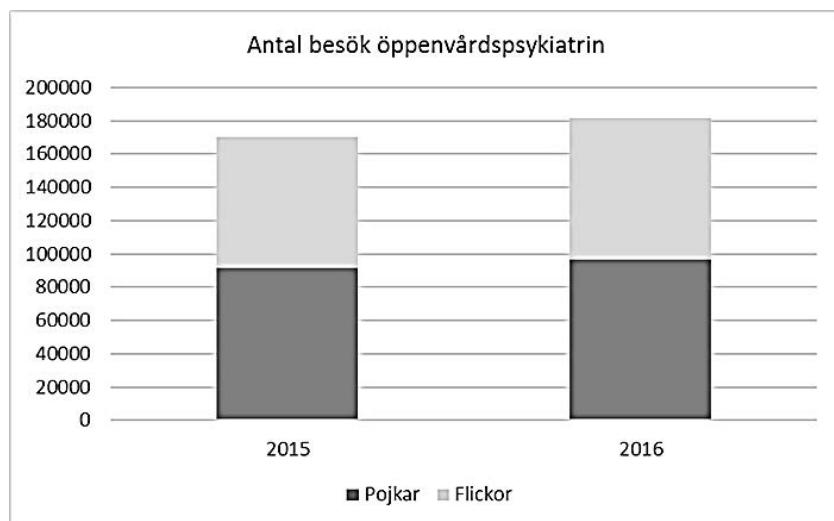
5.7.1 Barn i psykiatrisk öppenvård

De allra flesta barn har inte någon kontakt med den barn- och ungdomspsykiatriska vården. Under 2016 gjordes 181 606 besök hos en läkare i någon form av psykiatrisk öppenvårdsverksamhet, varav 96 627 besök (53 procent) gjordes av pojkar och 84 977 besök (47 procent) av flickor.²³ I jämförelse med 2015 är detta en ökning med 11 105 besök, 5 240 besök för pojkar och 5 949 besök för flickor (se diagram 5.1).

9 av 10 besök gjordes på en barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvårdsmottagning medan 1 av 10 besök gjordes i annan typ av verksamhet, t.ex. inom vuxenpsykiatrin.

²³ De vårdtillfällen där kön inte har redovisats till Socialstyrelsens patientregister medräknas ej.

Figur 5.1 Antal besök i den psykiatriska öppenvården under 2015 och 2016 (totalt samt pojkar respektive flickor)

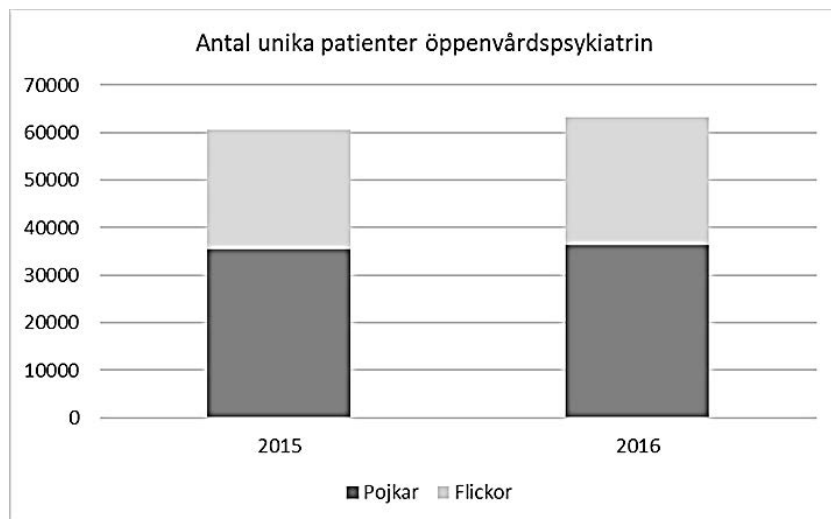


Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Antalet barn som hade kontakt med den specialiserade psykiatriska öppenvården ökade något under 2016 jämfört med 2015. Ökningen följer den trend som kan ses inom hälso- och sjukvården generellt dvs. att antalet unika patienter i öppenvården tenderar att bli fler över tid.

Under 2016 var det totalt 63 274 unika patienter som besökte en läkare i den specialiserade öppenvården. Av dessa var 36 381 pojkar, (57 procent) och 26 893 flickor (43 procent). Detta är en ökning sedan 2015 med 2 640 unika patienter, 889 pojkar och 1 751 flickor (se diagram 5.2).

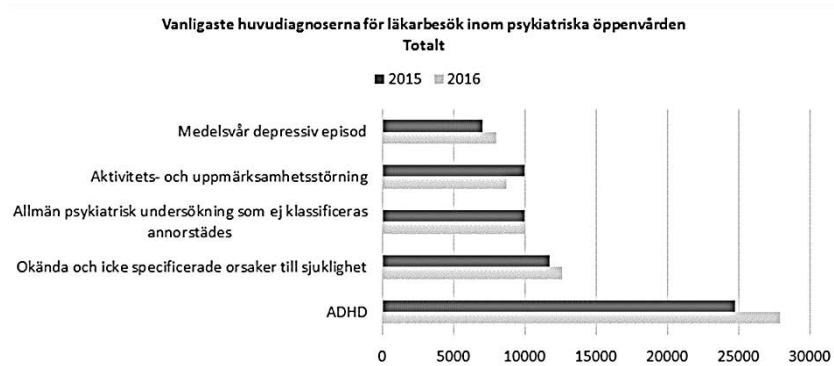
Figur 5.2 **Antal unika patienter i den psykiatriska öppenvården under 2015 och 2016 (totalt samt pojkar respektive flickor)**



Källa: Socialstyrelsens patientregister.

De vanligaste huvuddiagnoserna vid besök hos en läkare i den psykiatriska öppenvården för pojkar och flickor var adhd, med 27 958 klassificerade diagnoser, följt av okända och icke specificerade orsaker till sjuklighet, med 12 647 klassificerade diagnoser, samt allmänna psykiatriska undersökningar som ej klassificeras annorstädes, med 10 011 klassificerade diagnoser (se diagram 5.3). Den vanligaste huvuddiagnosen var adhd som har ökat något såväl bland pojkar som bland flickor sedan 2015 (se diagram 5.4 och 5.5).

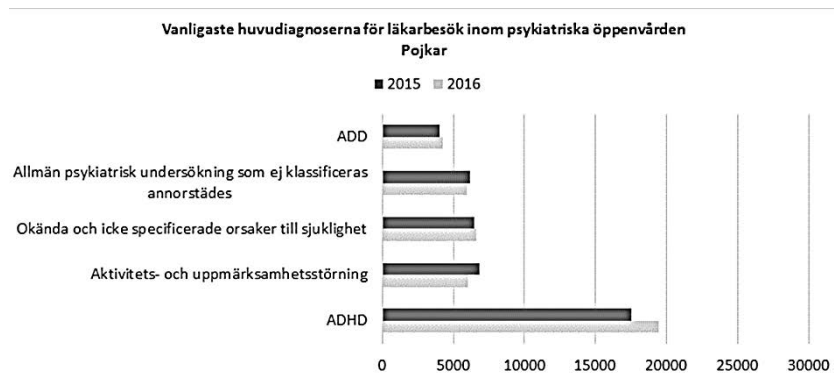
Figur 5.3 De fem vanligaste huvuddiagnoserna vid läkarbesök i den psykiatriska öppenvården under 2015 och 2016 (totalt)



Källa: Socialstyrelsens patientregister.

De vanligaste huvuddiagnoserna bland pojkar i den psykiatriska öppenvården var adhd, med 19 474 klassificerade diagnoser, följt av okända och icke specificerade orsaker till sjuklighet, med 6 614 klassificerade diagnoser och aktivitets- och uppmärksamhetsstörning, med 6 026 klassificerade diagnoser (se diagram 5.4). Den huvuddiagnos som har ökat mest bland pojkar sedan 2015 är adhd. Mellan 2015 och 2016 ökade antalet klassificerade adhd-diagnoser bland pojkar med 1 912 stycken.

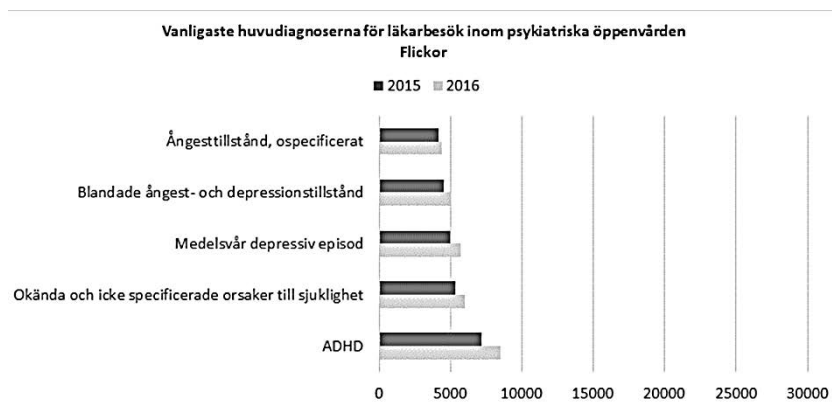
Figur 5.4 De fem vanligaste huvuddiagnoserna vid läkarbesök i den psykiatriska öppenvården under 2015 och 2016 (pojkar)



Källa: Socialstyrelsens patientregister.

De vanligaste huvuddiagnoserna vid läkarbesök i den psykiatriska öppenvården bland flickor var adhd, med 8 484 klassificerade diagnoser, följt av okända och icke-specificerade orsaker till sjuklighet, med 6 033 klassificerade diagnoser, samt medelsvår depressiv episod, med 5 709 klassificerade diagnoser (se diagram 5.5). Även för flickor är adhd den huvuddiagnos som har ökat mest inom den psykiatriska öppenvården sedan 2015.

Figur 5.5 De fem vanligaste huvuddiagnoserna vid läkarbesök i den psykiatriska öppenvården under 2015 och 2016 (flickor)



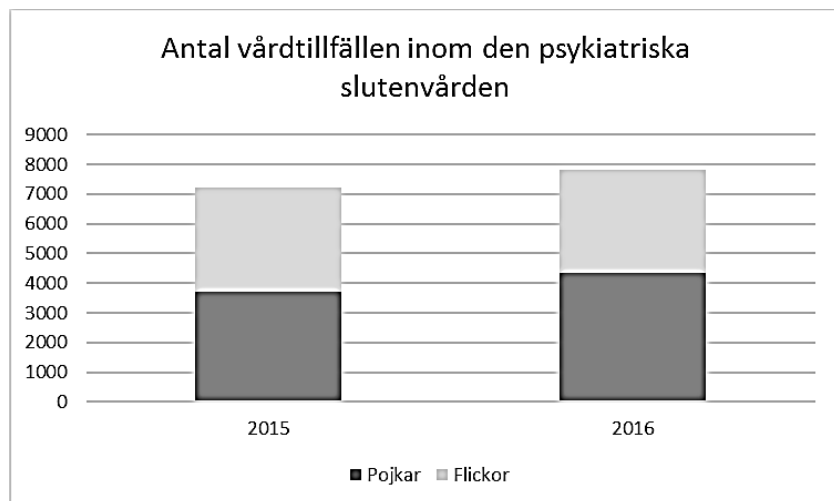
Källa: Socialstyrelsens patientregister.

5.7.2 Barn i psykiatrisk slutenvård

Nästan nio av tio barn som vårdades i den psykiatriska slutenvården under 2016 vårdades frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Under 2016 genomfördes 7 928 vårdtillfällen i den psykiatriska slutenvården, varav 4 341 tillfällen (cirka 55 procent) rörde pojkar och 3 478 tillfällen (cirka 45 procent) rörde flickor (se diagram 5.6).²⁴ Pojkarna hade något fler vårdtillfällen än flickorna, vilket innebär att pojkarna varit inskrivna i slutenvården mer än en gång under året.

²⁴ De vårdtillfällen där kön inte har redovisats till Socialstyrelsens patientregister medräknas ej.

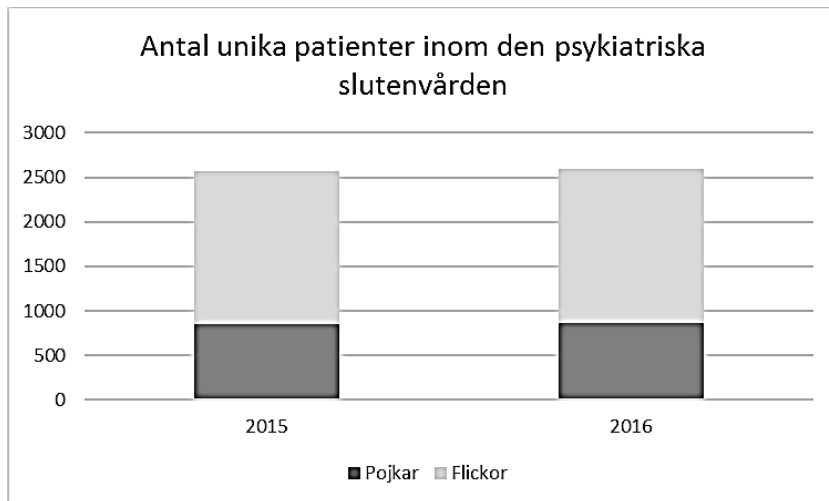
Figur 5.6 Antal vårdtillfällen i den psykiatriska slutenvården enligt HSL under 2015 och 2016 (totalt samt pojkar respektive flickor)



Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Då en och samma patient kan vara inlagd i den psykiatriska slutenvården mer än en gång under ett års tid är antalet vårdtillfällen större än antalet patienter. Under 2016 var det totalt 2 597 unika patienter som vårdades i den psykiatriska slutenvården. Av dessa var 860 pojkar (33 procent) och 1 737 flickor (67 procent) (se diagram 5.7). Antalet patienter i slutenvården förändrades endast marginellt mellan 2015 och 2016.

Figur 5.7 Antal unika patienter i den psykiatriska slutenvården enligt HSL under 2015 och 2016 (totalt samt pojkar respektive flickor)

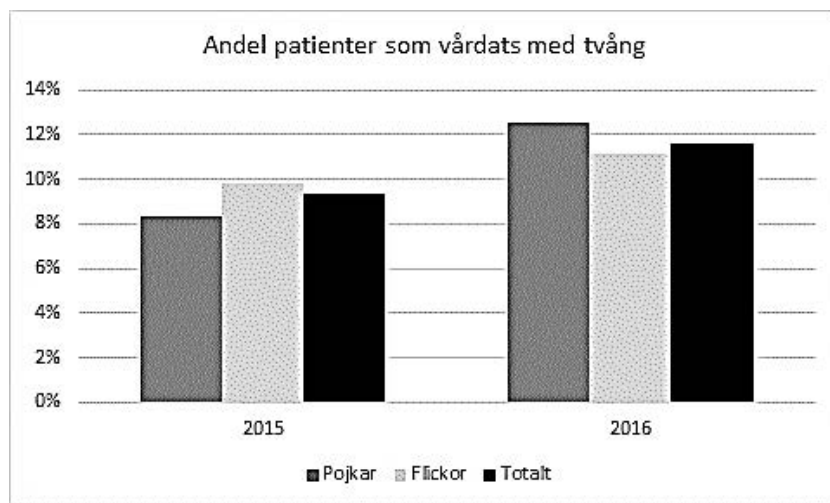


Källa: Socialstyrelsens patientregister.

5.7.3 Barn i sluten psykiatrisk tvångsvård

Endast en mindre andel av de patienter under 18 år som vårdades i den psykiatriska slutenvården under 2016, 12 procent, vårdades med tvång enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT. Andelen pojkar i slutenvården som vårdats med tvång under 2016 var 12,5 procent och motsvarande siffra för flickor var 11 procent. Detta är en skillnad från närmast föregående år då andelen flickor som vårdades med tvång i den slutna psykiatriska tvångsvården var större än andelen pojkar (se diagram 5.8).

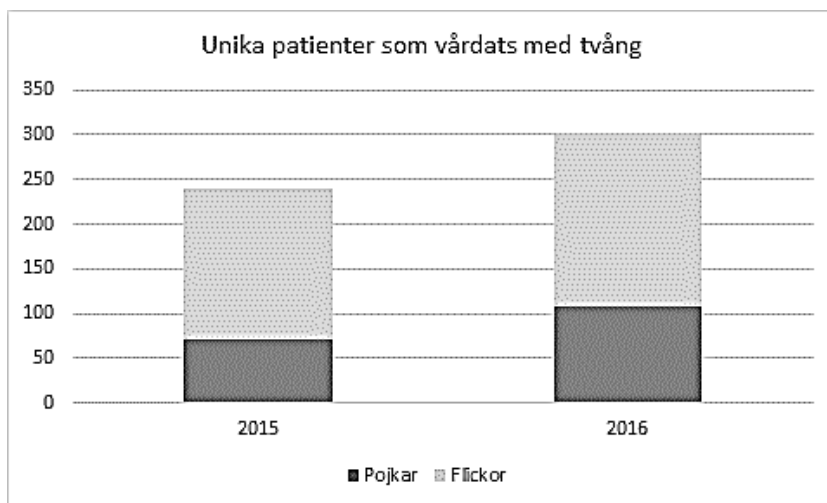
Figur 5.8 Andel patienter som vårdats i den slutna psykiatriska tvångsvården under 2015 och 2016 (totalt samt pojkar respektive flickor)



Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Under 2016 vårdades 302 barn under 18 år i den slutna psykiatriska tvångsvården. Av dessa var 108 pojkar (36 procent) och 194 flickor (64 procent). Detta är en ökning sedan 2015 med 62 individer, pojkar stod för huvuddelen av ökningen. (se diagram 5.9).

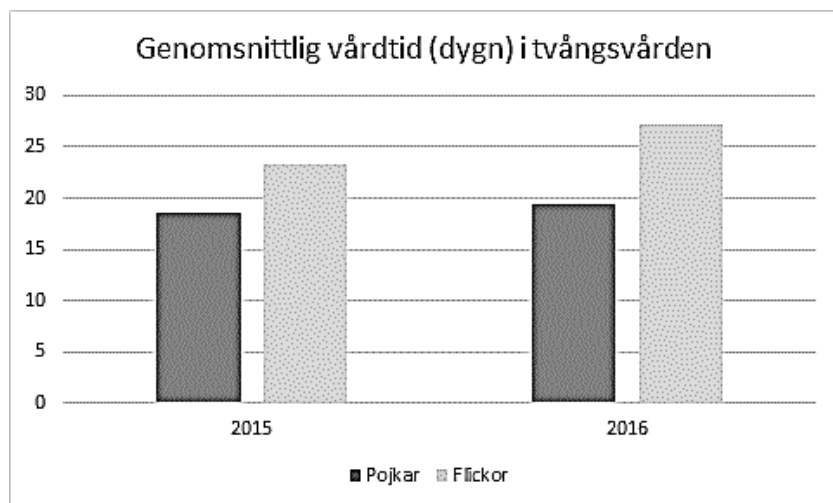
Figur 5.9 Antal unika patienter som vårdats i den slutna psykiatriska tvångsvården under 2015 och 2016 (totalt samt pojkar respektive flickor)



Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Den genomsnittliga vårdtiden i psykiatrisk tvångsvård 2016 var 24,5 dygn, 19,5 dygn för pojkar och 27 dygn för flickor. Antalet vård-dygn har i genomsnitt ökat med 2,32 dygn från 2015 till 2016. De genomsnittliga vårdtiderna har ökat såväl bland pojkar som bland flickor, dock mest för flickorna som i snitt vårdades nära fyra dygn längre 2016. (se diagram 5.10).

Figur 5.10 Genomsnittlig vårdtid i den slutna psykiatriska tvångsvården (i dygn) under 2015 och 2016 (totalt samt pojkar respektive flickor)

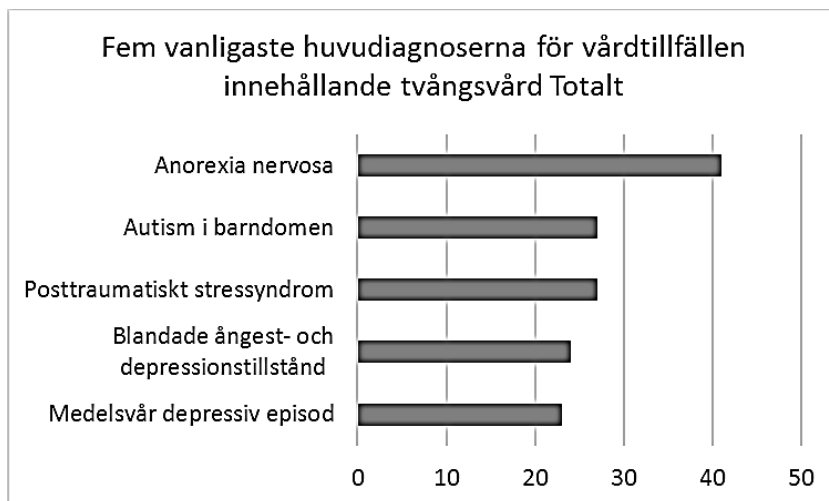


Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Den vanligaste huvuddiagnosen vid vårdtillfällen i den slutna psykiatriska tvångsvården för flickor och pojkar sammantaget var anorexia nervosa, med 41 vårdtillfällen, följt av autism i barndomen och post-traumatiskt stressyndrom (PTSD), med 27 vårdtillfällen per diagnos, samt blandade ångest- och depressionstillstånd, med 24 vårdtillfällen (se diagram 5.11).²⁵

²⁵ De vårdtillfällen där huvuddiagnos inte har redovisats till Socialstyrelsens patientregister medräknas ej.

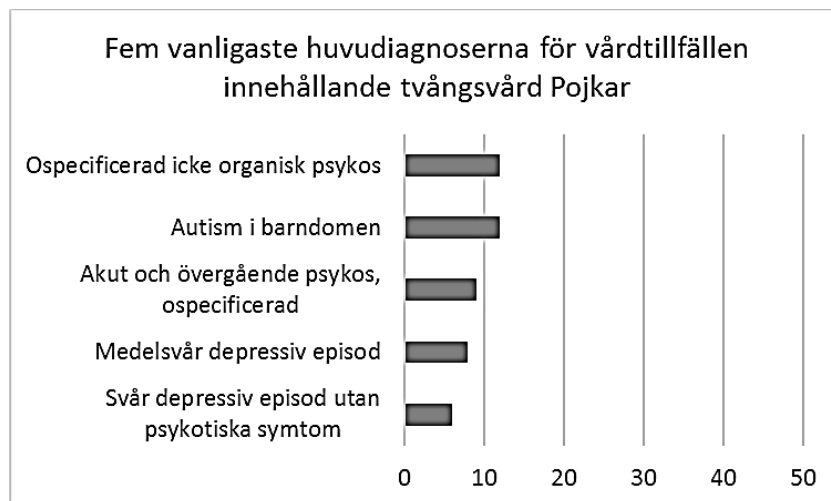
Figur 5.11 De fem vanligaste huvuddiagnoserna för vårdtillfällen innehållande tvångsvård under 2016 (totalt)



Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Bland pojkar var ospecificerad icke-organisk psykos samt autism i barndomen de vanligaste huvuddiagnoserna vid vårdtillfällen innehållande tvångsvård, med 12 vårdtillfällen per diagnos, följt av akut och övergående psykos (ospecificerad), med 9 vårdtillfällen, samt medelsvår depressiv episod, med 8 vårdtillfällen (se diagram 5.12).

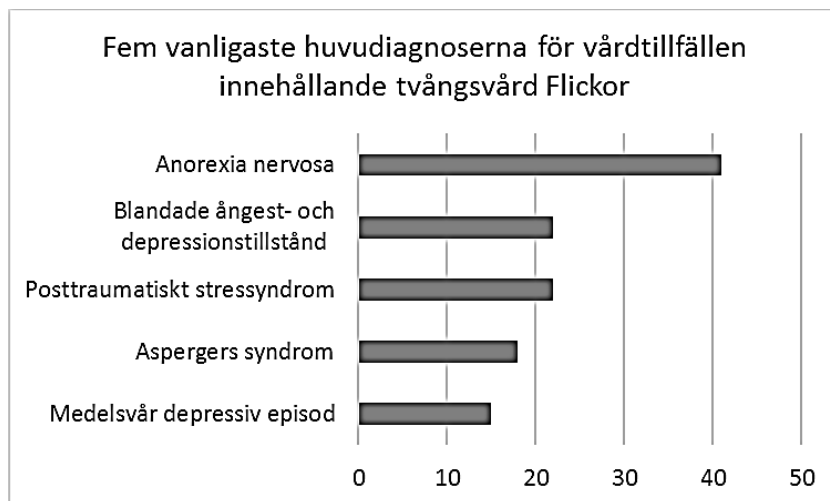
Figur 5.12 De fem vanligaste huvuddiagnoserna för vårdtillfällen innehållande tvångsvård under 2016 (pojkar)



Källa: Socialstyrelsens patientregister.

För flickor var den vanligaste huvuddiagnosen vid vårdtillfällen innehållande tvångsvård anorexia nervosa, med 41 vårdtillfällen, följt av blandade ångest- och depressionstillstånd och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) med 22 vårdtillfällen per diagnos samt aspergers syndrom med 18 vårdtillfällen (se diagram 5.13).

Figur 5.13 De fem vanligaste huvuddiagnoserna för vårdtillfällen innehållande tvångsvård under 2016 (flickor)



Källa: Socialstyrelsens patientregister.

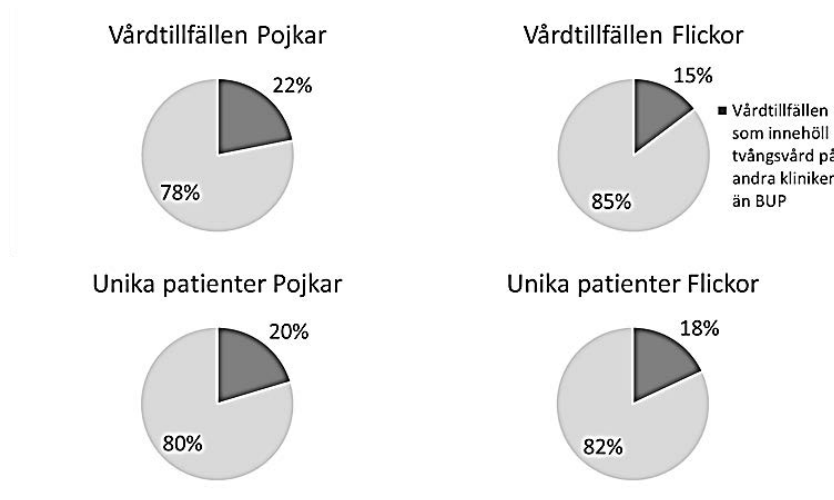
Som framgår av diagram 5.12 och 5.13 vårdas pojkar och flickor inom den slutna psykiatriska tvångsvården i stor utsträckning för olika psykiatriska sjukdomar/tillstånd. Medan det är vanligare att pojkar vårdas för t.ex. psykossjukdomar och autism är det vanligare bland flickor att vårdas för ätstörningsproblematik och depressions- och ångesttillstånd.

5.7.4 Vårdtillfällen i psykiatrisk tvångsvård på andra kliniker än inom barn- och ungdomspsykiatri

Alla barn som vårdas i den slutna psykiatriska tvångsvården vårdas inte inom barn- och ungdomspsykiatri. Under 2016 vårdades 81 procent av barnen i den slutna psykiatriska tvångsvården på en barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning. Resterande 19 procent vårdades på avdelningar som inte tillhör barn- och ungdomspsykiatri, t.ex. inom vuxenpsykiatri, på barnmedicinsk avdelning eller inom missbruks- och beroendevården. Av de 57 barn som vårdades på en annan klinik än inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) var 22 pojkar och 35 flickor. Vad gäller pojkarna genomfördes 30 vårdtillfällen, 22 procent, på en annan avdelning än inom barn- och ung-

domspsykiatri och för flickorna var motsvarande siffra 50 vårdtillfällen, 15 procent (se diagram 5.14).

Figur 5.14 Andel vårdtillfällen samt andel unika patienter som har tvångsvårdats på andra kliniker än inom BUP under 2016 (pojkar respektive flickor)



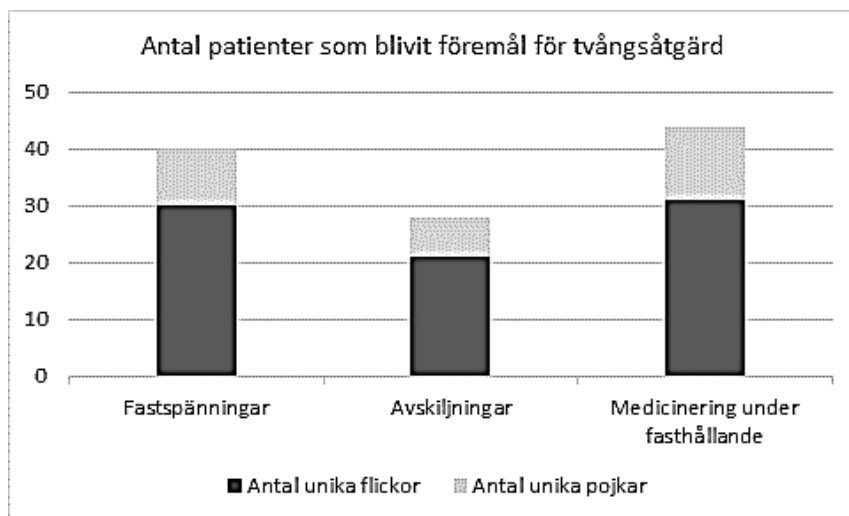
Källa: Socialstyrelsens patientregister.

5.8 Tvångsåtgärder i psykiatrisk tvångsvård

Enligt 18–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT och 8 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, finns möjligheter för vårdpersonalen att, under särskilda förutsättningar, vidta vissa tvångsåtgärder mot de patienter som vårdas i den slutna psykiatriska tvångsvården.

Under 2016 var läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande den vanligaste åtgärden såväl bland flickor som bland pojkar räknat i åtgärder per unik individ. Under 2016 utfördes åtgärden på 13 pojkar och vid 31 flickor. Den näst vanligaste tvångsåtgärden under 2016 var fastspänning med bälte eller liknande anordning, där 10 pojkar och 30 flickor blev föremål för åtgärden, följt av avskiljning som utfördes på 7 pojkar och 21 flickor (se diagram 5.15).

Figur 5.15 Antal unika patienter i den psykiatriska tvångsvården som har blivit föremål för en tvångsåtgärd under 2016 (totalt samt pojkar respektive flickor)



Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Antalet tvångsåtgärder är större än antalet unika patienter då varje unik patient kan bli föremål för fler än en tvångsåtgärd vid varje enskilt vårdtillfälle. Av de tvångsåtgärder som rapporterats in till patientregistret under 2016 var läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande den vanligaste tvångsåtgärden räknat i antal åtgärder, med 294 åtgärder under året. Därefter följde fastspänning med bälte eller liknande anordning som genomfördes vid 228 tillfällen, och avskiljning som förekom 153 gånger (se diagram 5.16).

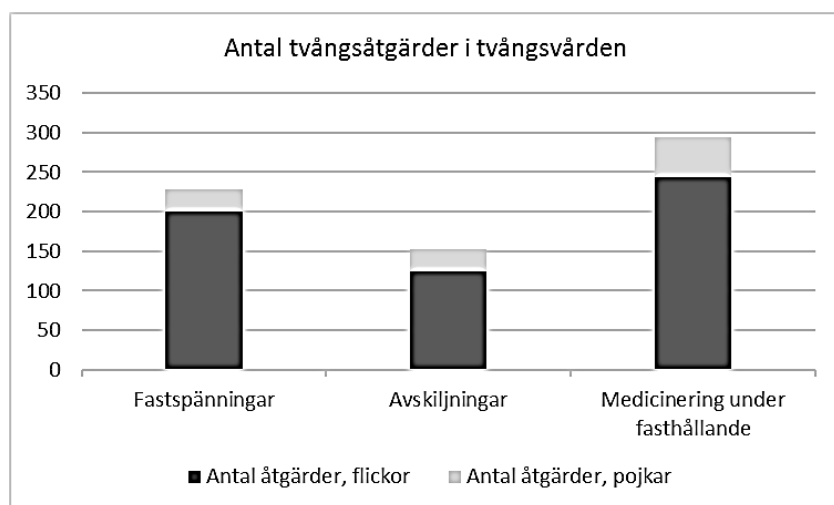
För pojkar var läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande den vanligaste tvångsåtgärden (51 åtgärder), följt av avskiljning (29 åtgärder) och fastspänning (28 åtgärder). För flickor var läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande vanligast (243 åtgärder), följt av fastspänning (200 åtgärder) och avskiljning (124 åtgärder).

De minst vanligt förekommande åtgärderna under 2016, såväl bland flickor som bland pojkar, var beslagtagande av egendom som inte rapporterats in till Socialstyrelsens patientregister vid något tillfälle samt inskränkningar i elektronisk kommunikation med fem inrapporterade åtgärder, samtliga inskränkningar berörde flickor.

Övriga tvångsåtgärder, t.ex. kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning, redovisas inte i Socialstyrelsen statistik kring tvångsvård och tvångsåtgärder.

Antalet tvångsåtgärdestillfällen räknat på totalt antal utförda tvångsåtgärder i den slutna psykiatriska tvångsvården under 2016 var betydligt fler bland flickorna än bland pojkarna. Flickor blev föremål för 572 åtgärder, 84 procent, medan motsvarande siffra för pojkar var 108 åtgärder, 16 procent (se diagram 5.16).

Figur 5.16 Antal tvångsåtgärder i den slutna psykiatriska tvångsvården under 2016 (totalt samt pojkar respektive flickor)

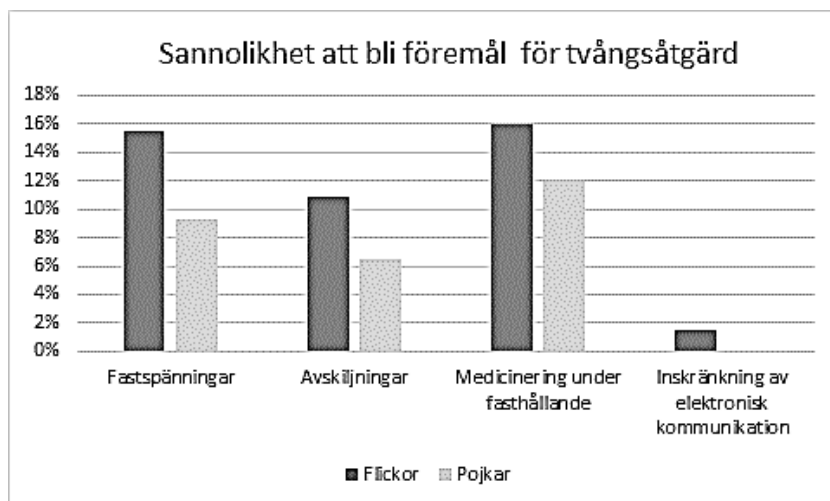


Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Utifrån uppgifterna i Socialstyrelsens patientregister är det endast möjligt att beräkna fördelningen mellan pojkar respektive flickor vad gäller en specifik tvångsåtgärd. Samtliga tvångsåtgärder var vanligare bland flickor än bland pojkar under 2016. Vad gäller läkemedelstillsförel under fastspänning eller fasthållande genomfördes åtgärden på 15,9 procent av flickorna under 2016 och för pojkarna var motsvarande siffra 12 procent. Samma mönster kan urskiljas vad gäller fastspänning där 15,4 procent av flickorna blev föremål för åtgärden under 2016 jämfört med 9,2 procent av pojkarna samt vad gäller avskiljning där åtgärden utfördes på 10,8 procent av flickorna jämfört

med 6 procent av pojkarna (se diagram 5.17). Även om statistiken bör tolkas med försiktighet då sannolikheten att utsättas för en tvångsåtgärd generellt inte går att beräkna utifrån de uppgifter som finns i Socialstyrelsens patientregister överensstämmer resultaten med tidigare kartläggningar inom området där flickor har konstaterats vara överrepresenterade vad gäller antalet utförda tvångsåtgärder i den slutna psykiatriska tvångsvården.²⁶

Figur 5.17 Sannolikheten att ha blivit föremål för en tvångsåtgärd under 2016 (pojkar respektive flickor)

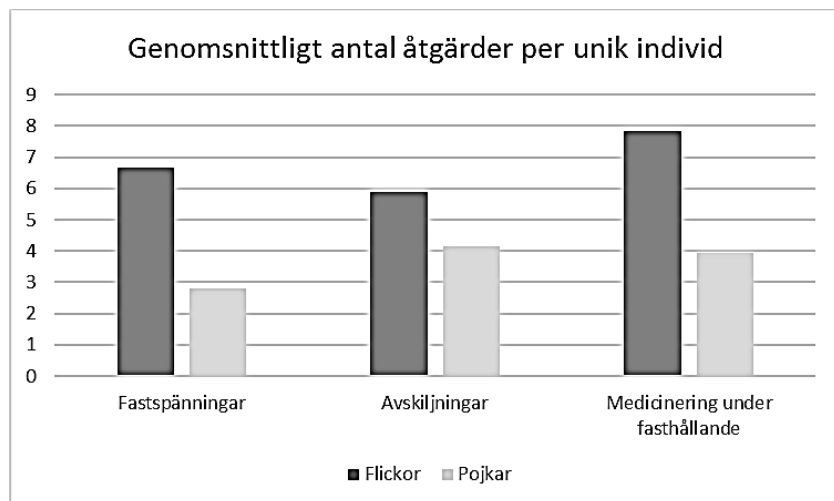


Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Av statistiken framgår också att flickor blir föremål för ett större antal tvångsåtgärder per unik individ än vad det är bland pojkar, räknat på genomsnittligt antal åtgärder. Vad gäller läkemedeltillförsel under fasthållande under 2016 var det genomsnittliga antalet åtgärder per unik individ för flickor 7,83 åtgärder och för pojkar 3,92 åtgärder. Samma mönster uppvisas vad gäller fastspänning där det genomsnittliga antalet åtgärder var 6,66 för flickor och 2,8 för pojkar, samt vad gäller avskiljning, där det genomsnittliga antalet åtgärder var 5,9 för flickor och 4,14 för pojkar (se diagram 5.18).

²⁶ Se t.ex. Socialstyrelsen (2015).

Figur 5.18 Genomsnittligt antal tvångsåtgärder per unik individ under 2016 (pojkar respektive flickor)



Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Mot bakgrund av uppgifterna i Socialstyrelsens patientregister går det således att konstatera att varje enskild tvångsåtgärd i den slutna psykiatriska tvångsvården var vanligare bland flickor än bland pojkar under 2016 samt att flickor blir föremål för fler tvångsåtgärder per unik individ. Statistiken i patientregistret besvarar dock inte frågan om hur sannolikt det är att utsättas för en tvångsåtgärd generellt och inte heller hur många åtgärder som genomfördes på varje unik flicka respektive pojke under ett specifikt vårdtillfälle.

5.9 Sammanfattning

- Antalet barn som hade kontakt med den specialiserade psykiatriska öppenvården på grund av psykisk ohälsa fortsatte att öka något under 2016. Ökningen följer den trend som kan ses inom hälso- och sjukvården generellt dvs. att antalet unika patienter i öppenvården tenderar att bli fler över tid.
- Under 2016 gjorde barn 181 606 besök hos en läkare i någon form av psykiatrisk öppenvårdsverksamhet, varav 96 627 besök,

53 procent, gjordes av pojkar och 84 977 besök, 47 procent, gjordes av flickor.

- Då en och samma patient kan besöka den psykiatriska öppenvården fler än en gång under året är antalet besök större än antalet besökare. Under 2016 var det totalt 63 274 unika patienter som besökte en läkare i den specialiserade öppenvården. Av dessa var 36 381 pojkar, 57 procent, och 26 893 flickor, 43 procent
- Det är vanligare att pojkar besöker den specialiserade psykiatriska öppenvården. Pojkar genomför också något fler besök per unik individ.
- De vanligaste huvuddiagnoserna vid läkarbesök i den öppna psykiatriska vården under 2016 för både pojkar och flickor var adhd, följt av okända och icke specificerade orsaker till sjuklighet, samt allmänna psykiatriska undersökningar som ej klassificeras annorstädes. Den vanligaste huvuddiagnosen var adhd som har ökat något såväl bland pojkar som bland flickor sedan 2015.
- De allra flesta patienter som vårdades i den psykiatriska slutenvården under 2016, 88 procent, vårdades frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Under 2016 var det totalt 2 597 unika patienter som vårdades i den psykiatriska slutenvården. Av dessa var 860 pojkar, 33 procent, och 1 737 flickor, 67 procent. Pojkarna hade något fler vårdtillfällen än flickorna, vilket innebär att de varit inskrivna i slutenvården fler än en gång under året.
- Under 2016 vårdades 302 barn under 18 år i den slutna barn- och ungdomspsykiatriska tvångsvården. Av dessa barn var 108 pojkar, 36 procent, och 194 flickor, 64 procent.
- Andelen pojkar i slutenvården som vårdats med tvång under 2016 var 12,5 procent, motsvarande siffra för flickor var 11 procent. Detta är en skillnad från närmast föregående år då andelen flickor som vårdades med tvång i den slutna psykiatriska tvångsvården var större än andelen pojkar.
- Den genomsnittliga vårdtiden för vårdtillfällen i den slutna psykiatriska tvångsvården var 24,5 dygn under 2016, 19,45 dygn för pojkar och 27,14 dygn för flickor. De genomsnittliga vård-

tiderna har ökat såväl bland pojkar som bland flickor sedan 2015, dock främst bland flickorna.

- Den vanligaste huvuddiagnosen vid vårdtillfällen i den slutna psykiatriska tvångsvården under 2016 var anorexia nervosa, följt av autism i barndomen och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) samt blandade ångest- och depressionstillstånd.
- Bland flickor var anorexia nervosa den vanligaste huvuddiagnosen vid vårdtillfällen innehållande tvångsvård och bland pojkar var ospecificerad icke-organisk psykos samt autism i barndomen de vanligaste huvuddiagnoserna.
- Räknat i antal åtgärder och i antal unika individer var läkemedelstillsförel under fasthållande den vanligaste tvångsåtgärden såväl bland flickor som bland pojkar under 2016. Därefter följde fastspänning med bälte samt avskiljning.

6 Iakttagelser och analys

6.1 Inledning

I detta avsnitt sammanfattas utredningens iakttagelser och övergripande analys, utifrån två centrala perspektiv – barnets rätt och god vård. De förslag som utredningen presenterar inom ramen för betänkandet återfinns i kapitel 7.

6.2 Utgångspunkter

Syftet med utredningens uppdrag är att stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för de barn som vårdas i den psykiatriska tvångsvården och bidra till kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården med särskilt fokus på tvångsvården. Utredningen har mot bakgrund av syftesbeskrivningen valt att redovisa sina iakttagelser och analyser utifrån två olika, men i sammanhanget kompletterande perspektiv: barnets rätt och god vård.

Den barn- och ungdomspsykiatriska tvångsvården är en högspecialiserad vårdform med ett uttalat syfte att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver. För att det enskilda barnets behov av stöd och hjälp ska kunna tillgodoses och för att motverka användningen av tvångsåtgärder, krävs en verksamhet med ett ändamålsenligt innehåll vad gäller såväl behandlingsutbud som kompetens. Med kompetens avses inte bara den formella kompetensen utan också kompetens om bemötande, kommunikation och om barn- och barnrättsperspektivet. Vidare behöver den lagstiftning som styr verksamheterna liksom verksamheternas inriktning genomsyras av ett tydligt barnrättsperspektiv som harmonierar med FN:s konvention om barnets rättighe-

ter (barnkonventionen) och säkerställer att konventionens intentioner speglas i samhällets samlade insatser till de mest utsatta barnen.

För att kunna avskaffa eller minska behovet och användningen av tvångsåtgärder inom den barn- och ungdomspsykiatriska tvångsvården krävs det, enligt utredningens mening, också att de insatser som ges i hälso- och sjukvården är utformade för att stärka förutsättningarna för en god vård med ett tydligt barnperspektiv. Insatserna i hälso- och sjukvården ska vara effektiva och ändamålsenliga, utformade för att stärka barns delaktighet och ge barn möjlighet att komma till tals och de ska ta hänsyn till barns specifika behov och villkor. Detta är viktigt i hälso- och sjukvården generellt, men särskilt angeläget när det kommer till barn som vårdas i den psykiatriska tvångsvården som är utlämnade till att andra fattar ingripande beslut kring deras vård och behandling.

6.3 Barnets rätt

Barnets perspektiv och barnrättsperspektiv

Det dokument som särskilt formulerar barns mänskliga rättigheter är FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Barnkonventionen ratificerades av Sverige 1990 och innebär ett åtagande för Sverige som stat att säkerställa att alla åtgärder och beslut som rör barn utgår från ett barnperspektiv – ett perspektiv som motsvarar konventionens syn på barn. Genom ratificeringen av barnkonventionen och två av dess fakultativa protokoll har Sverige förbundit sig till att respektera barnets rättigheter. Regeringen är ytterst ansvarig, men även riksdagen, kommuner, landsting och statliga myndigheter har fullt ansvar för att inom sina befogenheter främja och skydda barnets rättigheter enligt de internationella åtaganden som finns. Det innebär att såväl staten som kommuner och landsting behöver arbeta rättighetsbaserat och ha ändamålsenliga strategier för arbetet med att leva upp till barnkonventionen.

På nationell nivå finns sedan 2010 en strategi för att stärka barnets rättigheter. Strategin, som är antagen av riksdagen, består av nio principer som sammantaget uttrycker de grundläggande förutsättningar som krävs för att ta tillvara och stärka barnets rättigheter och intressen i samhället, med utgångspunkt i barnkonventionen. Avsikten är att strategin ska vara en utgångspunkt för offentliga aktörer på

statlig och kommunal nivå som i sina verksamheter ska säkerställa de rättigheter barn har.¹ Av principerna framgår bl.a. att all lagstiftning som rör barn ska utformas i överensstämmelse med barnkonventionen, att barnets fysiska och psykiska integritet ska respekteras i alla sammanhang, att barn ska ges förutsättningar att uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem samt att beslutsfattare och relevanta yrkesgrupper ska ha kunskap om barnets rättigheter och omsätta denna kunskap i berörda verksamheter.²

En central princip i barnkonventionen är att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn (artikel 3). Principen innebär att hänsyn ska tas till alla samlade rättigheter som barnet har enligt barnkonventionen och till de behov och intressen som det enskilda barnet har. Inför ett beslut eller en åtgärd ska därför ansvarig beslutsfattare överväga om beslutet eller åtgärden berör barnet eller barnen och i så fall på vilket sätt, dvs. ha ett *barnperspektiv*.³

Enligt regeringens strategi är barnkonsekvensanalys ett viktigt verktyg för att omsätta barnkonventionen i handling och synliggöra barnets bästa. Barnkonsekvensanalyserna syftar till att systematiskt synliggöra barnets bästa och beskriva vilka konsekvenser som ett beslut eller åtgärd kan innebära för det enskilda barnet eller barn som kollektiv. Att göra barnkonsekvensanalyser ställer krav på ett professionellt förhållningssätt och kunskap om hur barns intressen eller rättigheter är formulerade i nationell lagstiftning, förarbeten, riktlinjer, föreskrifter eller policydokument i förhållande till den frågeställning som ska bedömas.⁴ För att barnets rättigheter ska påverka beslut eller åtgärder i den praktiska verksamheten behöver beslutsfattare känna till att det finns rättigheter för barn, förstå vad dessa rättigheter innebär för organisationen och känna till hur rättigheterna ska tillämpas. En viktig komponent i en barnkonsekvensanalys är också att göra barn och unga delaktiga genom att inhämta deras synpunkter och erfarenheter.⁵ I enlighet med barnkonventionens artikel 12 – barnets rätt att uttrycka sina åsikter – är det därför nödvändigt att beslutsfattare utvecklar former för att ta del av *bar-*

¹ Prop. 2009/10:232, s. 1.

² Prop. 2009/10:232, s. 15.

³ Prop. 2009/10:232, s. 15.

⁴ www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/faktablad/faktablad2_uppna11.pdf

⁵ www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/faktablad/faktablad2_uppna11.pdf

nets perspektiv, dvs. barnets egen berättelse och tolkning av sin situation. Att på detta sätt säkerställa barnets rättigheter i åtgärder eller vid beslut som rör barn innebär att ha ett *barnrättsperspektiv*.⁶

6.3.1 Perspektiv på tvångsåtgärder

Barnets bästa och barnets rätt att komma till tals är två av barnkonventionens grundläggande principer. Som framgått ovan har utredningen, i syfte att säkerställa att de förslag som lämnas utgår från ett barnperspektiv, i flera olika sammanhang talat med barn med egen erfarenhet av den psykiatriska tvångsvården och av tvångsåtgärder (se kapitel 2). Till utredningen har också en referensgrupp, bestående av unga med egen erfarenhet av barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård, psykiatrisk tvångsvård och/eller tvångsåtgärder, varit knuten som har biträtt utredningen i dess arbete. Dessa barn och unga har berättat om sina erfarenheter och upplevelser och lämnat flera förslag på hur den psykiatriska tvångsvården kan utvecklas och hur antalet tvångsåtgärder kraftigt kan minska.

Barns perspektiv på tvångsåtgärder

De barn och unga som utredningen har mött har genomgående negativa erfarenheter av tvångsåtgärder och en vanlig uppfattning är att mängden tvångsåtgärder som utförs kan, och behöver, bli betydligt färre. De anser emellertid att det skulle vara förenat med risker att helt avskaffa tvångsåtgärder i den psykiatriska vården. Barnen gör en tydlig distinktion mellan sådana tvångsåtgärder som används *slentrianmässigt* och sådana tvångsåtgärder som behöver vidtas i *livräddande syfte* eller som på annat sätt kan motiveras utifrån *barnets bästa*.

Barnen uppfattar att det finns situationer där en tvångsåtgärd kan bli nödvändig att vidta för att garantera det enskilda barnets hälsa och välbefinnande. Barnen nämner situationer där barnet matvägrar och, trots adekvat behandling och ett gott bemötande från personal, behöver tillföras näring via sond för att inte svälta ihjäl. En annan typ av situation som beskrivs är att barnet, i samband med en manisk

⁶ Prop. 2009/10:232, s. 15.

eller psykotisk episod, kortvarigt kan behöva vårdas i avskildhet med låg kognitiv stimulans även om barnet i stunden motsätter sig det. Ett annat exempel som framkommer i barnens berättelser är situationer där kontroverser mellan patienter kan motivera en kortare avskiljning i syfte att förhindra att någon kommer till skada. Barnen poängterar emellertid att dessa situationer endast uppkommer i extrema undantagsfall och att det i samband med varje sådan åtgärd bör göras en konsekvensanalys av vad åtgärden innebär för det enskilda barnet och hur det kan säkerställas att åtgärden inte behöver vidtas på nytt.

Barnens uppfattning är emellertid att det de flesta tvångsåtgärderna vidtas på ett slentrianmässigt sätt utan att förebyggande eller alternativa metoder har prövats. Flera barn har också uppfattat att tvångsåtgärder har använts i bestraffande eller kontrollerande syfte. Barn med erfarenhet av åtstörningar har t.ex. berättat att det förekommer att vårdpersonal villkorar anhöriga eller närståendes besök med att barnen måste äta upp sin mat. Andra barn har upplevt att vårdpersonalen systematiskt använder sig av hot om att ta till tvångsåtgärder för att få barnen att följa en given behandling. Barnen och ungdomarna berättar också om situationer där tvångsåtgärder har vidtagits som en följd av bristande bemanning, icke-ändamålsenliga lokaler och ett dåligt bemötande från vårdpersonal.

De erfarenheter och synpunkter som barn och unga har förmedlat till utredningen överensstämmer till stor del med de beskrivningar som tidigare har framkommit genom Barnombudsmannens (BO) samtal med barn om samhällets stöd vid psykisk ohälsa. Under 2013 genomförde BO samtal med barn med erfarenhet av psykisk ohälsa i syfte att få bättre kunskap om gruppens situation och deras upplevelser av samhällets stöd. I samband med granskningen träffade BO barn som har utsatts för ett stort antal tvångsåtgärder i den psykiatriska vården. Även här framkommer att barnen förstår varför tvångsåtgärder kan behöva vidtas i särskilda situationer men att de ifrågasätter omfattningen och sättet som tvångsåtgärderna utförs på.⁷ Barnen berättar om tillfällen där åtgärden har genomförts med hänsyn och respekt, men också om situationer där barnet inte har förstått grunden för tvångsåtgärden och om situationer där de uppfattat vårdpersonalens beteende som kränkande. I berättelserna fram-

⁷ Barnombudsmannen (2014a), s. 79 ff.

kommer också exempel på att barnen upplevt att tvångsåtgärder har använts i bestraffande, uppfostrande eller kontrollerande syfte.⁸ Det finns också erfarenheter av att ingen i personalen i efterhand berättat för barnet varför en tvångsåtgärd vidtogs, eller frågat hur barnet upplevde situationen. I BO:s remissvar på betänkandet Psykiatrin och lagen (SOU 2012:17) redovisas synpunkter från ungdomar som upplever att tvångsanvändning i vårdssituationen minskar följsamheten till behandlingen och förtroendet för vårdpersonalen. I berättelserna framkommer också exempel på när vården arbetat med relationsbyggande och förtroendeskapande åtgärder och hur behovet av tvång då minskar.⁹

Barnrättsperspektiv på tvångsåtgärder

Enligt artikel 37 i barnkonventionen får inget barn utsättas för tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling och bestraffning. Inget barn får olagligt eller godtyckligt berövas sin frihet och varje frihetsberövat barn ska behandlas humant och med respekt för människans inneboende värdighet och på ett sätt som beaktar behoven hos personer i dess ålder. Av barnkonventionens artikel 19 framgår att konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga lagstiftnings-, administrativa och sociala åtgärder samt åtgärder i utbildningssyfte för att skydda barnet mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande medan barnet är i föräldrarnas, eller den ena föräldrarnas, vårdnadshavares eller annan persons vård.

FN:s kommitté för barnets rättigheter (barnrättskommittén) är ett oberoende expertorgan med uppgift att ge konventionsstaterna olika former av vägledning om hur konventionen och de fakultativa protokollen ska tolkas. Detta sker b.l.a. genom juridiskt icke-bindande allmänna kommentarer som ger uttryck för kommitténs samlade syn på konventionen. I barnrättskommitténs allmänna kommentarer till artikel 8 om barnets rätt till skydd mot kroppslig bestraffning och andra grymma eller förnedrande former av bestraffning (b.l.a. artikel 19, 28.2 och 37) vidgår kommittén att det finns särskilda om-

⁸ Barnombudsmannen (2014a), s. 79 ff.

⁹ Barnombudsmannen (2012).

ständigheter då lärare och andra, t.ex. de som arbetar med barn på institutioner och med unga lagöverträdare, kan råka ut för farligt beteende som motiverar användningen av skäligt tvång för att kontrollera detta beteende.¹⁰ Även i dessa fall framhåller kommittén emellertid att det finns en tydlig skillnad mellan den användning av våld som är motiverad på grund av behovet av att skydda ett barn eller andra människor samt användningen av våld i bestraffningssyfte. Kommittén konstaterar att principen att använda så lite våld som möjligt under så kort tid som nöden kräver alltid ska tillämpas. Det krävs också detaljerade riktlinjer och utbildning, både för att minimera nödvändigheten att tillgripa våld och för att säkerställa att alla metoder som används är säkra, står i proportion till situationen och inte inbegriper avsiktligt tillfogande av smärta som en form av kontroll.¹¹

Krav på att avskaffa vissa tvångsåtgärder mot barn

Barnrättskommittén genomför återkommande granskningar av hur konventionsstaterna uppfyller sina skyldigheter enligt barnkonventionen och de fakultativa protokollen. Var femte år ska konventionsstaterna avge en rapport till barnrättskommittén om de åtgärder som har vidtagits för att förverkliga de rättigheter som barn tillförsäkras enligt konventionen. Rapporteringen följs av ett förhör med representanter för regeringen och efter förhöret sammanställer barnrättskommittén sina sammanfattande slutsatser (Concluding observations) där kommittén redogör för de områden som konventionsstaten behöver prioritera för att leva upp till sina åtaganden. Den svenska regeringen har hitintills lämnat in fem rapporter till barnrättskommittén (1992, 1997, 2002, 2009 och 2014).

I den granskning som barnrättskommittén genomförde under 2014 fick Sverige kritik på flera punkter beträffande användningen av vissa tvångsåtgärder mot barn inom psykiatrin och på de särskilda ungdomshemmen. Kommittén uppmanade Sverige att:

- a) omgående bryta isoleringen för alla barn och ändra sin lagstiftning så att användningen av isolering under alla omständigheter är förbjuden,

¹⁰ CRC/GC/8, p. 15.

¹¹ CRC/GC/8, p. 15.

- b) i lag förbjuda användningen av remmar och bälten och avskiljning i psykiatriska vårdmiljöer och på andra inrättningar,
- c) säkerhetsställa att alla barn på vårdinrättningar har tillgång till en oberoende klagomålsmekanism, att förhållandena på sådana institutioner regelbundet och effektivt övervakas och att rapporter om grym, omänsklig eller förnedrande behandling av förvarstagna barn skyndsamt och objektivt utreds samt
- d) utbilda medicinsk och icke-medicinsk personal i vårdmetoder som inte inbegriper våld och tvång.¹²

Liknande rekommendationer har lämnats av FN:s tortyrkommitté (CAT), som har till uppgift att övervaka att konventionsstaterna lever upp till sina åtaganden enligt FN:s Konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Vid tortyrkommitténs senaste granskning av Sverige, i november 2014, uttryckte kommittén oro över den utbredda användningen av tvångs- och kontrollåtgärder inom den psykiatriska tvångsvården, såsom användningen av fysiska begränsningsåtgärder och isolering, även för unga patienter, samt bristen på effektiva och opartiska mekanismer för övervakning av en överdriven användning av restriktiva åtgärder.¹³ Tortyrkommittén framhåller statens ansvar för att säkerställa att tvångsåtgärder endast används som en sista utväg och att åtgärderna begränsas till kortast möjliga tid och sker under strikt medicinsk övervakning. Kommittén framhåller också att staten bör säkra en effektiv övervakning av förhållandena på psykiatriska institutioner samt erbjuda träning för medicinsk och icke-medicinsk vårdpersonal i metoder som inte inbegriper våld och tvång.¹⁴

*Krav på ett förstärkt barnrättsperspektiv
i lagen och verksamheten*

BO har vid flera tillfällen uttalat sig om användningen av tvångsåtgärder mot barn inom den psykiatriska tvångsvården. I remissvaret på Psykiatrilagsutredningens betänkande Psykiatrin och lagen

¹² United Nations, Committee on the Rights of the Child (2015), s. 6.

¹³ United Nations, Committee against Torture (2014).

¹⁴ United Nations, Committee against Torture (2014).

(SOU 2012:17) anför BO att barn och unga inom den slutna psykiatriska vården befinner sig i en situation där insynen är begränsad och att lagstiftningen måste vara konstruerad så att den inte ger utrymme för oacceptabla tolkningar som leder till att barnets rättigheter kränks.¹⁵ BO pekar också, med hänvisning till barnrättskommittén allmänna kommentarer, på vikten av att relevanta lagar stämmer överens med barnkonventionen och anser att det tydligt bör framgå av lagstiftningen att tvångsåtgärder som utgångspunkt inte ska användas mot barn. BO anför att användandet av tvångsåtgärder innebär en inskränkning av barnets mänskliga rättigheter och att barn i alternativ omvårdnad måste behandlas med värdighet och respekt samt åtnjuta effektivt skydd mot övergrepp, försummelse och alla former av utnyttjande. Av detta skäl anser BO att rekvisitet fara för eget eller annans liv ska vara det enda godtagbara i lagstiftning kring tvångsåtgärder när det gäller barn samt att alla andra alternativa åtgärder och metoder måste ha uttömts för att tvångsåtgärder ska kunna komma i fråga.¹⁶

I remissvaret på promemorian Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård (Ds 2014:28) konstaterade BO att såväl fastspänning med bälte som avskiljning måste ses som djupt integritetskränkande åtgärder som inskränker barnets rättigheter. Mot bakgrund av detta ansåg BO att tvångsåtgärder när det gäller barn ska begränsas så långt som möjligt och endast kunna användas som en sista utväg i situationer där det krävs för att skydda barnets eller andras liv.¹⁷ BO ansåg vidare att det inte är tillräckligt att i LPT införa en generell bestämmelse om barnets rättigheter då barn och unga vårdas i psykiatrisk tvångsvård har särskilt små möjligheter att påverka sin situation. BO ansåg därför att barns rättigheter så som de kommer till uttryck i barnkonventionen i större utsträckning borde genomsyra lagen i sin helhet.¹⁸

BO pekar i sin årsrapport från 2014 om samhällets stöd till barn med psykisk ohälsa på brister i skyddet av tvångsvårdade barns rättigheter. BO är kritisk mot att den lagstiftning som styr användningen av tvång i psykiatri saknar ett barnrättsperspektiv och inte gör åtskillnad mellan barn och vuxna. Vidare framhåller BO bl.a. att

¹⁵ Barnombudsmannen (2012).

¹⁶ Barnombudsmannen (2012), p. 7.6.

¹⁷ Barnombudsmannen (2014b), punkt 4.4.

¹⁸ Barnombudsmannen (2014b), punkt 4.4.

tvångsmedel endast ska få användas som en sista utväg och i situationer där det krävs för att skydda barnets eller andras liv, att alla beslut om tvångsåtgärder ska gå att överklaga och barn måste få anpassad information om sina rättigheter. BO framhåller också att insyn är nödvändig.¹⁹

Tidigare initiativ för ett förstärkt barnrättsperspektiv i lagen

I april 2012 överlämnade Psykiatrilagsutredningen betänkandet Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17) till regeringen. Betänkandet innehåller omfattande förslag vad gäller den psykiatriska tvångslagstiftningen. Utredaren gavs bl.a. i uppdrag att uppmärksamma de barn som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården (dir. 2009:93). Utredaren skulle se över förekomst, eventuella risker och lämplighet med att barn och vuxna vårdas med tvång på samma psykiatriska avdelningar och inom ramen för arbetet ta hänsyn till barns egna erfarenheter och synpunkter.²⁰

För att stärka barnets position inom den psykiatriska tvångsvården föreslog utredningen, med utgångspunkt i barnkonventionen, att nuvarande bestämmelser i LPT ska kompletteras med att när åtgärder enligt lagen rör ett barn ska barnets bästa beaktas. Utredningen föreslog vidare att barnet ska få relevant information och ges möjlighet att framföra sina synpunkter samt att barn, som huvudregel, inte får vårdas tillsammans med vuxna patienter om det inte är för barnets bästa.²¹ Betänkandet har remissbehandlats och bereds för närvarande i regeringskansliet.

I promemorian Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård (Ds 2014:28), som är ett fristående komplement till Psykiatrilagsutredningens betänkande, föreslås vissa ändringar i LPT och i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, som syftar till att förstärka patientens rättssäkerhet och att stärka patientens ställning och möjlighet till inflytande i tvångsvården. Förslagen berör bl.a. patientens medverkan i vårdplanen, frågor om tvångsåtgärder och frågor som rör barn i psykiatrisk tvångsvård. Vad gäller barn i den psykiatriska tvångsvården föreslås i promemorian att

¹⁹ Barnombudsmannen (2014a), s. 111 f.

²⁰ Regeringskansliet, Socialdepartementet (dir. 2009:93), s. 3.

²¹ Psykiatrilagsutredningen (SOU 2012:17), s. 467.

barnrättsperspektivet bör komma till uttryck på ett särskilt tydligt sätt när det gäller tvångsåtgärder mot barn och att det i LPT ska införas en bestämmelse om att tvångsåtgärder endast får vidtas när det är förenligt med barnets bästa.²² I promemorian föreslås också särskilda begränsningar beträffande fastspänning och avskiljning om åtgärden rör ett barn.

Promemorian har remissbehandlats och delar av innehållet har föranlett vissa förändringar i lagstiftningen (propositionen [2016/17:94] Ökad patientmedverkan vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård). I propositionen lämnar regeringen förslag som syftar till att stärka patientens ställning inom den psykiatriska tvångsvården, bl.a. genom att patienten, så snart dennes tillstånd tillåter, ska erbjudas uppföljningssamtal efter en genomförd tvångsåtgärd. Vidare förtydligas i 17 § LPT att en patient, om det är nödvändigt och efter beslut av chefsöverläkaren, får ges behandling utan samtycke.²³ Lagförslaget antogs av riksdagen och lagändringarna trädde i kraft den 1 juli 2017.

Regeringen gjorde i propositionen bedömningen att förändringar i lagstiftningen som rör barn bör göras utifrån en bredare ansats och menade att det fanns anledning att avvakta med sådana förslag till dess att förslagen i betänkandet Barnkonventionen blir lag (SOU 2016:19) färdigbehandlats. Mot bakgrund av detta valde regeringen att inte att gå vidare med promemorians förslag i dessa delar.²⁴

6.3.2 Granskning av den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården

Krav på kontinuerlig översyn

Av barnkonventionens artikel 25 framgår att barn som har omhändertagits av behöriga myndigheter för omvårdnad, skydd eller behandling av sin fysiska eller psykiska hälsa ska ha rätt till regelbunden översyn av den behandling som barnet får och alla andra omständigheter rörande barnets omhändertagande. I barnrättskommitténs allmänna kommentar konstateras, med hänvisning till arti-

²² Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014d), s. 77.

²³ Prop. 2016/17:94, s. 1.

²⁴ Prop. 2016/17:94, s. 32.

kel 25, att konventionsstaterna bör genomföra återkommande granskningar av ungdomars placering på sjukhus eller psykiatriska institutioner²⁵ samt att barn måste ha enkel tillgång till individuella system för klagomål och lämpliga mekanismer för upprättelse som garanterar rättvisa och rättssäkerhet med särskild hänsyn till personlig integritet, i enlighet med artikel 16 i barnkonventionen.²⁶

En av principerna i regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige är att alla beslut och åtgärder som rör barn ska följas upp och utvärderas utifrån ett barnrättsperspektiv. Att säkerställa att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn (artikel 3) och att rättigheterna i konventionen ska respekteras på alla nivåer i samhället kräver, enligt regeringen, kontinuerliga analyser av konsekvenserna av beslut och utvärderingar av vilka faktiska konsekvenser beslut och åtgärder har fått för barn. Det gäller både beslut och åtgärder som rör det enskilda barnet och generella beslut och åtgärder som rör barn.²⁷ Genom uppföljningar och utvärderingar kan man, enligt regeringen, identifiera behovet av nya lagbestämmelser och andra insatser. I strategin anförts att de myndigheter som utövar tillsyn inom områden som berör barn bidrar till en systematisk uppföljning av barnets rättigheter och intressen och att dessa aktörer är centrala för att barnets rättigheter ska kunna tillgodoses eftersom de utifrån sina granskningar kan visa på brister inom de berörda verksamheterna som behöver åtgärdas för att förbättra barns levnadsvillkor och tillämpningen av barnets rättigheter.²⁸

Tillsyn över hälso- och sjukvården

Staten har ett ansvar för att säkerställa att de lagar, förordningar och föreskrifter som styr hälso- och sjukvården följs. Ett viktigt kontrollinstrument som staten förfogar över är tillsyn. Enligt 7 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, står hälso- och sjukvården och dess personal under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Av 1 § i LPT framgår att föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, gäller all psykiatrisk

²⁵ CRC/GC/4, p. 29.

²⁶ CRC/GC/4, p. 9.

²⁷ Prop. 2009/10:232, s. 17.

²⁸ Prop. 2009/10:232, s. 17.

vård vilket innebär att de verksamheter som bedriver vård med stöd av LPT omfattas av myndighetens tillsynsansvar. Med tillsyn menas, enligt 7 kap. 3 § första stycket PSL, en granskning av att den verksamhet och den personal som avses i 1 § uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Tillsynen ska, enligt 7 kap. 3 § andra stycket, främst inriktas på en granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. PSL, dvs. att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Med patientsäkerhet åsyftas, enligt 1 kap. 6 § PSL, skydd mot vårdskada.

Enligt förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg omfattar myndighetens huvudsakliga uppgifter att 1) svara för tillsyn inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet, socialtjänst samt verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, 2) som en del av tillsynen pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal enligt bestämmelserna i PSL, och 3) svara för tillståndsprövning inom de områden som anges i 1. Verksamheten ska bedrivas strategiskt och effektivt på ett enhetligt sätt inom landet.

Av 7 kap. 4 § PSL i IVO:s instruktioner framgår att IVO inom ramen för tillsynen ska lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen samt informera och ge råd till allmänheten.

Av 2 § framgår att IVO:s tillsyn ska planeras och genomföras med utgångspunkt i myndighetens egna riskanalyser om inte annat följer av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen. IVO har också möjlighet att på förekommen anledning öppna ett eget tillsynsärende av verksamhet inom hälso- och sjukvården, t.ex. på grundval av klagomål från enskilda eller patienter samt, vad gäller den psykiatriska tvångsvården, vid underrättelser om beslut om t.ex. fastspänning eller avskiljning.

IVO har i sin riskanalys prioriterat områden som särskilt berört riskgrupperna funktionsnedsatta eller på annat sätt utsatta barn och vuxna, samt vuxna med nedsatt beslutsförmåga som är i behov av insatser men inte förmår ta tillvara sina egna intressen när det gäller inriktningen av den egeninitierade tillsynen. De riskområden som har prioriterats vad gäller hälso- och sjukvårdens verksamheter är primär-

vårdens möjligheter till lärande, personalkontinuitet och informationssäkerhet.²⁹

Barn vill ha en ökad insyn i verksamheterna

Att barn får komma till tals och får framföra sina åsikter är av särskild betydelse när det gäller barn som vårdas i slutna verksamheter med begränsad insyn och där tvångsingripandet innebär ett ingrepp i barnets självbestämmande och integritet.

De barn och unga som utredningen har talat med har uttryckt önskemål om en ökad insyn i verksamheterna och efterfrågar återkommande inspektioner. De anser att en ökad insyn och kontroll är av betydelse för att motverka missförhållanden och integritetskränkande behandling men också för att stärka möjligheterna för barn att komma till tals. Det bidrar också till en upplevelse av att barns rättigheter tas på allvar. Deras uppfattning är att inspektioner bör ske två gånger i månaden på samtliga kliniker där barn kan vårdas enligt LPT. Inspektionerna ska inriktas på att samtala med patienterna, se över de åtgärder som vidtagits med tvång och den vård och behandling som barnet får bör utvärderas. Referensgruppen understryker vikten av att de personer som utövar kontrollen har kännedom om barn i utsatta situationer och att tillsynen bedrivs utifrån från barns behov och villkor. De ser gärna att unga med egen tidigare erfarenhet av psykisk ohälsa deltar vid inspektionerna, eftersom det kan öka barnens tillit och bidra till att barnen vågar berätta om sin situation. Samtalen ska genomföras i en barnanpassad och trygg miljö och barnet ska få tydlig information om vad som händer med den information barnet lämnar.

Tillsyn genom inspektioner

Under 2016 genomförde IVO 429 egeninitierade inspektioner av verksamheter i hälso- och sjukvården. Av dessa berörde 56 inspektioner den psykiatriska specialistsjukvården,³⁰ men bara två inspektioner avsåg den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården.

²⁹ Inspektionen för vård och omsorg (2017b), s. 18.

³⁰ Inspektionen för vård och omsorg (2017b), s. 34.

Dessa två inspektioner initierades på förekommen anledning och var således inte något av myndighetens planerade tillsynsobjekt. Av uppgifter från myndighetens årsredovisning framgår att 437 egen-initierade inspektioner genomfördes i verksamheter i hälso- och sjukvården under 2015. Av dessa berörde 94 inspektioner den psykiatriska specialistsjukvården³¹, och två inspektioner den psykiatriska heldygnsvården för barn. Även dessa två inspektioner initierades av myndigheten på förekommen anledning.

Egeninitierad tillsyn inom den psykiatriska tvångsvården för barn sker således inte regelbundet och tiden mellan besöken kan vara lång. En orsak till detta kan vara att utrymmet för riskbaserad tillsyn generellt sett är snävt. IVO har anfört att myndighetens utrymme för det riskbaserade arbetssätt som regeringen har efterfrågat är begränsat då merparten av tillsynens resurser är in-tecknade för att leva upp till författningsreglerade krav rörande enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården och s.k. frekvenstillsyn av främst hem för vård eller boende för barn och unga (HVB).³²

Klagomålsutredningen (SOU 2015:102) konstaterar också att dagens klagomålssystem tar en betydande del av IVO:s resurser i anspråk och att endast 9 procent av myndighetens resurser för hälso- och sjukvårdsområdet under 2014 användes till att på eget initiativ granska verksamheter i hälso- och sjukvården.³³ Fr.o.m. den 1 januari 2018 införs ett nytt system för hantering av klagomål mot hälso- och sjukvården. I första hand är det vårdgivarna som ska ta emot och besvara klagomål från patienter och deras närstående. Därmed förändras även ansvaret för IVO som får en begränsad utrednings-skyldighet i klagomålsärenden.

Underrättelser om beslut om vissa tvångsåtgärder

Ett viktigt underlag för IVO:s tillsyn är de underrättelser om vissa tvångsåtgärder som enligt LPT och LRV ska tillställas myndigheten enligt vad som närmare anges i lagstiftningen och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. IVO skall utan dröjsmål

³¹ Inspektionen för vård och omsorg (2016a), s. 30.

³² Inspektionen för vård och omsorg (2014b), s. 4.

³³ Klagomålsutredningen (SOU 2015:102), s. 70.

underrättas om sådana beslut för att man ska kunna fullgöra sin uppgift som tillsynsmyndighet på bästa möjliga sätt.³⁴

Utredningen har begärt att från IVO få ta del av samtliga underrättelser som berör tvångsåtgärder mot barn i den psykiatriska vården under 2015 respektive 2016. Uppgifterna har lämnats ut i avidentifierat skick med undantag från information om ålder och kön. Sammanlagt har utredningen tagit del av 164 underrättelser som rör totalt 37 barn som avser fastspänning med bälte, avskiljning samt inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster.

Utredningen kan konstatera att det ofta är svårt att, utifrån underrättelserna, utläsa vilka åtgärder som prövats innan en tvångsåtgärd har blivit aktuell. På den blankett som ska användas för ändamålet ska chefsöverläkaren, både i fråga om fastspänning och avskiljning, ange grunden för beslutet; hur situationen uppstod och varför mindre ingripande åtgärder inte varit tillräckliga. Vidare ska i fråga om fastspänning anges vari den omedelbara faran bestod och vilka synnerliga skäl som motiverade en fastspänning över fyra timmar. Beträffande avskiljning ska anges på vilket sätt patienten allvarligt försvårade vården av de andra patienterna och vilka synnerliga skäl som motiverade ett avskiljande överstigande åtta timmar. Dessa delar av blanketterna är inte sällan summariskt ifyllda och motiveringarna kortfattade varför det många gånger är svårt att avgöra om lagstiftningens krav för att få genomföra tvångsåtgärden är uppfyllda. Vidare saknas ibland tidsangivelser på blanketterna vilket är anmärkningsvärt då det, vid ett studium enbart av underrättelserna, inte går att avgöra hur länge en tvångsåtgärd har pågått.

I ett par fall förekommer långvariga och upprepade fastspännings- och avskiljningsepisoder av barn. Under 2016 inkom bl.a. två underrättelser där barn varit fastspända med bälte i över 72 timmar utan avbrott. Det finns skäl att ifrågasätta om ett sådant förfarande kan anses förenligt med en god vård och höga krav på rättssäkerhet och proportionalitet.

Utredningen kan vidare konstatera att det tycks ha skett en kraftig ökning av antalet underrättelser som rör barn i psykiatrisk tvångsvård under perioden mellan 2015 och 2016. Utifrån det material som utredningen fått från IVO inkom 59 underrättelser under 2015 som

³⁴ Prop. 1990/91:58, s. 260 f, prop. 2005/06:195, s. 35.

avsåg långvariga tvångsåtgärder, fastspänning och avskiljning, som genomfördes i fråga om 15 barn – 9 flickor och 6 pojkar. I materialet IVO lämnat ut från 2016 är antalet underrättelser nästan det dubbla, 105 underrättelser gällande 22 barn – 10 flickor och 12 pojkar. Orsaken till ökningen är inte klarlagd. Det skulle kunna vara av särskilt intresse att analysera varför det från vissa vårdenheter förekommer fler underrättelser än från andra – är det skillnad i användningen av långvariga tvångsåtgärder eller är skillnaderna ett utslag av underlåtenhet från andra kliniker att rapportera dessa? En sådan analys skulle också kunna utgöra ett stöd när det gäller bedömningar av den riskbaserade tillsynens prioriteringar.

Utifrån utredningens begäran att ta del att de underrättelser som inkommit till IVO kan det konstateras att det för närvarande inte finns någon nationell överblick i fråga om vilka tvångsåtgärder som förekommer, i vilken omfattning och på vilka kliniker de används. IVO har meddelat utredningen att myndigheten inte har någon samlad statistik över antalet underrättelser eller dess innehåll och att det heller inte går att skapa den statistiken ur IVO:s ärendehanteringssystem eftersom det kräver en manuell genomgång av de inkomna ärendena.

Barns rätt att komma till tals

En viktig aspekt i arbetet med att bedöma om en verksamhet inom hälso- och sjukvården uppfyller de krav och mål som uppställs enligt lag och andra föreskrifter är patienters erfarenheter, synpunkter och klagomål. Att patienter får möjlighet att lämna synpunkter och bidra till vårdens kvalitetsutveckling är av betydelse inom hälso- och sjukvården generellt men särskilt angeläget när det kommer till barn som vårdas i den psykiatriska tvångsvården. Barn som vårdas i den psykiatriska tvångsvården är en särskilt utsatt grupp som kan ha svårt att tillvarata sina rättigheter och samhället har i sådana situationer ett ansvar för att säkerställa att dessa barn får en god och säker vård och skyddas mot integritetskränkande behandling.

En av barnkonventionens grundprinciper, artikel 12, garanterar varje barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet och rätten att få sina åsikter beaktade i förhållande till sin ålder och mognad. Artikelns återspeglar

det förhållningssätt till barnet som konventionen uttrycker, nämligen barnet som bärare av rättigheter som ska vara delaktig i, och ha inflytande över, sitt liv. Rättigheten i artikel 12 är absolut och gäller alla barn utan åtskillnad, i enlighet med icke-diskrimineringsprincipen i artikel 2. Staten är därmed ansvarig att säkerställa att barnet kan utöva denna rättighet.

Barnkonventionens artikel 12 har av regeringen ansetts vara en viktig utgångspunkt vid tillsyn över socialtjänsten men också över hälso- och sjukvården. Regeringen har bl.a. konstaterat att det är viktigt att barn och unga som får vård inom socialtjänst och hälso- och sjukvård blir synliga och att deras erfarenheter tillmäts betydelse.³⁵ Enligt 7 kap. 5 § PSL får således, vid tillsyn som rör barns förhållanden, barnet höras om det kan antas att barnet inte tar skada av samtalet. Barnet får höras utan vårdnadshavarens samtycke och utan att vårdnadshavaren är närvarande. Det ska understrykas att det är fråga om en rättighet för barnet och inte någon skyldighet att uttrycka sina åsikter. Principen om barnets bästa kan således innebära att samtal inte ska genomföras. Barnets egen inställning måste beaktas i sammanhanget och samtalen genomföras med respekt för barnets integritet. Regeringen har framhållit att det innebär ett ansvar att samtala med barn, utan vårdnadshavares samtycke, och att samtal med barn och unga kräver särskild kunskap och kompetens hos tillsynsmyndigheten. Tillsynsmyndigheten bör därför utveckla metoder för hur tillsyn som rör barn och ungdomar ska genomföras.³⁶ IVO fick 2014 i uppdrag av regeringen att utveckla och pröva arbetssätt som säkerställer att barn som vårdas med tvång inom den psykiatriska vården kommer till tals och får framföra sin mening inom ramen för myndighetens tillsynsinsatser. IVO fick även i uppdrag att säkerställa att barn som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården kan ta direktkontakt med myndigheten för frågor och synpunkter.³⁷ Regeringen bedömde att en sådan direktkanal skulle ge utökade möjligheter för IVO att göra riskbedömningar och att identifiera brister ur barnens perspektiv. Regeringen menade också att en sådan kontakt innebär en möjlighet för barnen att få information om sina rättigheter och vilken information som ska ges av vårdgivaren.³⁸

³⁵ Prop. 2008/09:160, s. 61.

³⁶ Prop. 2008/09:160, s. 61.

³⁷ Regeringskansliet, Socialdepartementet, (2014b).

³⁸ Regeringskansliet, Socialdepartementet, (2014b).

I den redovisning av uppdraget som IVO lämnade till regeringen uppgav IVO att myndighetens avsikt var att initiera ett fortsatt utvecklingsarbete med att låta barn komma till tals. Barnperspektivet lyftes som ett av de viktiga perspektiv som ska finnas med i arbetet, och myndigheten pekade på hur arbetet med strukturerade metoder som utvecklats vid inspektioner av HVB-hem och de särskilda ungdomshemmen (SiS) med intervjuer av barn och unga utan närvaro av personal, s.k. barnsamtal, med viss anpassning, även skulle kunna användas vid inspektioner av verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård för barn.³⁹

Vad gäller möjligheterna för barn att komma till tals föreslog IVO att den Barntelefon som var placerad vid myndigheten, och som vid tillfället vände sig till barn upp till 18 år inom den sociala barn- och ungdomsvården skulle utvidgas till en Barnlinje som skulle vända sig till de barn som vårdas inom hälso- och sjukvården eller omfattas av socialtjänsten.⁴⁰

Barn- och ungdomslinjen, som den senare kom att heta, permanentades och öppnade för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst den 1 april 2015. Via barn- och ungdomslinjen kan barn och unga som bl.a. vårdas i den psykiatriska vården eller inom den sociala barn- och ungdomsvården kontakta IVO för att få information om sina rättigheter, ställa frågor eller framföra klagomål via telefon, chatt eller e-mail.

Enligt uppgifter från IVO har barn och unga tagit kontakt med Barn- och ungdomslinjen i 2 016 fall under år 2016. Det är vanligast att kontakt tas via telefon, vilket motsvarade 79,8 procent av kontakterna, därefter följde e-post med 15,1 procent av kontakterna samt chatt, med 5,1 procent av kontakterna. De flesta barn och unga som hörde av sig till Barn- och ungdomslinjen under 2016, cirka 86 procent, vårdades inom den sociala ungdomsvården t.ex. i den statliga institutionsvården (SiS), på hem för vård och boende (HVB) eller på familjehem. Motsvarande andel kontakter för barn och unga som vårdades inom den psykiatriska heldygnsvården var 1,2 procent, dvs. cirka 24 kontakter under 2016. Siffrorna för 2015 uppvisar liknande resultat. Under 2015 tog barn kontakt med Barn- och ungdomslinjen vid 244 tillfällen. Cirka 85 procent av kontakterna var från barn

³⁹ Inspektionen för vård och omsorg (2014a), s. 13.

⁴⁰ Inspektionen för vård och omsorg (2014a), s. 3.

inom den sociala barn- och ungdomsvården och motsvarande antal kontakter från barn i psykiatrisk heldygnsvård var 2,6 procent, dvs. cirka sex kontakter under 2015.⁴¹

Barnen kommer till tals vid inspektioner av den sociala barn- och ungdomsvården – men inte i psykiatrin

Utredningen har inom ramen för arbetet tagit del av de tillsynsbeslut som IVO har fattat i samband med de inspektioner i den psykiatriska heldygnsvården för barn som bedrivits under åren 2013–2016. Såvitt framgår av besluten har samtal med barn genomförs i mycket liten utsträckning i samband med tillsyn av den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården. Av besluten framgår inte heller varför samtal med barn inte genomförts. Detta kan jämföras med inspektioner i verksamheter inom den sociala barn- och ungdomsvården där barns synpunkter systematiskt efterfrågas i samband med inspektioner. Under 2016 genomfördes t.ex. 4 203 barnsamtal i samband med inspektioner inom den sociala barn- och ungdomsvården.⁴²

IVO:s ambition att låta barn komma till tals, så som redovisades i samband med det uppdrag som myndigheten fick av regeringen under 2014, synes sålunda inte ha förverkligats. Orsaken till att IVO inte talar med barn i den psykiatriska heldygnsvården i högre utsträckning än vad som görs i dag är inte klarlagd. Klagomålsutredningen (SOU 2015:102) konstaterar dock att IVO:s tillsyn inom hälso- och sjukvården i låg grad är patientcentrerad. I dag består majoriteten av IVO:s insatser av en reaktiv tillsyn, baserad på skriftväxling som görs när en vårdskada eller negativ händelse för patienten redan har inträffat. IVO inhämtar inte patientsynpunkter vid inspektioner och användandet av patientsynpunkter som underlag för beslut om tillsynens inriktning är i sin linda. Klagomålsutredningen bedömde att det kommer att krävas att myndigheten ändrar sina arbetssätt och sitt fokus för att en patientcentrerad tillsyn ska kunna uppnås.⁴³

⁴¹ Statistik hämtad 2017-11-20.

⁴² Inspektionen för vård och omsorg (2017b), s. 17.

⁴³ Klagomålsutredningen (SOU 2015:102), s. 105 f.

6.3.3 Övriga aspekter av betydelse för barnen

Utomhusvistelse i samband med tvångsvård

Bortsett från de regler om permission i 25 § LPT, finns i dag ingen bestämmelse som reglerar barnets rätt till utomhusvistelse under pågående tvångsvård. Frågan om intagnas rätt till att dagligen få vistas utomhus har emellertid kommenterats av Europarådets kommitté för förhindrande av tortyr (CPT) som har uttalat att patienter som vårdas med tvång på psykiatriska vårdinrättningar bör ha möjlighet till daglig utomhusvistelse.⁴⁴

De barn som utredningen har träffat har berättat att det ofta finns begränsade möjligheter att vistas utomhus i samband med pågående heldygnsvård. Såväl de barn som har vårdats med tvång som de barn som har vårdats frivilligt har erfarenheter av att inte få vistas utomhus dagligdags. I ett par fall har barnen nekats möjlighet till utomhusvistelse under perioder av flera månader med hänvisning till barnets sjukdomstillstånd eller personalbrist. Barnen framhåller att möjligheten att vistas utomhus, få frisk luft eller en promenad är betydelsefullt för tillfrisknandet och en viktig faktor för att minska känslan av institutionalisering. De ser att utevistelse under vissa specifika skeden i sjukdomsprocessen i vissa fall inte är lämpligt men de framhåller att utomhusvistelse som regel bör erbjudas patienterna under vårdtiden. Det ska vara upp till barnet att bestämma om han eller hon vill vistas utomhus.

Utredningens klinikbesök visar att flera vårdenheter saknar förutsättningar att erbjuda patienterna daglig utomhusvistelse, något som bekräftas av uppgifter från de professionsföreträdare som utredningen har träffat. En kombination av patienter med olika vårdformer (HSL/LPT) kan göra det svårt att erbjuda utevistelse för samtliga patienter, både av behandlings- och säkerhetsskäl. En ansträngd bemanningssituation kan också innebära att vårdpersonalen saknar möjligheter att följa med patienterna på t.ex. en promenad. De professionsföreträdare som utredningen har träffat har vidare framhållit att de lokalmässiga förutsättningarna inte alltid medger att vårdenheterna kan erbjuda barnen utevistelse. Om det t.ex. finns en avgränsad

⁴⁴ Council of Europe, CPT, (1998), p. 37.

yta i anslutning till vårdavdelningen som är inhägnad kan utevistelse möjliggöras utan förstärkt bemanning.

Frågan om utevistelse under pågående tvångsvård har i flera ärenden aktualiserats i samband med Justitieombudsmannens (JO:s) tillsyn. JO:s uttalanden berör vuxna men mot bakgrund av att barn i psykiatrisk tvångsvård är särskilt utsatta bör dessa uttalanden även kunna appliceras i fråga om barn.

JO har i ett beslut från 2009 (dnr. 6823-2009) uttalat att utgångspunkten bör vara att patienten vid vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård samt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård ges möjlighet till att vistas utomhus minst en timme om dagen. JO konstaterade vidare att en utomhusvistelse som begränsas till att äga rum på en balkong inte kan anses tillgodose patientens behov och inte torde vara förenlig med CPT:s rekommendationer. JO menar att det kan finnas fall där patienten är i så dåligt psykiskt skick att utevistelse inte kan äga rum men att de situationer där utomhusvistelse inte är möjlig torde tillhöra undantagsfallen.

JO har vidare i ett beslut från 2004 (dnr. 1474-2004) i fråga om vård enligt lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, uttalat att det eventuellt bör övervägas om det inte finns skäl att införa författningsbestämmelser liknande dem på kriminalvårdens område om rätten till utevistelse.

Inskränkningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster

Vid psykiatrisk tvångsvård får chefsöverläkaren besluta om inskränkningar i en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster. Bestämmelsen innebär att en patient, under en tidsperiod av högst två månader t.ex. kan fråntas sin mobiltelefon eller dator om kriterierna i 20 a § LPT är uppfyllda, dvs. om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada. Ett beslut gäller enbart för enskilda patienter och får inte fattas kollektivt för en grupp patienter eller för en särskild avdelning eller vårdenhet. Beslutet är möjligt att överklaga till förvaltningsrätten.

De barn som utredningen har talat med uppger att det förekommer att vårdenheterna har regler, i allmänhet ordningsregler, som innebär att barnens rätt att fritt använda internet och mobil-

telefon inskränks. Det förekommer också inskränkningar i samtal till och från den fasta telefonen på vårdavdelningen. Hur vårdenheterna hanterar frågan om mobiltelefoner och andra kommunikationsmedel varierar. Vissa vårdenheter har inga allmänna regler alls och erbjuder wi-fi till alla patienter medan det på andra vårdenheter förekommer att möjligheten att använda wi-fi begränsas till en specifik tid per dag. Det förekommer också att vårdenheterna samlar in barnens mobiltelefoner under tidig kväll med hänvisning till att mobilanvändande inte är bra för barnens sömn eller att mobiltelefon inte ska användas vid tillfällen då det pågår gemensamma aktiviteter. Det händer också att barnets föräldrar ombeds reglera barnens mobiltelefonanvändning med hänvisning till föräldraansvaret eller till barnets sjukdomstillstånd. Barnen uppfattar avsaknaden av mobiltelefon och internetuppkoppling som negativ och begränsande. De anser att deras möjligheter till kontakter med omvärlden, som i huvudsak sker via sociala media under vårdtiden, begränsas och att deras möjligheter att ta del av de hjälpmedel eller aktiviteter som finns i mobiltelefonen försvåras. De lyfter också att möjligheten att ta reda på information om sina rättigheter eller framföra synpunkter på vården inskränks då barnen framför allt hanterar informationssökandet och kommunikation med omvärlden via mobiltelefon och dator.

I samtal med vårdpersonal bekräftas barnens berättelser. Utredningen vill i sammanhanget erinra om att interna ordningsregler inte får gå utöver vad lagstiftningen tillåter. Det kan inte uteslutas att det finns vissa kunskapsbrister kring hur rättsläget ser ut när det gäller att inskränka användningen av t.ex. mobiltelefoner och datorer.

Förekomst av väktare och annan säkerhetspersonal

Utredningen har fått uppgifter om att det på vissa kliniker finns väktare och annan säkerhetspersonal på vårdenheterna stora delar av tiden. Vaktarnas primära uppgift är vanligtvis att vara närvarande i de gemensamma utrymmena. Vissa barn uppfattar säkerhetspersonalens närvaro som obehaglig och har uttryckt att uniformerad personal framkallar känslor av rädsla och otrygghet. Andra har inte förstått anledningen till att väktarna vistas på vårdenheten och har kopplat detta med att det finns en fara på avdelningen. Säkerhetspersonalens närvaro kan också ge upphov till en känsla av att vara intagen på en

kriminalvårdsanstalt. Det finns också uppgifter om att väktare eller annan säkerhetspersonal har medverkat vid tvångsåtgärder.

Att det förekommer att säkerhetspersonal finns på vårdenheter har bekräftats av vårdpersonal. En del vårdenheter säger sig ha väktare på plats i förebyggande syfte t.ex. för att lugna ned stämningen bland patienterna eller för att skapa en trygghetskänsla hos personalen. På andra vårdenheter förekommer det att väktare rings in per automatik när vårdenheten får en indikation på att en patient kommer att bli intagen för psykiatrisk tvångsvård. Ordningstvakter kan också tillkallas om någon ska avhysas eller när ett reellt skyddsbehov föreligger.

Det ligger utanför utredningens uppdrag att ta ställning i frågan om väktares och annan säkerhetspersonals närvaro i vårdlokalerna. Väktare kan dock *aldrig* ersätta den vårdpersonal som ska vara närvarande vid t.ex. en fastspänning enligt 19 § LPT. Utredningens uppfattning är att nyttjandet av säkerhetspersonal inte kan få vara en konsekvens av att vårdenheter inte tillförs de resurser eller den kompetens som krävs för att barn ska kunna tillförsäkras en god och säker vård som upprätthåller respekten för barnets mänskliga rättigheter.

Vård på vuxenpsykiatriska avdelningar och inom rättspsykiatri

I barnkonventionens artikel 37 anges att konventionsstaterna ska säkerställa att varje frihetsberövat barn ska behandlas humant och med respekt för människans inneboende värdighet och på ett sätt som beaktar behoven hos personer i dess ålder. Särskilt ska varje frihetsberövat barn hållas åtskilt från vuxna, om det inte anses vara för barnets bästa att inte göra det.

Utredningen har träffat barn som har erfarenhet av vård på vuxenpsykiatrisk avdelning. Detta har, enligt barnen, berott på att platser har saknats inom barn- och ungdomspsykiatri alternativt att barn- och ungdomspsykiatri har bedömt att de inte kunnat hantera barnens utåtagerande beteende. Barnens upplevelse är att kulturen på de vuxenpsykiatriska enheterna är väsentligt hårdare än inom barn- och ungdomspsykiatri och att det har varit svårt att anpassa sig efter dessa förhållanden. Vården på de vuxenpsykiatriska vårdenheter har inte sällan medfört obehag och rädsla, eftersom barnen

tvingas vistas med patienter som är betydligt äldre och inte sällan med allvarlig psykisk sjukdom. Denna bild bekräftas i Barnombudsmannens (BO) rapport om samhällets stöd till barn vid psykisk ohälsa. Inom ramen för granskningen träffade BO barn som vårdats inom vuxenpsykiatri och som uttryckte att det var en källa till rädsla, frustration och ibland ilska att vårdas mot sin vilja tillsammans med vuxna patienter.⁴⁵

En av de ungdomar som utredningen har haft kontakt med har erfarenhet av vård på en rättspsykiatrisk klinik i samband med vård enligt LPT. Flickan berättar att hon, efter att ha vårdats på flera olika vårdenheter som inte kunde hantera hennes allvarliga självskadebeteende, tillsammans med säkerhetspersonal skickades till en rättspsykiatrisk enhet. För flickan innebar vistelsen inom rättspsykiatri markanta skillnader gentemot vården inom både barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Hon berättar bl.a. om begränsningar i rörelsefriheten och en rädsla för omgivningen då majoriteten av de övriga patienterna var dömda för allvarliga brott. Flickan upplevde också skam i samband med placeringen och berättade att det känts som om hon gjort någonting fel för att hamna inom rättspsykiatri. För flickan har placeringen dessutom fått konsekvenser senare i livet. Hon berättar att hon ofta upplever att hon får stå till svars inför t.ex. personal inom hälso- och sjukvården vad gäller hennes vistelse inom rättspsykiatri och återkommande fått förklara att hon inte har ett kriminellt förflutet och vårdats inom rättspsykiatri som en brottspåföljd.

I den nuvarande lagstiftningen finns inte någon bestämmelse som uttryckligen anvisar några direkta begränsningar när det gäller möjligheten att kunna vårda barn och vuxna tillsammans på en vårdenhet för psykiatrisk tvångsvård. Några sådana begränsningar uppställs heller inte vad gäller att vårda patienter med stöd av LPT på en rättspsykiatrisk avdelning. BO har emellertid genom åren ställt krav på att denna ordning förändras och att det blir otillåtet att vårda barn och vuxna tillsammans.⁴⁶

⁴⁵ Barnombudsmannen (2014a), s. 90.

⁴⁶ Se t.ex. Barnombudsmannen (2012).

6.4 God vård

Alla barn har rätt till bästa möjliga hälsa och sjukvård enligt artikel 24 i barnkonventionen. Rättigheten kopplar också till artikel 6, som är en av konventionens fyra grundprinciper. Den slår fast att varje barn har en inneboende rätt till liv och att konventionsstaterna, till det yttersta av sin förmåga, ska säkerställa barnets överlevnad och utveckling. Med utveckling menas inte bara att förbereda barnet för vuxenlivet, utan också att konventionsstaterna ska erbjuda bästa möjliga förhållanden för barndomen i sig och barnets liv som pågår just nu. I barnrättskommitténs allmänna kommentar om ungdomars hälsa konstaterar kommittén att när det är nödvändigt med sjukhusvård eller placering inom psykiatrisk vård bör detta beslut fattas i enlighet med principen om barnets bästa. Vid sjukhusvård eller placering inom psykiatrisk vård bör patienten vidare, i största möjliga utsträckning, ges möjlighet att åtnjuta alla de rättigheter som erkänns i konventionen.⁴⁷

Begreppet god vård

Av 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, stadgas att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Utgångspunkten för all vård och behandling, även sådan vård som ges med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, är de krav som följer av HSL. Enligt Socialstyrelsen utgörs god vård av sex dimensioner vilka tillsammans sammanfattar kraven på svensk hälso- och sjukvård. En god vård utmärks av att vara:

- *Kunskapsbaserad och ändamålsenlig*: hälso- och sjukvården ska baseras på bästa tillgängliga kunskap, bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att bemöta patientens individuella behov,
- *Säker*: hälso- och sjukvården ska bedrivas på så sätt att den utförs med målet att minimera risken för eventuella vårdskador, dvs.

⁴⁷ CRC/GC/2003/4, p. 29.

lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd,

- *Patientfokuserad*: hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för människors lika värde och den enskilda människans värdighet, självbestämmande och integritet. Patienten ska bemötas utifrån dennes sociala sammanhang och vården ska planeras och genomföras i samråd med patienten,
- *Effektiv*: hälso- och sjukvårdens resurser ska utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål,
- *Jämlik*: hälso- och sjukvården ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla, oberoende av t.ex. kön, etnicitet, ålder eller funktionsnedsättning, prioritera de som har stort behov och vara hälsoinriktad och hälsofrämjande samt
- *Vård i rimlig tid*: hälso- och sjukvården vården ska erbjudas utan att eventuella väntetider påverkar patienten negativt i fysisk, psykisk eller social mening och vården ska utformas i enlighet med riksdagens prioriteringsprinciper.⁴⁸

Utredningen har valt att sammanfatta sina iakttagelser utifrån fyra av dessa områden – kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, säker vård, patientfokuserad vård och jämlik vård. Dessa delområden har av utredningen bedömts vara av särskild betydelse när det kommer till att kraftigt kunna minska användningen av tvångsåtgärder mot barn i den psykiatriska tvångsvården. Med denna genomgång vill utredningen understryka vikten av att den psykiatriska tvångsvården analyseras och kvalitetsutvecklas utifrån samma utgångspunkter som all övrig hälso- och sjukvård.

6.4.1 En kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Möjligheten att i vissa fall kunna göra avsteg från ett barns självbestämmanderätt ställer enligt utredningens mening höga krav på att de hälso- och sjukvårdsinsatser som ges mot barnets vilja är kun-

⁴⁸ Socialstyrelsen (2009a), s. 7 ff.

skapsbaserade och ändamålsenliga. Detta innebär att barnet ska ges adekvat behandling utifrån bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet liksom i övrigt gynnsamma levnadsförhållanden under sin tid vid vårdinrättningen. Vården och behandlingen ska också utformas för att säkerställa barnets delaktighet och säkerställa att barnets åsikter och erfarenheter tas tillvara så långt det är möjligt. En kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård är också en förutsättning för att antalet tvångsåtgärder kraftigt ska kunna minska.

Barnens perspektiv

Barnen vill ha allsidiga vård- och behandlingsinsatser

De barn som utredningen talat med har berättat om sina erfarenheter och gett flera förslag på hur den psykiatriska vården kan utvecklas för att motverka användningen av tvångsåtgärder.

Ett återkommande tema i samtalen har varit att barnen önskar få tillgång till allsidiga vård- och behandlingsinsatser under tiden vid sjukvårdsinrättningen. Ett annat återkommande tema har varit att det i vården behöver utveckla alternativa förhållningssätt och handlingsstrategier för att motverka att situationer uppkommer som leder till att tvångsåtgärder behöver vidtas.

Barnen uttrycker i första hand att de vill ha alternativ eller komplement till farmakologisk behandling under tiden i tvångsvården. Exempel på detta kan vara samtalsstöd, psykoedukation eller psykosociala insatser. Barnen menar att sådana insatser är av betydelse för att få stöd med att hantera känslor och därmed minska ångest och självdestruktiva tankar. Flera barn berättar att de har efterfrågat alternativ till farmakologisk behandling under sin vårdvistelse men att detta behov inte alltid har kunnat tillgodoses, oftast med hänvisning till att denna typ av kompetens inte fanns knuten till kliniken alternativt att barnets tillstånd var för dåligt för att barnet skulle vara mottagligt för t.ex. psykosociala insatser. Barnen upplever att de är på kliniken för att få hjälp med sin psykiska ohälsa men att de nekas den hjälp de behöver med hänvisning till sin psykiska ohälsa, vilket skapar ett moment 22.

Barnen vill att allsidiga behandlingsinsatser påbörjas redan under tiden i heldygnsvården. Detta skulle enligt dem förbättra barnens mående såväl på kort som lång sikt, motverka institutionalisering

och känslan av förvaring samt minska användningen av tvångsåtgärder. Behandlingsinsatserna måste vara individuellt utformade, då de patienter som vistas på vårdenheterna inte sällan har olika problembilder, och ske i nära samverkan med barnets öppenvårds-kontakter om sådana finns. Det pekar också på vikten av att eventuella behandlingsprogram som barnet genomgår i öppenvård inte upphör när barnet behöver vårdas i heldygnsvården.

En annan förutsättning för att minska användningen av tvångsåtgärder som lyfts fram av barnen är att använda bemötandestrategier vid kritiska situationer, t.ex. lågaffektivt bemötande. Med lågaffektivt bemötande menas en handlingsstrategi där den som möter en upprörd person, genom ett lugnt förhållningssätt och låg känslointensitet, söker dämpa starka känslointryck. Handlingsstrategin används vid kritiska tillfällen i syfte att skydda den som har svårt med känslokontroll och samtidigt hindra personalen från att gå upp i affekt. Syftet är att skapa förutsägbarhet och trygghet och medverka till att antalet konfliktskapande situationer minskar.⁴⁹

Barnen lyfter också fram att bemötandet i vården generellt är avgörande för att barnet ska känna trygghet och tillit till vårdpersonalen och för att behandlingen ska ge resultat. Barnen vill att vårdpersonalen ska behandla dem som individer, ägna dem tid och bry sig om dem.

Brist på meningsfulla aktiviteter

Gemensamt för de barn som utredningen har varit i kontakt med är att de har uppfattat vårdtiden vid sjukvårdsinrättningen som innehållslös och förvaringsliknande. De aktiviteter som erbjuds är få och barnen uppfattar att tiden i heldygnsvården går långsamt. Barnen berättar att det i regel finns s.k. aktivitetsrum på vårdenheterna men att dessa vanligen är låsta och ofta anpassade efter barn i yngre åldrar. På vissa kliniker finns aktivitetsrum enbart i den somatiska vården vilket innebär att barnen är beroende av att vårdpersonalen har tid att följa med, vilket bemanningssituationen inte alltid medger. Enligt barnen kan bristen på sysselsättning och aktiviteter, i kombination med en avsaknad av andra behandlingsinsatser än farmakologiska,

⁴⁹ Utredningen om tvångsvård för barn och unga (SOU 2015:71), s. 719.

innebära känslor av frustration, ensamhet och hopplöshet. Barnen uttrycker därför en önskan om att vårdenheterna erbjuder aktiviteter och sysselsättning under vårdtiden i högre utsträckning än i dag. Aktiviteterna ska så långt det är möjligt vara individuellt anpassade och ha låga trösklar så att alla barn kan delta. Flera barn efterfrågar enklare typer av aktiviteter, t.ex. att få medverka vid dagliga sysslor på vårdenheten såsom matlagning och bakning. Andra efterfrågar aktiviteter i form av yoga, avslappningsövningar, enklare träning och bild-, musik- och dansterapi. Dessa aktiviteter kan med fördel ledas av personer som kommer utifrån. Ett annat önskemål som återkommer är att barnen önskar tillgång till s.k. lugna rum dit barnet kan gå undan vid behov för att komma ned i varv, få en paus från andra patienter och vara ifred en kortare eller längre stund. Barnen menar att detta kan vara till hjälp för att minska antalet tvångsåtgärder.

Vård- och behandlingsinnehåll i den psykiatriska tvångsvården

Systematisk kunskap om innehållet i den barn- och ungdomspsykiatriska tvångsvården saknas ur ett nationellt perspektiv och detta gäller inte minst uppgifter om vårdens innehåll, kvalitet och resultat. Avsaknaden av sådan information gör det svårt att bedöma såväl måloppfyllelse som resursanvändning. De uppföljningar och inventeringar som har gjorts under de senaste åren ger dock en bild av att det finns skillnader mellan landstingen vad gäller såväl vårdinnehåll som behandlingsutbud och att innehållet i vården inte sällan varierar över tid och mellan vårdenheter.

Medicinska riktlinjer saknas i verksamheterna

Utredningen har inom ramen för arbetet intervjuat vårdpersonal vid sex vårdenheter som bedriver psykiatrisk heldygnsvård för barn. Intervjuerna har gjorts med bl.a. skötare, sjuksköterskor, läkare, chefsöverläkare och verksamhetschefer.

Vårdpersonalen anger att farmakologisk behandling, som regel, är den första åtgärden som vidtas när barnet inkommer till heldygnsvården men att de har möjlighet att erbjuda patienterna alternativ till farmakologisk behandling. I allmänhet utgörs dessa insatser av olika metoder för ångesthantering eller psykoedukation, i syfte att ge

patienterna möjligheter att lära sig känsloreglering. Ett par vårdenheter har psykologisk eller psykoterapeutisk behandling knuten till vårdenheten men dessa insatser ombesörjs vanligtvis via den specialiserade psykiatriska öppenvården.

I samtalen med vårdpersonalen framkommer att vårdenheterna saknar medicinska riktlinjer, s.k. vårdprogram, för ett flertal diagnoser men där riktlinjer finns t.ex. vid adhd och ätstörningar uppger personal att de används i det dagliga vårdarbetet. Vad gäller övrigt vårdinnehåll anger en majoritet av vårdenheterna att de kan erbjuda barnen någon form av aktivitet eller sysselsättning under tiden i heldygnsvården. Personalen nämner bl.a. att det på vårdenheterna finns tillgång till lekterapi, pysselrum och BUP-skola. Emellertid tycks det vara mer ovanligt att barnen kan erbjudas möjlighet till daglig utevistelse, och barnens möjlighet till fysisk aktivitet och motion varierade mellan vårdenheterna.

Skillnader i utbud mellan vårdenheter

I den inventering av den psykiatriska heldygnsvården som genomfördes av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) under 2010 konstaterades att det finns skillnader mellan olika landsting och mellan olika vårdenheter i heldygnsvården när det gäller den behandling och det vårdinnehåll som erbjöds patienterna. I inventeringen framkom att läkemedelsbehandling var en grundpelare i behandlingen men att patienterna, i de allra flesta fall, också fick tillgång till någon typ av omvårdnadsinsats. Hur behovsanpassad och individuellt utformad denna omvårdnad var varierade dock. Vissa vårdenheter kunde utförligt beskriva en omvårdnadsstrategi som var anpassad efter patienternas behov och var baserad på aktuell kunskap medan det vid andra vårdenheter helt saknades sådana beskrivningar. Vidare fanns det vårdenheter som erbjöd flera olika typer av behandlings-, rehabiliterings- och omvårdnadsinsatser medan andra vårdenheter helt saknade alternativ till farmakologisk behandling.⁵⁰ SKL konstaterade sammantaget att det fanns ett betydande utrymme för utveckling inom heldygnsvården i stort och att ett gott vårdinnehåll i heldygnsvården bör omfatta mer än läkemedel och omvårdnad, t.ex. tillgång

⁵⁰ Sveriges Kommuner och Landsting (2010), s. 92 ff.

till sociala, pedagogiska och psykologiska insatser för både patienter och närstående. Vidare ansåg SKL att patienternas vårdtid på avdelningen borde kunna utnyttjas bättre samt att trivseln för såväl patienter som personal torde kunna öka genom ett större utbud av insatser och aktiviteter på vårdenheter.⁵¹

Ensidiga behandlingsinsatser

Att patienter som vårdas i den psykiatriska heldygnsvården får relativt ensidiga behandlingsinsatser framkommer också i en granskning av innehållet i den psykiatriska tvångsvården som genomfördes av Socialstyrelsen under 2008. Av inventeringen framgår att läkemedelsbehandling vid inventeringstillfället var den vanligaste behandlingsåtgärden i tvångsvården och att endast en mindre grupp patienter fick tillgång till allsidiga behandlingsinsatser. Vad gäller barn och unga vuxna i åldern 12–25 år var det endast 18 procent som vid inventeringstillfället fick insatser som innehöll såväl medicinska som psykologiska och omvårdande/rehabiliterande inslag.⁵² Socialstyrelsen konstaterade att en ändamålsenlig vård bör innehålla ett flertal olika insatser för att kunna motsvara individuella behov på de områden som är relevanta för patientens hälsa och att det för barn och unga patienter ofta är av betydelse att den medicinska behandlingen kombineras med psykosociala insatser.⁵³ Socialstyrelsen bedömde vidare att alla patienter bör ha tillgång till aktiviteter i någon form och erbjudas en fungerande vardagsstruktur eller få insatser som syftar till att öka den enskildes delaktighet i sådan verksamhet.⁵⁴

Rekryteringssvårigheter skapar olikheter

Av de nulägesbeskrivningar som har genomförts av SKL under 2016 respektive 2017 när det gäller barn- och ungdomspsykiatrien konstateras att de praktiska möjligheterna för vårdenheter att erbjuda olika typer av behandlingsinsatser i samband med psykiatrisk hel-

⁵¹ Sveriges Kommuner och Landsting (2010), s. 107.

⁵² Socialstyrelsen (2009b), s. 40, 10.

⁵³ Socialstyrelsen (2009b), s. 11.

⁵⁴ Socialstyrelsen (2009b), s. 10.

dygnsvård dels tycks vara beroende av den kompetens som finns tillgänglig på vårdenheterna, dels hur lång patientens vårdtid är.

Vad gäller antal årsarbetare, mätt i de personalkategorier som traditionellt arbetar med psykosociala insatser, framgår av rapporterna att det finns skillnader mellan länen i såväl den öppna som den slutna barn- och ungdomspsykiatriska vården. Mätt i antal årsarbetare per 100 000 barn varierar t.ex. antalet psykologer mellan 13 och 52 stycken och antalet kuratorer mellan 1 och 57 stycken per 100 000 barn. Även den tid barnet är inneliggande i heldygnsvården varierar mellan länen.⁵⁵

Av SKL:s rapporter framgår vidare att det finns skillnader mellan vårdenheterna vad gäller t.ex. KBT- och DBT-insatser, behandling av ätstörningsproblematik och insatser mot depression och ångest- och tvångsbeteende.⁵⁶ Flera vårdenheter uppger att problem att rekrytera lämplig kompetens minskar kvaliteten på det vårdinnehåll som erbjuds patienterna och vårdens professioner upplever alltför ofta att man erbjuder ”förvaring” med risk för långa vårdtider. Vårdenheterna uppger vidare att de har svårt att möta de svårast sjuka barnens behov, främst barn med omfattande självskadebeteende eller kraftigt utåtagerande beteende.⁵⁷

Bemanning och personalsammansättning

Tillgång till personal med lämplig kompetens är avgörande för att kunna bedriva en kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. Bortsett från de allmänna reglerna om exempelvis vårdgivarer, verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar som uppställs i hälso- och sjukvårdslagstiftningen har vårdgivarna relativt långtgående möjligheter att själva organisera sin verksamhet. Det gäller även i fråga om vilka personalkategorier och kompetenser som ska finnas representerade på sjukvårdsinrättningarna liksom innehållet i den vård och behandling som ska erbjudas patienterna.

⁵⁵ Sveriges Kommuner och Landsting (2017a), s. 35 f.

⁵⁶ Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett samlingsnamn för psykoterapier där man tränar på att använda sig av nya beteenden och tankemönster för att minska psykologiska problem. Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en form av kognitiv beteendeterapi som syftar till att minska självskadande beteende hos personer med emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS).

⁵⁷ Sveriges Kommuner och Landsting (2017c), s. 20.

Den systematiska kunskapen om de barn- och ungdomspsykiatriska vårdenheternas tillgång till kompetens är begränsad ur ett nationellt perspektiv. Under de senaste åren har emellertid SKL genomfört inventeringar på eget initiativ som indikerar att det föreligger stora regionala skillnader mellan de olika landstingen vad gäller personalsammansättning och bemanning. De flesta kliniker uppger också att de har svårt att rekrytera vissa kompetenser.

Stora skillnader i personalsammansättning och bemanning

I den utvärdering av den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården som genomfördes av SKL under 2010 framkom att de vanligaste yrkeskategorierna på vårdenheterna vid inventeringstillfället var sjuksköterskor och skötare. Medan det var ovanligt att vårdenheterna kunde erbjuda patienterna tillgång till sjukgymnaster eller arbetsterapeuter, uppgav de flesta vårdenheter att de hade psykologer och/eller kuratorer knuta till verksamheten. Dessa personalkategorier arbetade emellertid vanligtvis för hela verksamhetsområdet psykiatri och tjänstgjorde endast under delar av arbetstiden inom den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården. Av inventeringen framgick vidare att det fanns stora skillnader i bemanning mellan de olika landstingen. Bemanningsfrekvensen varierade vid tillfället för inventeringen mellan 2,35–8,4 årsarbetare mätt i antal årsarbetare per vårdplats.⁵⁸

Utredningen har, i syfte att skaffa aktuell kunskap om bemanningsläget i den psykiatriska heldygnsvården, genomfört en mindre undersökning av personalsammansättning och bemanning. Undersökningen skickades till samtliga vårdenheter i landet som bedriver psykiatrisk heldygnsvård för barn. Alla vårdenheter utom två har inkommit med efterfrågade uppgifter. Av svaren framgår att basbemanningen på vårdenheterna i allmänhet utgörs av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, skötare och behandlingsassistenter. Av dessa yrkeskategorier är skötare och motsvarande i klar majoritet. Ungefär hälften av sjuksköterskorna är specialistutbildade i psykiatri. De flesta vårdenheterna uppgav att de har tillgång till psykologer eller kuratorer men dessa yrkeskategorier består vanligtvis av mindre än en

⁵⁸ Sveriges Kommuner och Landsting (2011), s. 33 f.

heltidsanställd resurs. Vårdenheterna har generellt inte tillgång till fritidspedagoger, socialpedagoger, dietister, fysioterapeuter eller arbetsterapeuter. I vissa fall återfinns emellertid denna kompetens inom den psykiatriska öppenvården.

Svårigheter med kompetensförsörjning och behov av kompetensutveckling

Svårigheter när det gäller bemanning och rekrytering kan innebära begränsningar i möjligheten att erbjuda behandlingsinsatser som motsvarar patientgruppens behov. I Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsynsrapport för 2016 konstateras att den psykiatriska specialistsjukvården, i likhet med många andra verksamheter inom hälso- och sjukvården, har svårigheter med kompetensförsörjningen. Dels har verksamheterna svårt att rekrytera specialiserad hälso- och sjukvårdspersonal, dels är det vanligt med en hög personalomsättning och hyrläkare och hyrsjuksköterskor krävs för att verksamheten ska fungera. Enligt IVO påverkar detta sammantaget vårdens kvalitet och försämrar patientens möjlighet till kontinuitet i sin kontakt med vården.⁵⁹

Den inventering som genomfördes av SKL under 2016 bekräftar att personalsituationen i verksamheterna inom barn- och ungdomspsykiatri är ansträngd. Verksamheterna har upplevt ett ökat inflöde av patienter samtidigt som de har svårt att rekrytera personal med lämplig kompetens. Här nämns särskilt svårigheter med att rekrytera läkare, psykologer, socionomer och specialistsjuksköterskor. Landstingen anger vidare att det är svårt att behålla personal i barn- och ungdomspsykiatri och att det finns behov av kompetensutveckling i samtliga personalgrupper till följd av en hög andel nyanställda med begränsad erfarenhet.⁶⁰

Även i de samtal som utredningen har fört med vårdens professioner framgår att rekryteringsläget är svårt. Dels tycks svårigheterna vara en följd av att tillgången på de efterfrågade kompetenserna inte motsvarar efterfrågan, inte minst på grund av pensionsavgångar, men också att den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården inte är en speciellt eftertraktad arbetsplats. Löneläget uppges vara sämre än

⁵⁹ Inspektionen för vård och omsorg (2017a), s. 40.

⁶⁰ Sveriges Kommuner och Landsting (2017a), s. 11 ff.

inom jämförbara verksamheter samtidigt som arbetsbelastningen är hög. Incitamenten för sjuksköterskor att genomgå specialistutbildning uppfattas som små då varken löneläget eller arbetsuppgifterna förändras på något avgörande sätt efter genomförd specialisering. Vissa professionsföreträdare framhåller också att deras spetskompetens inom olika områden inte alltid får komma till användning i arbetet i den psykiatriska heldygnsvården på det sätt som de önskar.

Av de samtal som utredningen har haft med vårdpersonalen i den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården framkommer även att personalsituationen på flera håll är ansträngd. Den bristande personalkontinuiteten medför en hög arbetsbelastning vilket kan resultera i övertidsarbete och sjukskrivningar liksom svårigheter att få till stånd en systematisk kompetensutveckling. Enligt personalen krävs det kontinuitet i personalgruppen, en ändamålsenlig bemanning under dygnets alla timmar och kompetensutvecklande insatser om antalet tvångsåtgärder ska kunna minska.

I den nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatrin som genomförts av SKL under 2017 konstateras att det finns ett engagemang och en vilja bland chefer och personal att arbeta med systematiskt utvecklingsarbete. Dock beskriver samtliga kliniker återkommande svårigheter att rekrytera och behålla personal. En utmaning är att nya medarbetare, när de börjar känna sig trygga i sin yrkesroll, byter till en lättare verksamhet med mindre ansvar och förväntningar. Dessutom uppger klinikerna att det finns en lönemässig konkurrens, både inom det egna landstinget och relativt kommunerna. Svårigheten att bemanna vårdenheterna medför att verksamhetscheferna får lägga ned mycket tid på rekryterings- och introduktionsarbete och att övrig personal blir hårt belastade. Även resursbrist är, enligt klinikföreträdarna, en försvårande faktor när det gäller användandet av evidensbaserade metoder, uppföljning och fort- och vidareutbildning.⁶¹ SKL drar slutsatsen att det krävs att verksamheten har tillräckligt goda förutsättningar i form av ett tydligt uppdrag, ekonomi i paritet med uppdraget och stöd från överordnade chefer och politik för att kunna rekrytera och behålla personal.⁶²

⁶¹ Sveriges Kommuner och Landsting (2017c), s. 20 ff.

⁶² Sveriges Kommuner och Landsting, Uppdrag psykisk hälsa (2017c), s. 20 ff.

Statliga satsningar på barn- och ungdomspsykiatri

Sedan 2011 har regeringen löpande tillfört medel till kommuner och landsting i syfte att bidra till kvalitetsutveckling inom barn- och ungdomspsykiatri inom ramen för överenskommelserna om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa och ohälsa. Under 2016–2019 avsätts extra medel om 150 miljoner kronor per år i syfte att stimulera utvecklingen i barn- och ungdomspsykiatri och utveckla nya initiativ. Medlen fördelas till landstingen enligt en befolkningsnyckel som bygger på invånarantal. Det innebär en förstärkning till landstingen med mellan knappt 1 miljon kronor per år (Gotland) och 33 miljoner kronor per år (Stockholm).⁶³

Socialstyrelsens utvärdering av överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016 visar att flera landsting har använt dessa medel för att förstärka barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Socialstyrelsens analys visar att det vanligaste var att använda medlen till utbildningar, föreläsningar och seminarier (11 län), förstärkt bemanning eller anställning av projektledare eller samordnare för implementering av olika projekt som ska öka tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri (10 län) och till att förstärka och utveckla första linjens psykiatri (9 län).⁶⁴ Vissa län har använt medlen till att öka tillgängligheten till BUP genom personalförstärkning, implementering av digitala verktyg och processförändringar. I fem län har stimulansmedel använts till att starta eller rusta upp mottagningar och i tre län har medlen gått till preventiva strategier såsom suicidprevention och tidig upptäckt av missbruk och självskadebeteende. Medlen har också använts till att implementera nya arbetsmodeller, att köpa neuropsykiatriska utredningar och att hjälpa ungdomar inom psykiatri att få bättre kontakter med arbetsgivare och att skapa förberedande insatser för ungdomar som ska ut på arbetsmarknaden. I Socialstyrelsens rapport framgår inte huruvida något län satsat några medel på den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården.⁶⁵

I regeringens vårandringsbudget för 2017 aviserades ytterligare en satsning på barn- och ungdomspsykiatri med 100 miljoner kronor. Medlen ska bidra till en förstärkning riktad till barn- och ungdoms-

⁶³ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2016b).

⁶⁴ Socialstyrelsen (2017b), s. 29 ff.

⁶⁵ Socialstyrelsen (2017b), s. 29 ff.

psykiatrin inklusive första linjens psykiatri i primärvården genom en förstärkning av regeringens befintliga satsning på psykisk hälsa.⁶⁶

En effektiv styrning med kunskap är en förutsättning för att förbättra innehåll och kvalitet i vården

En utgångspunkt för arbetet med innehåll, kvalitet och uppföljning i den psykiatriska tvångsvården är inriktningen mot en evidensbaserad praktik. Med evidensbaserad praktik avses en medveten och systematisk användning av flera kunskapskällor som ska ligga till grund för beslut om insatser. Åtgärderna ska bygga på bästa tillgängliga kunskap, den professionelles expertis och patientens situation, erfarenhet och önskemål.⁶⁷ Hur informationen från de olika kunskapskällorna vägs samman avgörs av det nationella och lokala sammanhanget, t.ex. vilken tillgång som finns till t.ex. lagstiftning, riktlinjer och sammanställning av kunskap.

Allmänt om styrning med kunskap

Styrning med kunskap kan ses som ett system som syftar till att i ökad utsträckning skapa förutsättningar för en evidensbaserad praktik, med målet att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används inom olika verksamheter samtidigt som icke evidensbaserade eller skadliga metoder mönstras ut.⁶⁸ Styrning med kunskap utgår från en cyklisk modell som beskriver ett systematiskt arbetssätt för att stödja en god hälsa, vård och omsorg. Modellen utgår från en process i fem steg: 1) behovs- och problemanalys, 2) framtagande av bästa tillgängliga kunskap utifrån de behov och problem som identifierats, 3) stöd till kunskapsspridning, 4) uppföljning och utvärdering av effekter, samt 5) förnyad behovs- och problemanalys.⁶⁹

En effektiv och ändamålsenlig styrning med kunskap kräver ett långsiktigt och sammanhållet arbete på flera nivåer. Här bör särskilt nämnas relationen mellan verksamheterna och den lokala, regionala och nationella nivån vad gäller uppföljning och kvalitetsarbete. Sta-

⁶⁶ Prop. 2016/17:99, s. 51.

⁶⁷ www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/attarbeteaevidensbaserat

⁶⁸ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014e), s. 80.

⁶⁹ Socialstyrelsen (2017a), s. 11.

ten har också en viktig roll i att främja styrningen med kunskap bland annat genom de föreskrifter och kunskapsstöd som tas fram av de statliga myndigheterna.

Statlig styrning med kunskap

I förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst anges de övergripande riktlinjerna för den statliga kunskapsstyrningen. Där stadgas att kunskapsstyrningen utgör ett stöd för huvudmän (landsting och kommuner) och olika professioner som har ansvar för att patienter och brukare ges en god vård och insatser av god kvalitet. Styrningen med kunskap sker genom icke-bindande kunskapsstöd och föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Styrningen ska vara samordnad, effektiv och anpassad till de behov olika professioner och huvudmän har och bidra till en ökad jämställdhet (2 §).

Som ett led i att stärka den statliga kunskapsstyrningen har Rådet för styrning med kunskap inrättats. Rådet ska vara ett forum för samverkan runt strategiska frågor om kunskapsutveckling och nyttiggörandet av forskning och innovationer. Rådet har i uppgift att bland annat verka för att den statliga styrningen med kunskap är samordnad och effektiv, anpassad efter professionernas och huvudmännens behov samt att patienters och brukares synpunkter och erfarenheter beaktas i myndigheternas kunskapsstyrning (8 §). Rådet består av tio myndigheter inom områdena hälso- och sjukvård och socialtjänst: E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Läke-medelsverket, Myndigheten för delaktighet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Parallellt med Rådet för styrning med kunskap har det bildats en huvudmannagrupp. Huvudmannagruppen, som består av förtroendevalda från kommuner och landsting, har i uppgift att informera Rådet om områden där det finns behov av statlig styrning med kunskap i kommuner och landsting.⁷⁰

⁷⁰ Socialstyrelsen (2017a), s. 11.

Uppföljning och kunskapsproduktion på nationell nivå

En ändamålsenlig, behovsanpassad och effektiv styrning med kunskap kräver en systematisk uppföljning och ett arbete på flera nivåer. Staten har dock en särskild roll i att stödja och utveckla effektiva strukturer för kunskapsstyrning genom ett samarbete med hälso- och sjukvårdens huvudmän, verksamheter, professioner, patienter och brukare. På nationell nivå har flera myndigheter ansvar för kunskapsproduktion och uppföljning vad gäller insatser inom hälso- och sjukvården, däribland den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården. I de följande beskrivs de myndigheter vars arbete främst berör den psykiatriska heldygnsvården för barn mer ingående.

Enligt 3 § i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen ska *Socialstyrelsen* följa, analysera och rapportera om hälsa, hälso- och sjukvård, socialtjänst m.m. genom statistikframställning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier. Vidare ska myndigheten, genom framtagandet av kunskapsstöd, exempelvis nationella riktlinjer, rekommendationer och föreskrifter, bidra till att hälso- och sjukvården bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Myndigheten ska också följa upp och utvärdera utvecklingen av vården och omsorgen, utveckla och förvalta nationella indikatorer för god hälsa, vård och omsorg samt redovisa analyser av verksamheternas processer, resultat och kostnader. Myndigheten ska också, enligt 2 § i förordningen, samordna de statliga insatserna inom socialtjänst och hälso- och sjukvård när det gäller barn och ungdom. Socialstyrelsen är vidare statistikansvarig för den officiella statistiken inom områdena hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Socialstyrelsen har för närvarande ett regeringsuppdrag som syftar till att förbättra möjligheterna till uppföljning av psykiatrisk tvångsvård i patientregistret. Inom ramen för uppdraget, som består av två deluppdrag, ska Socialstyrelsen bl.a. utreda förutsättningarna för alternativa metoder att samla in data samt genomföra åtgärder i syfte att förbättra kvaliteten i data om tvångsvård och tvångsåtgärder i den befintliga insamlingsmetoden. Uppdraget ska slutredovisas den 1 december 2018 respektive den 1 december 2017.⁷¹

Enligt 1 § förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg har *Inspektionen för vård och omsorg*

⁷¹ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2016a)

(IVO) i uppgift att svara för tillsyn inom hälso- och sjukvården, som en del av tillsynen pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal, enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, och svara för tillståndsprövning. Myndigheten ansvarar också för att utöva tillsyn över säkerheten vid sjukvårdsinrättningar där det får ges vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Därutöver ska tillsynen genom exempelvis råd och vägledning medverka till att skapa goda förutsättningar för god vård och hög patientsäkerhet. Myndigheten har inga uppgifter som särskilt berör uppföljning men däremot en kunskapsåterförande roll där resultaten från tillsynen kan ligga till grund för ett systematiskt lärande i verksamheterna och ge underlag för nationella och regionala prioriteringar. Myndigheten har inga särskilda uppdrag, eller pågående initiativ, vad gäller barn i den psykiatriska heldygnsvården såvitt utredningen kunnat utröna.

Enligt förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering har *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)* i uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder i hälso- och sjukvården ur medicinskt, ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv. Myndigheten ska sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt och sprida dem så att vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig kunskapen. SBU ska kontinuerligt utveckla sitt arbete med att sprida utvärderingarna så att dessa tillämpas i praktiken och leder till önskade förändringar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vidare har SBU i uppdrag att systematiskt identifiera, aktivt föra ut kunskap om och utvärdera behandlingsmetoder i vården vars effekter det saknas tillräcklig kunskap om. Myndigheten har, såvitt utredningen erfarit, inga särskilda uppdrag eller pågående initiativ när det gäller barn i den psykiatriska heldygnsvården.

Av förordning (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys framgår att *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv ska följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg utifrån funktion och effektivitet. Myndigheten ska också bistå regeringen med underlag och rekommendationer för effektivisering av statlig verksamhet och styrning,

inom ramen för sitt verksamhetsområde samt utvärdera sådan information om vården och omsorgen som lämnas till den enskilde gällande informationens innehåll, kvalitet, ändamålsenlighet och tillgänglighet. Myndigheten ska vidare bistå med utvärderingar och uppföljningar av statliga reformer och initiativ samt bedriva omvärldsbevakning och göra internationella jämförelser. Myndigheten har inga särskilda uppdrag eller pågående initiativ vad gäller barn i den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården såvitt utredningen erfarit.

Styrning med kunskap i landsting/regioner

För närvarande pågår flera initiativ hos huvudmännen och SKL som tar sikte på nationella strukturer för styrning med kunskap i landsting/regioner. SKL:s styrelse har rekommenderat landsting och regioner att gemensamt och långsiktigt delta i, stödja och finansiera en sammanhållen struktur för styrning med kunskap i syfte att ge bättre förutsättningar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet.

Regeringen har inom ramen för 2017 års överenskommelse om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa avsatt medel för att SKL ska påbörja ett arbete med att etablera regionala resurscentrum inom området psykisk hälsa och ohälsa. Målet med de regionala resurscentrumen är att stödja en förstärkt struktur för kunskapsutbyte, exempelvis genom stöd till insamling av statistik, analys och implementering. Resurscentrumen ska också bidra till utvecklingen av vårdkvalitet, förbättrade vårdresultat och ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser.⁷² Upp till sex olika regionala resurscentrum ska etableras under 2017 med uppdrag att stödja utvecklingen inom både landsting/regioner och kommuner.⁷³

Inom ramen för regeringens överenskommelser med SKL inom området psykisk hälsa och ohälsa har regeringen sedan 2012 finansierat en särskild funktion vid SKL, *Uppdrag Psykisk hälsa* (UPH), som bl.a. har i uppdrag att stödja huvudmännen i implementeringen av regeringens satsningar. Under 2017 tillfördes SKL 60 miljoner

⁷² Regeringskansliet, Socialdepartementet (2016b), s. 11.

⁷³ www.uppdragpsyiskhalsa.se/kunskap-styrning/resurscenter/etablering-av-resurscentra/

kronor för att stödja kommuner och landsting/regioner i arbetet med att analysera förhållanden lokalt och regionalt, ge metodstöd och genomföra uppföljningar.⁷⁴ UPH har sedan 2009 genomfört särskilda satsningar inom området barn och ungas psykiska hälsa och ohälsa, som också innefattar den psykiatriska heldygnsvården. Under 2017 har UPH genomfört två inventeringar av den barn- och ungdomspsykiatriska vården vad gäller t.ex. innehåll, vårdplatser och kompetens samt startat ett projekt för att minska antalet tvångsåtgärder i barn- och ungdomspsykiatri (Bättre vård – mindre tvång). UPH har också, tillsammans med bl.a. Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) arbetat fram ett underlag för utförande av revisioner av tvångsvården för barn och unga. Utöver detta arbetar UPH med bl.a. en satsning på att förstärka tidiga insatser till barn (första linjen), stödja ungdomsmottagningarna i deras utvecklingsarbete och förbättra insatser för barn i behov av sammansatt stöd.⁷⁵

Behov av kunskapsutveckling inom den psykiatriska tvångsvården

Under de senaste åren har flera aktörer återkommande pekat på ett behov av ökad kunskapsutveckling inom den psykiatriska tvångsvården och lämnat förslag på åtgärder.

I betänkandet *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100) från Nationell psykiatrisamordning konstaterade samordningen att ett brett utvecklingsarbete behövs för att förbättra arbetsmetoder, vårdinnehåll och bemötande inom den psykiatriska tvångsvården och för att successivt minska behovet av tvångsåtgärder. Psykiatrisamordningen föreslog att Socialstyrelsen skulle ges i uppdrag att, tillsammans med andra berörda aktörer, skapa en gemensam utvecklingsplan med riktlinjer och förhållningssätt för hur tvångsvården bör bedrivas med inriktning mot att så långt möjligt undvika tvångsåtgärder.⁷⁶

I den inventering av den psykiatriska tvångsvården som Socialstyrelsen genomförde under 2008 föreslog myndigheten att regeringen borde överväga att vidta åtgärder för att stödja huvudmännen

⁷⁴ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2016b), s. 9.

⁷⁵ www.uppdragpsyiskhalsa.se/barn-unga/

⁷⁶ Nationell Psykiatrisamordning (SOU 2006:100), s. 434, 42.

att utveckla innehållet i den psykiatriska tvångsvården, i form av bland annat vårdprogram och kvalitetssystem. Socialstyrelsen rekommenderade även att sjukvårdshuvudmännen skulle vidta särskilda åtgärder för att kvalitetssäkra och utveckla innehållet i den psykiatriska tvångsvården för att garantera en differentierad och behovsanpassad vård för varje enskild patient.⁷⁷

I utvärderingen av projektet Bättre vård – mindre tvång 2013, konstaterade Socialstyrelsen återigen att det finns ett behov av att öka användningen av evidensbaserade metoder inom den psykiatriska tvångsvården, likväl som ett behov av att följa upp och utvärdera de metoder som används. I utvärderingen konstaterade myndigheten att det har funnits flera nationella satsningar på kompetens och på att ta fram nationella riktlinjer inom den psykiatriska vården, men att dessa satsningar inte har varit utformade med den psykiatriska heldygnsvården i fokus.⁷⁸

Trots att behovet av en ökad kunskapsförsörjning har uppmärksamats med jämna mellanrum under det senaste decenniet har inga nationella initiativ tagits för att stärka kunskapsbasen inom den psykiatriska heldygnsvården, med undantag för SKL. Däremot har flera landsting arbetat fram regionala medicinska riktlinjer, s.k. vårdprogram, för olika typer av diagnoser och Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) har tagit fram kliniska riktlinjer och/eller vårdprogram för vissa tillstånd.

6.4.2 Säker vård

Med säker vård menas bl.a. att vården ska bedrivas så att den utförs med målet att minimera risken för eventuella vårdskador.⁷⁹ Med vårdskada menas enligt 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som 1. är bestående och inte ringa eller 2. har lett till att patienten har fått ett väsentligt ökat vårdbehov

⁷⁷ Socialstyrelsen (2009b), s. 14 f.

⁷⁸ Socialstyrelsen (2013a), s. 27 ff.

⁷⁹ Socialstyrelsen (2009a), s. 20.

eller avlidit. Med patientsäkerhet avses, enligt 1 kap. 6 § PSL, skydd mot vårdskada.

För att främja arbetet med kvalitet och patientsäkerhet finns författningskrav på att vårdgivaren ska ha ett ledningssystem och arbeta systematiskt med patientsäkerhet. Med hjälp av ledningssystemet ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning, och det ska innehålla de processer och rutiner som behövs för att säkra kvaliteten.⁸⁰ Enligt Socialstyrelsen kännetecknas en hög patientsäkerhet av att patienten och personalen är delaktiga i patientsäkerhetsarbetet, att det finns en god patientsäkerhetskultur och att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande förhållningssätt.⁸¹

Tvångsåtgärder kan uppfattas som traumatiska för barnet

Flera barn som utredningen talat med har erfarenhet av fastspänning med bälte. De beskriver denna tvångsåtgärd som en obehaglig upplevelse som framkallat känslor av maktlöshet. Stämningen i de situationer när bältesläggning används är ofta upprörd, och situationen kan upplevas som mycket våldsam och övergreppslik. Barnen har berättat om händelser där uppemot halvdussinet vuxna, ibland väktare eller annan säkerhetspersonal, har medverkat vid en fastspänning vilket har uppfattats som skrämmande. Det finns också barn som varit med om upprepade åtgärder som vidtagits med tvång som berättar att ribban för när en tvångsåtgärd tas till kontinuerligt sjunker.

I den undersökning som genomfördes av Barnombudsmannen (BO) om samhällets stöd till barn med psykisk ohälsa bekräftas bilden av att de barn som varit med om upprepade tvångsåtgärder i vården inte sällan uppfattade dessa som övergreppslika. I rapporten berättar en flicka hur hon börjar hyperventilera på grund av en ångestattack och hur flera män i personalen lägger sig på henne vilket gör det ännu svårare att andas. Ett annat exempel är en flicka som

⁸⁰ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9).

⁸¹ Socialstyrelsen (2009a), s. 20 f.

varit utsatt för ett tidigare trauma som beskriver att hon får panik av bältesläggning.⁸²

Enligt barnen som utredningen har talat med finns det risk för att tvångsåtgärder förstärker barnets dåliga mående och medverkar till ökad ångest. Att utsättas för tvångsåtgärder kan också leda till känslor av skam och skuld. För en del barn utredningen talat med har tvångsåtgärder också medfört mer långvariga negativa konsekvenser. De berättar att de har svårigheter med att vara i situationer eller genomföra vardagliga saker som påminner om de tvångsåtgärder som de har varit med om. Det kan t.ex. yttra sig i att barnen undviker trånga utrymmen, som hissar eller mindre rum eller att sova på rygg, då det påminner om att vara fastspänd i en bältesäng. Vissa uppger att de har behövt gå i terapi för att bearbeta de händelser som skett i samband med tvångsåtgärder. Andra har berättat att de negativa upplevelserna av de tvångsåtgärder som de har varit med om resulterat i att de inte vill söka sig tillbaka till den psykiatriska vården.

Kan en tvångsåtgärd medföra vårdskada eller risk för vårdskada?

Kopplingen mellan tvångsåtgärder och skaderisker har inte närmare studerats i en svensk kontext. Det finns emellertid utländska kunskapssammanställningar som indikerar att tvångsåtgärder kan medföra vårdskada eller risk för vårdskada.

Det brittiska National Institute for Health Care Excellence (NICE) har i samband med framtagandet av riktlinjer kring interventionsstrategier vid hot och våld hos vuxna personer inom psykiatrisk vård utvärderat olika interventioner vid händelse av våld och aggression. Underlaget baserar sig på fyra systematiska litteraturöversikter, två randomiserade kontrollerade studier (RCT) samt två observationsstudier, och avser interventionerna isolering och fasthållning (både fysisk fasthållning och fastspänning).⁸³

En systematisk översikt av 45 studier som utvärderat manuell fasthållning och en systematisk översikt av 115 studier som utvärderat isolering visade att patienterna hade negativa känslor och attityder till isolering och fasthållning, såsom rädsla, smärta och ilska.

⁸² Barnombudsmannen (2012a), s. 86 ff.

⁸³ Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2016a), s. 2.

Ytterligare två observationsstudier redovisade patienterfarenheter av fasthållning och isolering. I en av dessa studier framkom att 47 procent av patienterna som isolerats upplevde posttraumatiska stresssymptom.⁸⁴ Studierna i kunskapsunderlaget bedömdes av NICE emellertid ha lågt bevisvärde beroende på små patientpopulationer och omfattande kvalitetsbrister.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har kommenterat NICE kunskapsöversikt men har, inom ramen för arbetet, inte bedömt de enskilda studiernas evidensgrad. SBU konstaterar emellertid att fysiska ingripanden, t.ex. genom fastspänning, fasthållning eller avskiljning, alltid innebär risk för skada både på patienter och på personal.⁸⁵

Kunskapsläget kring möjliga skadeverkningar vid användning av tvång och tvångsåtgärder har kommenterats mer ingående i samband med arbetet i det norska Paulsrud utvalget (NOU 2011:9). Sammanställningen bygger på en omfattande litteraturgenomgång och berör såväl tvångsingripanden av vuxna som av barn i psykiatrisk tvångsvård. Av sammanställningen framgår att de studier som har genomförts inom området indikerar att tvångsanvändning kan leda till olika former av möjliga skador hos patienten och att dessa skador kan grupperas i någon av följande tio kategorier:

1. Kränkning av autonomi och fysisk och psykisk integritet samt inskränkningar i rörelsefriheten (frihetsberövande)
2. Fysisk skada och död
3. Våld och övergrepp
4. Trauma (i diagnostisk mening), re-traumatisering och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)
5. Kränkningar, känslor av förlorad värdighet och upplevelser av straff
6. Psykiskt obehag i form av skam, ångest, otrygghet, ilska, deprivation, depression och förlust av självkänsla
7. Sociala belastningar och skada på den sociala identiteten t.ex. genom social isolering, förlust av rykte och status genom stig-

⁸⁴ Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2016a), s. 2 f.

⁸⁵ Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2016a), s. 2.

matisering och kriminalisering samt försvagning av individens möjligheter till social integration

8. Förlust av tillgång till individuella resurser och utvecklingsmöjligheter
9. Minskade incitament till att genomgå frivillig behandling
10. Skador på behandlingsrelationen och missnöje med, och brusten tillit till, den psykiatriska vården.⁸⁶

Utifrån litteraturgenomgången dras slutsatsen att materialet ger fog för att hävda att tvångsansvändning kan medföra olika former av skador på patienter, även skador av allvarlig karaktär, och bidra till att minska patienternas upplevelser av psykisk hälsa. Författaren menar emellertid att skademönstren och skadornas omfattning samt effekterna på behandlingsutfallet är okända och behöver bli föremål för fördjupande litteraturstudier och empirisk forskning.⁸⁷

Förhållandet mellan tvångsåtgärder och vårdskada eller risk för vårdskada har också kommenterats av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i den handbok som har tagits fram som stöd för markörbaserad journalgranskning i den psykiatriska vården. SKL konstaterar att det inte finns någon anledning att bedöma en tvångsåtgärd som en vårdskada om bedömningen av patienten är gjord på ett adekvat sätt, att indikation finns för tvångsåtgärden och åtgärden är utförd på ett korrekt sätt. Emellertid konstateras att en tvångsåtgärd, ur patientens perspektiv, kan innebära en upplevelse av att drabbas av en kränkning av integritet och självbestämmande och att en sådan kränkning är en skada. Om bedömning av patienten inte är gjord på adekvat sätt och om indikation för tvångsåtgärden inte finns måste en sådan kränkning, enligt SKL, betecknas som en undvikbar skada, dvs. en vårdskada. För att få en tydlig bild av händelseförloppet då en tvångsåtgärd genomförts kan dokumentation från t.ex. ett uppföljningssamtal bidra till att ge en bild ur patientens perspektiv.⁸⁸

⁸⁶ Norvoll (NOU 2011:9), s. 368 f.

⁸⁷ Norvoll (NOU 2011:9), s. 376.

⁸⁸ Sveriges Kommuner och Landsting (2015), s. 14.

Få tvångsåtgärder mot barn anmäls enligt Lex Maria

Av statistik från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) framgår att myndigheten mottog 2 470 Lex-Maria anmälningar under 2016, dvs. anmälningar från vårdgivaren om vårdskada eller risk för vårdskada i hälso- och sjukvården. När det gäller Lex Maria-anmälningar inom barn- och ungdomspsykiatrien fattade IVO beslut i 26 ärenden. Då IVO inte för statistik om innehållet i anmälningarna har utredningen gått igenom dessa manuellt. Av materialet framgår att vårdgivare har Lex Maria-anmält vårdskada eller risk för vårdskada i samband med användning av tvångsåtgärder mot barn i den psykiatriska vården i ett fall under 2016. Det rör sig om en patient som ådrog sig skador av fysisk och psykisk karaktär i samband med utförandet av en tvångsåtgärd. Enligt IVO var skadan att betrakta som allvarlig.

Av statistik från IVO framgår att myndigheten utredde klagomål gällande tvångsåtgärder i den psykiatriska vården i 40 fall under 2016 och riktade kritik mot vårdgivare i 15 av dessa fall. Av klagomålen rörde endast tre tvångsåtgärder mot barn, och dessa gällde kränkande behandling från vårdpersonal i samband med att en tvångsåtgärd vidtagits. Ett av dessa klagomål avslutades med kritik från IVO.

Vikten av ett gott bemötande

De barn som utredningen talat med anser att ett individanpassat och respektfullt bemötande är avgörande för att skapa en god relation mellan barnet och vårdpersonalen. Upplevelsen av ett gott bemötande är enligt barnen en förutsättning för att behandlingen ska ge resultat och ett gott bemötande kan motverka situationer där tvångsåtgärder kan bli aktuella. Personalens bemötande innan, under och efter en tvångsåtgärd har också betydelse för huruvida barnet uppfattar tvångsåtgärden som ett övergrepp eller inte. I barnens berättelser finns exempel på tvångsåtgärder som uppfattats som begripliga och som utförts med respekt och omsorg, men också exempel på tydliga bemötandebrister. I berättelserna finns flera exempel – vårdpersonal som klockar panikångestattacker och tar till bältesläggning om dessa överskrider femton minuter, tvångsmedicinering som utförs under fasthållning av ett halvdussin vårdare i barnets sjukhus-säng och om uppjagade situationer där väktare eller annan säkerhets-

personal varit involverade och hur bältessängen placerats utanför barnets rum för att underlätta bältesläggning.

Att sättet som tvångsåtgärden utförs på har betydelse för hur åtgärden uppfattas bekräftas av de barn som Barnombudsmannen (BO) samtalat med i samband med granskningen av samhällets stöd till barn med psykisk ohälsa. Barnen i BO:s granskning berättar t.ex. att kränkande kommentarer från vårdpersonalen eller det faktum att barnet inte får gehör för sina synpunkter på vården kan leda till att en tvångsåtgärd uppfattas som ett övergrepp. Å andra sidan kan en tvångsåtgärd där personalen med lugn och medkänsla stöttat barnet upplevas som mindre traumatiserande.⁸⁹

Barnen som utredningen har talat med önskar särskilt att vårdpersonalen bemöter dem på ett sätt som inger trygghet och lugn och som visar på en vilja att försöka förstå barnets situation. De tycker också att det finns utrymme för förbättring när det gäller att använda alternativa bemötandestrategier och förhållningssätt vid kritiska situationer, t.ex. kunskaper i lågaffektivt bemötande. Detta skulle både kunna minska antalet tvångsåtgärder och minska risken för att barnet upplever tvångsåtgärden som kränkande eller skrämmande.

Bemötandefrågan bör vara en del av tillsynen

För att resultaten av vård- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården ska bli bra är det betydelsefullt att patienten känner förtroende för och tillit till vård- och omsorgspersonalen. Detta är av betydelse inom den psykiatriska vården generellt men särskilt angeläget när vården bedrivs med tvång och när insatserna rör barn som är en utsatt grupp.

Enligt Socialstyrelsen kan brister i kommunikation och bemötande mellan personal och patienter leda till patientsäkerhetsrisker. Brister i bemötandet kan t.ex. resultera i att patienten inte följer ordinationer och behandlingsrekommendationer, att patienten inte återkommer till vården trots att hans eller hennes tillstånd kräver det eller att patienten inte uppfattar information av betydelse för vården. Socialstyrelsen slår fast att ett löpande arbete med bemötandefrågor är nödvändigt och att det ligger ett ansvar på ledningen och perso-

⁸⁹ Barnombudsmannen (2014a), s. 86 ff.

nalen att värna om och respektera patienten.⁹⁰ Också regeringen har betonat att brister i bemötandet kan påverka patientsäkerheten om bristen haft betydelse för vården eller behandlingens genomförande och/eller resultat.⁹¹

Klagomålsutredningen (SOU 2015:102) har konstaterat att många klagomål på hälso- och sjukvården bottnar i brister i kommunikation, bemötande och delaktighet. Även i de klagomål som kategoriserats som vård och behandling tycks det i vissa fall finnas underliggande problem med kommunikation och bemötande. Mot bakgrund av detta framhåller Klagomålsutredningen att det tycks finnas ett behov av att hälso- och sjukvården i större utsträckning blir patientcentrerad och att patienten blir delaktig, hörd och får ta del av information som denne kan ta till sig.⁹²

Utredningen delar den bedömningen. Enligt utredningens mening är bemötandefrågan central i hälso- och sjukvården generellt men särskilt viktig när det kommer till barn som vårdas utan samtycke i psykiatrisk tvångsvård. Utredningen anser därför att det är angeläget att även bemötandefrågan blir belyst inom ramen för det löpande tillsynsarbetet vad gäller den psykiatriska heldygnsvården för barn.

Lokalernas utformning påverkar förutsättningarna för en god och säker vård

Miljön på de kliniker som tar emot barn i heldygnsvård har inte granskats systematiskt i Sverige. I den utvärdering av den psykiatriska heldygnsvården som genomfördes av SKL under 2010 konstaterades emellertid att det finns skillnader mellan olika landsting och mellan olika vårdenheter i den psykiatriska heldygnsvården vad gäller den vårdmiljö som erbjuds patienterna. Av utvärderingen framgår att kartläggningsteamet uppskattade att endast cirka en femtedel av vårdenheterna vid inventeringstillfället kunde sägas erbjuda en bra vårdmiljö. Mer än hälften av enheterna beskrevs ha en vårdmiljö med slitna lokaler, en avsaknad av gemensamma utrymmen och sällskapsrum och balkonger som enda möjlighet till utevistelse.

⁹⁰ www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/bemotande-i-halso-och-sjukvarden/Sidor/Om-bemotande-i-halso-och-sjukvarden.aspx

⁹¹ Prop. 2009/10:210 s. 70.

⁹² Klagomålsutredningen (SOU 2015:102).

På en del avdelningar innebär avsaknaden av utrymmen för behandling och gruppaktiviteter en klar begränsning i möjligheterna att utveckla vårdinnehållet.⁹³

Den vårdpersonal som utredningen har pratat med uppger att de nuvarande vårdlokalerna i den psykiatriska heldygnsvården ofta är anpassade efter den somatiska vården och därmed saknar ytor för t.ex. avskiljning. Ofta finns bara en entré där barn med olika problembilder blandas vid intagningen vilket kan öka risken för att situationer uppstår där tvångsåtgärder blir nödvändiga. Lokalernas utformning uppges kunna öka – eller minska – personalens möjlighet att hantera situationer utan att behöva använda tvångsåtgärder. Lokalernas utformning måste därför ägnas särskild uppmärksamhet i planeringen och genomförandet av hälso- och sjukvårdens insatser.

De barn som utredningen har talat med har en liknande bild. Flera barn berättar om vårdlokaler där patienter med olika problembilder trängs samman och där det saknas ytor för sysselsättning eller rum där man får vara i fred. Detta kan leda till att patienterna triggas varandra och att barnens problematik förstärks. Även barnen har uttryckt att det bör finnas olika intag när barn inkommer till den barn- och ungdomspsykiatriska vården. De bör anpassas efter barnens olika behov och medverka till att barn med olika problematik inte sammanförs i onödan. Barnen berättar också om vikten av att mötas med ett lugn, en trygghet och värme när man inkommer till barn- och ungdomspsykiatri, och att en rörig och upplevd kaotisk situation kan förstärka ett redan dåligt mående.

6.4.3 En patientfokuserad vård

Hälso- och sjukvårdens insatser ska vara patientfokuserade. Det är i kontakterna med patienten, eller i interaktionen mellan vården och patienten, som värdet av hälso- och sjukvården uppstår. Att vården är patientfokuserad innebär bl.a. att patienten ska ges möjlighet att aktivt delta i beslut som rör den egna vården, att patienten ska få tillräcklig information om sådant som är av betydelse för vården samt att patienten ska bemötas med respekt och som en egen individ med

⁹³ Sveriges Kommuner och Landsting (2010), s. 91 ff.

unika preferenser och behov.⁹⁴ Hälso- och sjukvården har ett ansvar när det gäller delaktighet, information och bemötande i hälso- och sjukvården generellt men detta är av särskild betydelse när patienten är en ung människa. Det gäller att skapa förutsättningar för barnet att vara delaktigt och att se till att barnet har förstått den information som ges samt att hälso- och sjukvården använder sig av metoder och arbetssätt som är anpassade efter barns behov och villkor.

Barnets rätt till inflytande över sin vård

Barnets rätt att komma till tals, få framföra sina synpunkter och få relevant information är en grundläggande rättighet under vårdens genomförande. Enligt artikel 12 i barnkonventionen, som är en av konventionens grundprinciper, framgår rätten för det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet och rätten att få sina åsikter beaktade i förhållande till sin ålder och mognad. I artikel 12.2 anges särskilt att barnet ska beredas möjlighet att höras, direkt eller genom företrädare, i alla rättsprocesser och administrativa förfaranden som rör barnet. Artikel 12 innebär således en tydlig skyldighet för konventionsstaterna att erkänna rättigheten och säkerställa att den genomförs.

Att barn ska ges förutsättningar att uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem är också en av de nio principer som stadgas i regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Av strategin framgår att det för att uppfylla denna rättighet krävs att ansvariga aktörer har kunskap om hur den ska förverkligas i den egna verksamheten. Det innebär att det måste finnas kunskap om och utarbetade arbetssätt för hur barnets åsikter på bästa sätt kan inhämtas, utifrån barnets ålder och mognad. Det är viktigt att miljön känns trygg för barnet och att metoder och arbetssätt är väl anpassade till barnets förutsättningar. Det innebär att barnets rätt att uttrycka sina åsikter och få möjlighet att höras inte begränsas till tal utan kan inhämtas genom olika uttrycksmedel (artikel 13). I alla beslut som rör barn bör det framgå hur barnets åsikter har inhämtats och beaktats.⁹⁵

⁹⁴ Socialstyrelsen (2009a), s. 21.

⁹⁵ Prop. 2009/10:232, s. 13.

Sedan den 1 januari 2015 finns bestämmelser om barns inflytande över sin vård i patientlagen (2014:821), förkortad PL. Av 1 kap. 8 § PL framgår att när hälso- och sjukvård ges till ett barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Motsvarande bestämmelse finns också i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Barnets bästa handlar både om att skydda barnets liv och hälsa samt värna barnets rätt till inflytande och barnets rätt att uttrycka sin åsikt. I 3 kap. PL finns vidare en rad bestämmelser om information till patienten som gäller såväl vuxna som barn. Den information som ska ges handlar bl.a. om patientens hälsotillstånd, vård och behandling samt om eventuella biverkningar. Enligt 3 kap. 6–7 §§ PL ska informationen anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar och den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

Barnets behov av information och delaktighet

En förutsättning för att vara delaktig i sin vård är att få information om sitt tillstånd, sina rättigheter och om de insatser som finns att tillgå i hälso- och sjukvården. Vid utredningens samtal med barn har ett återkommande tema i barnens berättelser emellertid varit hur bristen på kunskap och information har präglat deras upplevelser av den psykiatriska heldygnsvården. Barnen har inte alltid vetat om de har vårdats frivilligt eller med tvång och inte känt till hur tvångsåtgärder får användas. Kunskapen om var de ska vända sig om de har klagomål, frågor eller synpunkter är ofta begränsad. Barnen upplever inte heller alltid att de fått information om sådant som är av betydelse för vården. Dessa erfarenheter beskrivs också i Barnombudsmannens (BO) granskning av samhällets stöd till barn med psykisk ohälsa där barnen har berättat om upplevelser av att inte bli informerade samt att personal inom vården inte pratar direkt med barnen utan vänder sig till deras föräldrar. Brist på kontroll, inflytande och information kan, enligt barnen i BO:s granskning, göra att man ger upp, känner hopplöshet eller vanmakt och därmed inte vill eller kan delta fullt ut i vården.⁹⁶

⁹⁶ Barnombudsmannen (2014a), s. 61 ff.

Barn vill vara delaktiga i angelägenheter som berör dem

Det finns flera anledningar till att uppmärksamma kraven på barns delaktighet inom den psykiatriska tvångsvården. Dels handlar delaktighetskravet om att respektera och förverkliga lagstiftarens syn på barnet som subjekt och aktör, dels är delaktigheten av betydelse för att förhindra att barn utsätts för integritetskränkande behandling. Delaktigheten är emellertid inte begränsad till beslut som rör barnets vård och behandling utan innefattar också vardagliga situationer och samtal om sådant som barnet vill prata om eller ställer sig frågande inför. Barnets rätt till delaktighet ska således även omfatta den praktiska verksamheten och de vardagliga situationer som uppkommer under tiden på vårdenheten.

De barn och unga utredningen talat med upplever att känslan av att vara delaktig i vården kan motverka ökad ångest och oro. Barnen beskriver hur en vårdplan, om den upprättas gemensamt mellan personal och barnet och revideras löpande, kan vara till stöd och skapa en känsla av kontroll och förutsägbarhet. En flicka som utredningen har talat med beskrev hur hon inledningsvis fick en vårdplan som hon helt motsatte sig men allt eftersom hon tillfrisknade upplevde hon att personalen var lyhörd för hennes önskemål och löpande korrigerade vårdplanen utifrån hennes behov, vilket hon uppfattade som positivt och motiverande. En del barn upplever dock att de inte har fått vara delaktiga i planeringen av den egna vården och behandlingen. Vissa barn vet t.ex. inte vad en vårdplan är eller om det har upprättats någon sådan under deras vårdtid. I några fall känner barnen till att en vårdplan har upprättats men att detta har skett utan barnets medverkan, eller utan hänsyn taget till barnets åsikter. Barnen anser också att det är viktigt att bli tillfrågad och få säga sin mening inför ett beslut eller en åtgärd, även om det inte med nödvändighet innebär att barnen får sin vilja igenom. Barnen uttrycker också att de vill vara delaktiga i utformningen av vardagen, t.ex. när det gäller ordningsregler på vårdenheterna och att få komma med förslag på dagliga aktiviteter och sysselsättning.

De barn som utredningen har talat med vill att informationen i vården ska vara tydlig, barnanpassad och utformas efter individens behov och villkor. Informationen bör röra allt av betydelse för vården men särskilt viktigt är att det finns lätt tillgänglig information när det kommer till tvångsvård och tvångsåtgärder. Genom tydlig

information om varför t.ex. en tvångsåtgärd behöver vidtas och vad det finns för alternativa strategier kan antalet tvångsåtgärder minska. Det är också viktigt att informationen förmedlas i ett lugnt sammanhang, att det som sägs är förklarande och att vårdpersonalen är uppmärksamma på hur informationen uppfattas av barnet. Barnen måste få möjlighet att ställa frågor till, och att reflektera med, den vuxne.

Är eftersamtal efter en tvångsåtgärd ett sätt att öka delaktigheten bland barn?

Psykiatrilagsutredningen redogjorde i betänkandet Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17) bl.a. för hur utvecklingen under senare år har kännetecknats av en strävan att göra den enskilda patienten allt mer delaktig i sin egen vård och ge honom eller henne ett ökat inflytande även i den psykiatriska tvångsvården. Utredningen hänvisade bl.a. till Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) delrapport från 2010 kring projektet Bättre vård – mindre tvång av vilken det framgår att flera kliniker med framgång infört en rutin som innebär att patienten får ett uppföljningssamtal inom en kortare tid efter en vidtagen tvångsåtgärd. Vid samtalet ska patienten ges möjlighet att redogöra för hur han eller hon upplevde åtgärden. Samtalet är också framåtblickande i den meningen att patienten ges möjlighet att tala om hur han eller hon uppfattar att åtgärden hade kunnat undvikas. Tanken är att det som framkommer i samtalen ska minska risken för att tvångsåtgärder ska behöva användas om en liknande situation uppstår igen.⁹⁷

I regeringens proposition Ökad patientmedverkan vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (prop. 2016/17:94) konstateras att uppföljningssamtal har visat sig spela roll när det gäller att utifrån patientens erfarenheter identifiera vad i personalens agerande och vårdmiljön i stort som kan bidra till att tvångsåtgärder inte behöver vidtas. Regeringen ansåg att det är viktigt att säkerställa att patienter som varit föremål för en tvångsåtgärd, så snart patientens tillstånd tillåter det, erbjuds ett uppföljningssamtal i syfte att ytterligare förbättra förutsättningarna för patientens delaktighet och inflytande över vården och för en utveckling av den psykiatriska tvångsvården

⁹⁷ Prop. 2016/17:94, s. 29 ff.

och den rättspsykiatriska vården som innebär minskat tvång. Regeringen föreslog att det skulle införas en lagbestämmelse med denna innebörd såvitt gäller vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV (18 a § LPT, 8 § första stycket LRV).⁹⁸ Lagförslaget antogs av riksdagen och trädde i kraft den 1 juli 2017.

De barn som utredningen har talat med som har erfarenhet av uppföljande samtal i samband med att en tvångsåtgärd har vidtagits har blandade erfarenheter av dessa samtal. Vissa barn är högst tveksamma till eftersamtalen och ifrågasätter om de ger önskad effekt. Barnen beskriver bl.a. att samtalen sällan har förts utifrån ett barnperspektiv och i ett sammanhang eller med personer som barnet känner sig tryggt med. Barnen beskriver också att det kan vara problematiskt att prata med den vårdpersonal som har varit med och vidtagit en tvångsåtgärd då detta i sig skapar en maktasymmetrisk relation. Även om samtalet sker med personal som inte medverkade när tvångsåtgärdens genomfördes kan samma känsla uppstå då denna personal skulle kunna medverka vid en framtida tvångsåtgärd. Barnen beskriver att eftersamtalen, om de inte utförs på ett ändamålsenligt sätt, kan leda till en upplevelse av skuld och att ansvaret för åtgärden läggs över på barnet. Barnens uppfattning var att eftersamtal bör genomföras av en oberoende person, som främst lyssnar in barnets upplevelse av situationen och kan förmedla behov och önskemål till personalen. En del barn nämner också att behovet av ett eftersamtal uppkommit först långt efter att en tvångsåtgärd utförts men att det då inte funnits möjlighet för personalen att samtala om händelsen. Barnen framhåller att när behovet uppstår, oberoende av tidpunkt, bör barnet ges möjlighet till ett eftersamtal.

6.4.4 Jämlik vård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 §). Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder,

⁹⁸ Prop. 2016/17:94, s. 29 ff.

utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.⁹⁹ Detta innebär att hälso- och sjukvårdens insatser ska vara likvärdiga oavsett var i landet man bor och att faktorer som kön eller ålder inte ska påverka vilken vård och behandling patienten får. Att vården är jämlik är en viktig förutsättning för att barn ska få tillgång till den vård och det stöd som de är i behov av samt för att hälso- och sjukvården ska kunna möta barnens behov av stöd och hjälp.

Bristande systematisk kunskap om insatser i barn- och ungdomspsykiatri

Under de senaste åren har rapporteringen om barns och ungas ökade psykiska ohälsa blivit alltmer intensiv. Hur barn- och ungdomspsykiatriens resurser har förändrats under denna tid är inte möjligt att bedöma då någon sådan statistik inte finns tillgänglig på nationell nivå. Trots att en majoritet av barn- och ungdomspsykiatriens insatser utförs i den öppna psykiatriska vården finns det för närvarande inga mått på vilka insatser som ges, bortsett från statistik om antalet besök hos läkare i den specialiserade psykiatriska öppenvården i Socialstyrelsens patientregister.¹⁰⁰

Skillnader mellan landstingen vad gäller platser i den psykiatriska heldygnsvården

Den barn- och ungdomspsykiatriska vården har genomgått förändringar under det senaste decenniet. Vården har alltmer kommit att bedrivas genom insatser i den specialiserade psykiatriska öppenvården vilket har påverkat den psykiatriska heldygnsvårdens organisation. Antalet vårdplatser i den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården har mer än halverats mellan år 2000 och år 2016. År 2000 fanns det 297 fastställda vårdplatser i landet för barn i behov av kvalificerad psykiatrisk heldygnsvården och motsvarande antal under

⁹⁹ Socialstyrelsen (2009a), s. 24.

¹⁰⁰ Förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen. Från den 15 mars 2017 gäller att personuppgifter som rör patienter som behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården ska få behandlas i Socialstyrelsens patientregister.

2016 var 138 vårdplatser.¹⁰¹ I inventeringen av den barn- och ungdomspsykiatriska vården som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) genomförde under 2017 uppger 15 landsting att de kan erbjuda psykiatrisk heldygnsvård för barn medan övriga sex landsting helt saknar fastställda platser i heldygnsvården för barn under 18 år.¹⁰² En del av de landsting som helt saknar heldygnsvård köper platser i andra landsting som de har vårdavtal med, medan andra regelmässigt placerar barn som är i behov av psykiatrisk heldygnsvård i vuxenpsykiatri, inom barnmedicin eller inom missbruks- och beroendevården. Av uppgifter från Socialstyrelsens patientregister framgår att 19 procent (57 stycken) av de 302 barn som vårdades enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, under 2016 vårdades på enheter som inte tillhör barn- och ungdomspsykiatri.

Även antalet platser i heldygnsvården per 100 000 barn varierar mellan landstingen. Bland de 15 landsting som anger att de har fastställda platser i heldygnsvården för barn varierar antalet mellan 4 och 11 per 100 000 barn i länet.¹⁰³

Utredningen kan inte, och bör inte, uttala sig om vad som är en rimlig nivå vad gäller tillgången till platser inom den psykiatriska heldygnsvården. Emellertid bör i sammanhanget påpekas att landstingen, enligt 7 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård. Mot bakgrund av skillnaderna mellan landstingen anser utredningen att det finns skäl att ytterligare öka kunskapen om hur det fastställda antalet platser för barn beslutats i olika län och huruvida vården i detta hänseende är jämlik. Är antalet platser motiverat av alternativa behandlingsutbud som exempelvis mellanvård eller öppenvårdens kapacitet, eller styrs det fastställda antalet av ekonomi och lokaltillgång? Det finns också skäl att fundera över hur framför allt de små landstingen på bästa sätt kan tillgodose befolkningens behov av barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård. Som nämns i avsnitt 6.4.1 har många landsting svårt att rekrytera personal med rätt kompetens till framför allt heldygnsvården. Det kan finnas skäl att analysera om det är möjligt att både

¹⁰¹ Sveriges Kommuner och Landsting & Nysam (2017b).

¹⁰² Sveriges Kommuner och Landsting, (2017c), s. 9.

¹⁰³ Sveriges Kommuner och Landsting (2017a), s. 49.

uppnå målet om en god och jämlik vård och en vård som ligger geografiskt nära. Det kan finnas fördelar med större kliniker som medger en möjlighet att differentiera avdelningar vilket exempelvis kan vara en förutsättning för att undvika att små barn vårdas med unga personer som närmar sig 18 år.

Skillnader mellan landstingen i antalet tvångsåtgärder mot barn

Det finns skillnader mellan landstingen vad gäller antalet tvångsåtgärder mot barn i den psykiatriska tvångsvården. Av en sammanställning från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) framgår att grundläggande policy och praxis kring våldshandling och användningen av tvångsåtgärder kan skilja sig åt mellan olika barn- och ungdomspsykiatriska kliniker. På vissa avdelningar används exempelvis inte fastspänning med bälte medan åtgärden kan vara relativt ofta förekommande på andra vårdenheter.¹⁰⁴ Vad dessa skillnader beror på är inte belagt. Det kan emellertid finnas skäl att fundera över varför det på vissa vårdenheter förekommer färre tvångsåtgärder än på andra och om detta beror på behandlingsutbud och arbetssätt eller är ett utslag av underlåtenhet att rapportera in tvångsåtgärder till Socialstyrelsens patientregister. En sådan analys skulle också kunna utgöra ett stöd för tillsynsmyndigheten vad gäller den egeninitierade tillsynens prioriteringar.

Skillnader mellan flickor och pojkar vad gäller antalet vidtagna tvångsåtgärder

Som framgår av kapitel 5 finns det skillnader mellan pojkar och flickor vad gäller exempelvis vårdformer, diagnoser och förekomsten av tvångsåtgärder. Pojkar besöker den specialiserade öppenvården i högre utsträckning än flickor samtidigt som fler flickor än pojkar vårdas inom den psykiatriska tvångsvården. Flickor och pojkar vårdas i allmänhet för olika psykiatriska diagnoser/tillstånd och flickor har längre vårdtider än pojkar. Det är dessutom betydligt vanligare att flickor blir föremål för tvångsåtgärder.

¹⁰⁴ Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2016b), s. 1.

Statistiken besvarar emellertid inte frågan om vad flickors överrepresentation beror på när det kommer till antalet utförda tvångsåtgärder. En möjlig förklaring till dessa skillnader skulle kunna vara att vissa diagnoser och beteenden anses motivera tvångsvård och tvångsåtgärder i större utsträckning än andra. Ätstörningar, svåra personlighetsstörningar och självskadebeteende är exempel på problembilder som är betydligt vanligare bland flickor än bland pojkar och som inte sällan är förknippade med långa vårdtider och komplexa vårdförlopp. Vid vård och behandling för dessa diagnoser kan tvångsåtgärder i enstaka fall vara nödvändiga i syfte att rädda liv eller för att förhindra att patienten skadar sig själv allvarligt. Diagnosernas komplexitet skulle också kunna förklara varför relativt sett fler flickor än pojkar blir föremål för ett större antal tvångsåtgärder per unik individ.

Regeringen gav 2014 Socialstyrelsen i uppdrag att analysera möjliga orsaker till att flickor är överrepresenterade när det gäller vidtagna tvångsåtgärder samt föreslå hur detta kan undersökas närmare.¹⁰⁵ Inom ramen för uppdraget konstaterade Socialstyrelsen att det inte var möjligt att dra några säkra slutsatser kring huruvida de könsskillnader som föreligger mellan flickor och pojkar i den psykiatriska tvångsvården är motiverade eller om de grundar sig på genusbias, dvs. omotiverade skillnader mellan pojkar och flickor som baserar sig på medvetna eller omedvetna uppfattningar om manligt och kvinnligt. Det finns heller ingen entydig förklaring till flickors överrepresentation.¹⁰⁶ Det föreslogs dock att flickors överrepresentation skulle kunna bero på a) genusbias i maktutövning, b) att flickor oftare vårdas för diagnoser eller tillstånd, t.ex. självskadebeteende eller ätstörningar, där tvångsåtgärder kan vara nödvändiga att vidta för att rädda liv eller för att hindra patienten från att skada sig själv eller andra samt c) svårigheter i gränsdragningen mellan LPT och lagen (1990:53) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU.¹⁰⁷ Socialstyrelsen bedömde att det krävs mer information om patienterna och deras problematik för att fördjupa förståelsen för uppgifterna i patientregistret och att en sådan analys t.ex. skulle kunna omfatta beslut och motiveringar om tvångsåtgärder för pojkar

¹⁰⁵ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014a).

¹⁰⁶ Socialstyrelsen (2015), s. 35.

¹⁰⁷ Socialstyrelsen (2015), s. 25 ff.

respektive flickor. Sammanfattningsvis bedömdes att det faktum att flickor och kvinnor utsätts för fler tvångsåtgärder behövde analyseras, och myndigheten förslög:

1. en flerårig statistisk uppföljning av barn som tvångsvårdas, för att kunna identifiera och analysera eventuella trender och regionala skillnader avseende hur tvångsvård och tvångsåtgärder tillgrips,
2. en jämförande studie av journalerna, med fokus på motiveringarna till tvångsvård och tvångsåtgärder enligt LPT respektive LVU, för att se eventuella skillnader som kan förstås ur ett genusperspektiv, samt
3. en kartläggning av den psykiatriska tvångsvården av barn ur ett genusperspektiv, med särskilt fokus på bemötande, delaktighet och maktperspektiv.¹⁰⁸

Utredningen delar Socialstyrelsen bedömning i denna del. För att få närmare kännedom om vari skillnaderna mellan flickor och pojkar ligger när det gäller användningen av tvångsåtgärder i den psykiatriska vården är det inte tillräckligt att enbart studera det statistiska materialet. En sådan analys kräver en kombination av statistik och kvalitativa inslag, t.ex. intervjuer, observationer och olika former av textanalys. Därigenom skulle det vara möjligt att belysa vilka faktorer som påverkar användningen av tvångsåtgärder i den slutna psykiatriska tvångsvården, vari skillnaderna består mellan pojkar och flickor samt vilka individer det är som blir föremål för tvångsåtgärder och med vilken frekvens detta sker. Inom ramen för en sådan studie skulle det exempelvis vara angeläget att studera faktorer såsom motiveringar till vård enligt LPT, beslut om tvångsåtgärder, diagnoser och beteenden hos flickor respektive pojkar samt faktorer på vårdavdelningarna, t.ex. lokalernas utformning och personalens kompetens och sammansättning. För att fördjupa kunskapen inom området behövs också fler studier där barn som har utsatts för tvångsåtgärder själva får berätta om sina erfarenheter och upplevelser. Det skulle också behövas en jämförelse mellan de barn som vårdas enligt LPT

¹⁰⁸ Socialstyrelsen (2015), s. 14 ff.

och de som vårdas enligt LVU för att få en bild huruvida det finns en genusbias.

För att kunna avgöra om skillnaderna mellan flickor och pojkar i antal vidtagna tvångsåtgärder är bestående och för att kunna se förändringar över tid är det också av betydelse att följa utvecklingen av antalet utförda tvångsåtgärder i den slutna psykiatriska tvångsvården, såväl nationellt som regionalt. Då kvinnor i patientgruppen 18–24 år är överrepresenterade vad gäller vård enligt LPT och vad gäller antalet utförda tvångsåtgärder bör en sådan uppföljning ha särskilt fokus på såväl pojkar som flickor, män och kvinnor och inkludera patienter i barn- och ungdomspsykiatri och patienter i vuxenpsykiatri.

Behov av nationell högspecialiserad vårdenhet

Det Nationella självskadeprojektet konstaterar sin rapport om behov av en högspecialiserad vårdenhet för personer med självskadebeteende att vården inte sällan har problem att på ett adekvat sätt möta de vårdbehov som finns hos personer med svårt och omfattande självskadebeteende. När vården har fokus på akuta, kortsiktiga insatser krävs dessutom ökade vårdresurser och situationen för en mindre klinik blir svårförutsägbar, vilket blir belastande för vårdorganisationen.¹⁰⁹ I rapporten beskrivs hur en otillräckligt kvalificerad heldygnsvård också leder till ett ökat lidande för vårdtagaren och en onödig användning av tvångsvård och tvångsåtgärder. Det finns skäl att anta att detta också har bäring för den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården generellt. På mindre enheter kan det vara svårt att erbjuda kvalificerad vård till barn med komplexa behov och svår psykisk sjukdom, som enligt flera experter utredningen talat med är en grupp som ofta blir föremål för tvångsåtgärder.

Data från Socialstyrelsens patientregister tyder på att det är en förhållandevis liten grupp som utsätts för många tvångsåtgärder. År 2016 rapporterades t.ex. 228 bältesläggningar på 40 barn och 153 avskiljningar fördelat på 28 barn. Enligt bedömare som utredningen har talat med är det sannolikt så att de flesta barn blivit föremål för ett mindre antal åtgärder medan ett mindre antal barn varit med om

¹⁰⁹ Nationella självskadeprojektet (2014), s. 1 ff.

upprepade tvångsåtgärder. Även de underrättelser om tvångsåtgärder som skickats till Inspektionen för vård och omsorg och som utredningen har tagit del av visar att det är en liten grupp barn som utsätts för de tvångsåtgärder som inte är kortvariga – de 105 underrättelser som inkom 2016 avser 22 olika barn. Detta, i kombination med de professionellas bedömning, indikerar att det finns en grupp vars behov barn- och ungdomspsykiatri har särskilt svårt att möta. Detta bekräftas även i den nulägesbeskrivning som genomförts av SKL under 2017 vad gäller barn- och ungdomspsykiatriens verksamhet där det framkommer att många kliniker upplever svårigheter med att möta de svårast sjuka barnens behov, bl.a. barn med omfattande självskadebeteende eller kraftigt utåtagerande beteende.¹¹⁰ För att kunna säkerställa insatser av god kvalitet även för de svårast sjuka barnen och motverka användningen av tvångsåtgärder finns behov av en högspecialiserad klinik i landet som har särskilt goda förutsättningar att erbjuda en effektiv och ändamålsenlig vård, vad gäller såväl erfarenhet, personalresurser som kompetens.

Regeringen har under 2017 i en lagrådsremiss föreslagit ett nytt och mer effektivt sätt att hantera nivåstrukturer av den nationellt högspecialiserade vården. Utgångspunkten är patientens tillgång till en högspecialiserad vård av hög kvalitet, oberoende av var personen bor i landet. Regeringen konstaterar att högspecialiserad vård behöver koncentreras i ökad utsträckning, till färre sjukhus i landet och till färre utförare. Högspecialiserad vård definieras som offentligt finansierad hälso- och sjukvård som är komplex eller sällan förekommande och som kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens och i förekommande fall ökade investeringar eller som medför höga kostnader för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas.¹¹¹

Det kan hävdas att vården av det fåtal barn som har en svår problematik och utsätts för upprepade tvångsåtgärder är både komplex och sällan förekommande. Det skulle krävas investeringar och medföra ökade kostnader då en sådan avdelning skulle behöva ha en hög bemanning med kompetent och erfaren personal. Det är dock troligt att en sådan enhet skulle innebära en bättre och mer ändamålsenlig vård för detta fåtal patienter och leda till bättre funktionsförmåga hos

¹¹⁰ Sveriges Kommuner och Landsting (2017c), s. 20.

¹¹¹ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2017c), s. 28 ff.

patienterna. Det skulle också skapa förutsättningar att motverka användningen av tvångsåtgärder då personalen får ständig träning på målgruppen och gruppens och individernas behov och kan utveckla bemötandestrategier som minskar risken för situationer där tvång uppstår. I lagrådsremissen anges också att nationell högspecialiserad vård ska kunna omfatta diagnostik och medicinska och psykiatriska åtgärder.¹¹²

¹¹² Regeringskansliet, Socialdepartementet (2017c), s. 36.

7 Överväganden och förslag

7.1 Utredningens uppdrag

Utredningen har haft i uppdrag att göra en översyn av tvångsåtgärder mot barn enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT. Vid översynen ska utredningen bedöma om det finns tvångsåtgärder som bör avskaffas, ersättas av andra tvångsåtgärder eller ändras och vid behov ska utredningen lämna förslag till ny lagstiftning på området.

Utgångspunkten för förslagen ska vara att minska eller om möjligt avskaffa användningen av tvångsåtgärder utan att försämra förutsättningarna att bereda barn nödvändig vård. Syftet med uppdraget är att ytterligare stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för barn som tvångsvårdas samt bidra till kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på tvångsvården. En utgångspunkt för utredarens arbete ska vara att tillvarata barnets bästa samtidigt som barnets rätt till integritet och självbestämmande ska beaktas. Utredningen har sålunda haft i uppdrag att föreslå nödvändiga författningsändringar och

- göra en översyn av bestämmelserna om tvångsåtgärder mot barn enligt LPT,
- se över vilka förutsättningar som ska gälla för barn som vårdas enligt LPT,
- utreda eventuella åtgärder som behöver vidtas på nationell nivå om tvångsåtgärder mot barn enligt LPT ska kunna minska eller avskaffas på ett rättssäkert sätt,
- analysera de eventuella åtgärder som behöver vidtas hos landsting och regioner om tvångsåtgärder mot barn enligt LPT ska kunna minska eller avskaffas på ett rättssäkert sätt,

- analysera orsaker till att tvångsåtgärder tillämpas i högre utsträckning vid vård av flickor än av pojkar.

Uppdraget är begränsat till tvångsåtgärder som gäller barn, dvs. personer under 18 år, som vårdas enligt LPT. Vissa förslag föranleder emellertid även ändringar i lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, och i annan lagstiftning. Det kan tänkas att en person under 18 år skulle kunna vårdas även enligt LRV.

Trots att utredningens förslag i huvudsak begränsats till frågor rörande barn torde flera av förslagen ha relevans även i fråga om vuxna i den psykiatriska tvångsvården. Detta kommenteras närmare i avsnitt 7.2.1.

7.2 Utgångspunkter

7.2.1 Allmänt

All vård som ges inom hälso- och sjukvården är som huvudregel frivillig i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. En patient har i princip en oinskränkt rätt att avstå från vård och behandling vilket gäller såväl inom den somatiska som inom den psykiatriska vården.

Samhället har ändå getts befogenhet att under särskilda förutsättningar ingripa med tvång i fråga om patienter med en allvarlig psykisk störning. Vård mot den enskildes vilja får ske, dock endast i undantagsfall under sådana förutsättningar som anges i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, eller lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV. Både LPT och LRV är utformade så att de gäller för såväl barn som vuxna. Barnperspektivet eller barnrättsperspektivet återspeglas inte i tvångslagarna annat än indirekt eftersom det i 1 § LPT hänvisas till HSL och patientlagen (2014:821), förkortad PL, i vilka barnrättsperspektivet finns reglerat.

Regeringsformen, förkortad RF, ger var och en ett skydd mot frihetsberövande och andra ingrepp i den personliga friheten. Rättighetsskyddet gäller i förhållande till *det allmänna* vilket i första hand innebär att staten som lagstiftare är bunden av reglerna. Men staten är även i sin verkställande funktion bunden av grundlagen vilket även gäller andra offentligrättsliga subjekt såsom kommuner på lokal och regional nivå.

Grundlagsskyddet är i vissa delar absolut, inskränkningar får inte förekomma, och i andra delar endast relativt eftersom begränsningar får ske genom lag. I RF har också införts en bestämmelse i 1 kap. 2 § femte stycket enligt vilken det allmänna ska verka för att barns rätt tas till vara. Genom den Europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) som gäller som lag i Sverige, har skyddet ytterligare understrukits.¹ Därutöver är Sverige, som framgått av kapitel 3, folkrättsligt bundet även av andra internationella dokument som t.ex. FN:s konvention om barns rättigheter (barnkonventionen) som föreslås inkorporeras i svensk rätt och som därmed också ska gälla som svensk lag. Barns rättigheter enligt barnkonventionen är givetvis centrala i sammanhanget. Begreppet barns rättigheter innefattar emellertid även andra rättigheter än de som framgår av barnkonventionen. Det innebär bl.a. också mänskliga rättigheter som barn har enligt andra internationella överenskommelser, t.ex. inom FN och Europarådet.

Utmärkande för en rättsstat är att var och en åtnjuter rättsskydd i förhållande till såväl enskilda som staten. Rättsstaten förutsätter att den offentliga makten utövas inom en rättslig ram och att maktutövningen är förutsebar och inte godtycklig. Tvångsvård enligt LPT och LRV ges på sjukvårdsinrättningar som drivs av det allmänna. Enligt 15 § LPT och 6 § LRV ges tvångsvården på en sjukvårdsinrättning som drivs av ett landsting. Tvångsvården som sådan och de ytterligare tvångsåtgärder som lagarna under vissa förutsättningar medger innebär en offentlig maktutövning i förhållande till den enskilde patienten. Det är således av yttersta vikt att lagstiftningen som sådan är i enlighet med det grundlagsstadgade rättighetsskyddet men även att de som har att tillämpa lagarna, i första hand på sjukvårdsinrättningarna, är väl införstådda med rättighetsskyddet och att man arbetar för att säkerställa att detta respekteras i den dagliga vården. Det ställer krav på dem som har att tillämpa lagen att de har kunskap och insikt i fråga om att de representerar samhällets maktutövning gentemot en enskild patient och att det därmed följer ett stort ansvar att vara väl insatt i var befogenhetsgränserna går.

I utredningens uppdrag ingår att göra en översyn av tvångsåtgärder mot barn enligt LPT och bedöma om det finns tvångsåtgärder

¹ SFS 1994:1219.

som bör avskaffas, ersättas av andra tvångsåtgärder eller ändras. Även om FN:s kommitté för barnets rättigheter 2014 kritiserat Sverige bl.a. för användningen av tvångsåtgärder i psykiatri² och uppmanat Sverige att i lag förbjuda användningen av remmar och bälten och avskiljning i psykiatriska vårdmiljöer har utredningen inte fullt ut anammat ett sådant synsätt. Den referensgrupp som varit knuten till utredningen och som består av ungdomar med erfarenheter från tvångsvården menar att det inte helt går att ta bort möjligheten till vissa tvångsåtgärder. Det är också utredningens uppfattning att det i undantagsfall kan finnas situationer då det för barnets bästa är den enda lösningen som står till buds. Utredningen menar dock att förutsättningarna för de åtgärder som kan vidtas behöver stramas åt ytterligare i lagstiftningen. Inte minst för att det kan ge incitament till hälso- och sjukvården att söka andra lösningar på en i och för sig komplex problematik.

En snävare möjlighet att använda tvångsåtgärder måste emellertid kompletteras med en ökad insikt och kunskap hos dem som bedriver tvångsvård. Såväl LPT som LRV är vårdlagar som kompletterar den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen som gäller för all hälso- och sjukvård oavsett om den är frivillig eller med stöd av tvångslagstiftningen. Alla patienter har samma rätt att ställa krav på att få en god vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och att få en förnyad medicinsk bedömning där så krävs.

Att LPT och LRV är vårdlagar måste enligt utredningens mening få ett större genomslag. Tvångsvård handlar inte i första hand om att vakta utan om att ge god vård. I det sammanhanget måste understrykas att inom psykiatri är bemötandet av en patient centralt, inte minst för att motverka behovet av tvång. Regeringen har i tidigare lagstiftningsärenden också framhållit att brister i bemötandet kan påverka patientsäkerheten om bristen haft betydelse för vården eller behandlingens genomförande och/eller resultat.³

Utredningens uppdrag har huvudsakligt fokus på barn i tvångsvården. Syftet är att ytterligare stärka barnrättsperspektivet och rätts-säkerheten för de barn och unga som tvångsvårdas. Barn är rättighetsbärare och det bör avspeglas i lagstiftningen. Detta hindrar dock inte att vissa av utredningens förslag torde ha relevans även i fråga

² Se kapitel 6.

³ Prop. 2009/10:210, s. 70.

om vuxna som vårdas med tvång. Människor som vårdas vid slutna institutioner är särskilt utsatta. Samhället har i sådana situationer åtagit sig ett särskilt ansvar för att se till att dessa personer får god vård och inte utsätts för inskränkningar i sin självbestämmanderätt som inte är absolut nödvändiga. Barn i psykiatrisk tvångsvård är dubbelt utsatta eftersom de saknar eller har nedsatt autonomi och dessutom bedöms lida av en allvarlig psykisk störning.

Mot bakgrund av utredningens explicita uppdrag handlar sålunda de flesta av utredningens förslag om barn i tvångsvården. Dock avviker vi från denna utgångspunkt dels i fråga om att i LPT och LRV föra in bestämmelser om kvalitetssäkring och möjligheten till att få en förnyad medicinsk bedömning. Detta gäller redan i dag enligt annan lagstiftning men utredningen anser att det är av vikt att tydliggöra detta även i tvångslagstiftningen. Att därvid skilja på barn och vuxna torde inte vara rationellt.

Av rättssäkerhetsskäl bör vissa av utredningens förslag kunna gälla alla som vårdas enligt LPT och LRV men detta behöver utredas i särskild ordning. En ändring av regelverket även avseende vuxna patienter bör generellt beaktas i det fortsatta lagstiftningsärendet. Utredningen menar också att tvångslagstiftningen (LPT och LRV) bör bli föremål för en generell översyn där en samordning med de sociala tvångslagarna (LVU och LVM) kan vara ändamålsenlig eftersom många av psykiatriens patienter även vårdas i sociala institutioner.

7.2.2 Regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter

Regeringen har antagit en strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Strategin utgår från de mänskliga rättigheter som varje barn upp till 18 år ska tillförsäkras enligt internationella överenskommelser, särskilt de åtaganden som följer av FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) med dess två fakultativa protokoll som Sverige har tillträtt. Genom ratificeringen av dessa traktat har Sverige som stat blivit bunden att respektera barnets rättigheter. Regeringen är ytterst ansvarig, men även riksdagen, kommuner, landsting och statliga myndigheter har fullt ansvar för att inom sina befogenheter främja och skydda barnets rättigheter enligt de internationella åtaganden som finns. Strategin består av följande nio prin-

ciper för att stärka barnets rättigheter, varav några kommenteras i det följande:

- All lagstiftning som rör barn ska utformas i överensstämmelse med barnkonventionen.
- Barnets fysiska och psykiska integritet ska respekteras i alla sammanhang.
- Barn ska ges förutsättningar att uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem.
- Barn ska få kunskap om sina rättigheter och vad de innebär i praktiken.
- Föräldrar ska få kunskap om barnets rättigheter och erbjudas stöd i sitt föräldraskap.
- Beslutsfattare och relevanta yrkesgrupper ska ha kunskap om barnets rättigheter och omsätta denna kunskap i berörda verksamheter.
- Aktörer inom olika verksamheter som rör barn ska stärka barnets rättigheter genom samverkan.
- Aktuell kunskap om barns levnadsvillkor ska ligga till grund för beslut och prioriteringar som rör barn.
- Beslut och åtgärder som rör barn ska följas upp och utvärderas utifrån ett barnrättsperspektiv.

Strategin innebär att all lagstiftning som rör barn ska utformas i överensstämmelse med barnkonventionen. Staten ska, enligt artikel 4, vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen. Eftersom lagstiftningen är statens främsta instrument för att garantera att barnets rättigheter tillgodoses i verksamheter, beslut och åtgärder som rör det enskilda barnet och barn som kollektiv ska all lagstiftning utformas i överensstämmelse med normerna i barnkonventionen och andra internationella traktat som reglerar barnets rättigheter. Lagstiftningen ska främja och skydda barnets rättigheter på ett effektivt sätt och barn-

konventionens grundläggande principer⁴ bör iakttas vid utformandet av all relevant lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd.⁵

Av strategin framgår vidare att barnets fysiska och psykiska integritet ska respekteras i alla sammanhang. Barnkonventionen och andra internationella instrument för mänskliga rättigheter tillerkänner barnet rätt till trygghet och skydd, mänsklig värdighet och fysisk integritet. I enlighet med barnkonventionen ska barnet skyddas mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, men även skyddas mot utnyttjande, vanvård eller försumlig behandling. FN:s barnrättskommitté har i sina allmänna kommentarer lyft fram staternas skyldighet att säkerställa att barn skyddas mot alla former av våld.⁶ I regeringens strategi framhålls att våld mot barn ska förebyggas och bekämpas med alla till buds stående medel. Flera olika aktörer såsom skolan, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och polisen har ett ansvar att ge barn det skydd de har rätt till. För att effektivt bekämpa alla former av våld krävs också samverkan mellan ansvariga aktörer med utgångspunkt i barnets bästa.⁷

En annan av principerna i regeringens strategi uttrycker att barn ska ges förutsättningar att uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem. Principen vilar på artikel 12 enligt vilken det barn som är i stånd att bilda egna åsikter tillförsäkras rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet och barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till dess ålder och mognad. Barnet ska också beredas möjlighet att höras antingen direkt eller genom företrädare i alla domstols- och administrativa förfaranden som rör barnet. Det kan t.ex. handla om sådana beslut som rör barnets utbildning, hälso- och sjukvård för barnet och åtgärder inom socialtjänsten. All relevant lagstiftning ska sålunda vara utformad på ett sådant sätt att barnets rätt att uttrycka sina åsikter tillgodoses.⁸

Av regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter framgår vidare att barn ska få kunskap om sina rättigheter och vad de innebär i praktiken. Enligt artikel 42 i barnkonventionen åtar sig konventionsstaterna att genom lämpliga och aktiva åtgärder göra konventionens bestämmelser och principer allmänt kända bland såväl vuxna

⁴ Se avsnitt 7.2.4.

⁵ Prop. 2009/10:232, s. 11 f.

⁶ CRC/GC/8.

⁷ Prop. 2009/10:232, s. 12.

⁸ Prop. 2009/10:232, s. 13.

som barn. Barn har också, enligt artikel 17, rätt att få tillgång till information, särskilt sådan som syftar till att främja bl.a. barnets sociala välfärd och fysiska och psykiska hälsa. För att barnets rättigheter ska kunna tillgodoses behöver barn ha kunskap om sina rättigheter och vad de innebär i praktiken. Det förutsätter bl.a. att information om barnets rättigheter ska finnas och vara anpassad till barns olika behov och förutsättningar. Barnets rättigheter ska tillgodoses, som medborgare, patient, konsument eller elev. Det ställer krav på att myndigheter, landsting och kommuner inom sina verksamhetsområden förmedlar och tillhandahåller anpassad information till barn om deras rättigheter och hur rättigheterna kan tillgodoses. Det gäller såväl i enskilda ärenden som i frågor där barn som kollektiv är berörda.⁹

Regeringens strategi innehåller vidare principen att beslutsfattare och relevanta yrkesgrupper ska ha kunskap om barnets rättigheter och omsätta denna kunskap i berörda verksamheter. Av strategin framgår att en central princip i barnkonventionen är att barnets bästa särskilt ska uppmärksammas vid alla åtgärder som rör barn (artikel 3). Det innebär att hänsyn ska tas till alla samlade rättigheter som barnet har enligt konventionen och till de behov och intressen som det enskilda barnet har. Inför ett beslut eller en åtgärd ska därför ansvarig beslutsfattare överväga om beslutet eller åtgärden rör barnet eller barnen och i så fall på vilket sätt, dvs. har ett *barnperspektiv*. Om åtgärden eller beslutet bedöms få konsekvenser för barnet eller barnen ska hänsyn tas till de mänskliga rättigheter som barn har enligt bl.a. barnkonventionen. Att på så sätt säkerställa barnets rättigheter i åtgärder eller vid beslut som rör barn innebär att ha ett *barnrättsperspektiv*.¹⁰ För att kunna leva upp till konventionens krav behöver beslutsfattare och de yrkesgrupper vars arbete rör barn ha gedigen kunskap om vilka rättigheter barn har, om hur rättigheterna kommer till uttryck i svensk lagstiftning och om hur dessa på bästa sätt kan omsättas i deras respektive verksamheter. Arbetsgivare på statlig och kommunal nivå ansvarar för att berörda yrkesgrupper erbjuds en fortlöpande och lämplig kompetensutveckling. Dessa yrkesgrupper har också ett ansvar att utveckla och behålla kunskapen om barnets rättigheter och dess omsättning i praktiken. Arbetsmetoder som på

⁹ Prop. 2009/10:232, s. 14.

¹⁰ Prop. 2009/10:232, s. 15.

ett systematiskt och långsiktigt sätt kan stärka barnets rättigheter i beslut och åtgärder som rör barn är en viktig del i detta.¹¹

Strategin tar också upp principen om att aktuell kunskap om barns levnadsvillkor på lokal, regional och nationell nivå ska ligga till grund för beslut och prioriteringar som rör barn. Kunskapen inhämtas genom såväl kvalitativa som kvantitativa kartläggningar, studier och forskning. Barns egna åsikter är därvid en viktig kunskapskälla så att barn blir delaktiga i de prioriteringar som görs.

Beslut och åtgärder som rör barn ska också följas upp och utvärderas utifrån ett barnrättsperspektiv. Detta, menar regeringen, kräver kontinuerliga analyser av konsekvenserna av beslut – *barnkonsekvensanalyser* – och utvärderingar av vilka faktiska konsekvenser beslut och åtgärder har fått för barn. Det gäller både beslut och åtgärder som rör det enskilda barnet och generella beslut och åtgärder som rör barn. Genom uppföljningar och utvärderingar kan man dessutom identifiera behovet av nya lagbestämmelser och andra insatser. Uppföljningar och utvärderingar av beslut och åtgärder som rör barn ska alltid göras utifrån ett barnrättsperspektiv, dvs. grundas på normerna och principerna etablerade av bl.a. barnkonventionen. Regeringen menade att myndigheter som utövar tillsyn inom områden som berör barn bidrar till en systematisk uppföljning av barnets rättigheter och intressen. Dessa aktörer, anförde regeringen, är centrala för att barnets rättigheter ska kunna tillgodoses eftersom de utifrån sina granskningar kan visa på brister inom de berörda verksamheterna som behöver åtgärdas för att förbättra barns levnadsvillkor och tillämpningen av barnets rättigheter.¹²

7.2.3 Barnperspektiv, barnrättsperspektiv och rättssäkerhet

Barnkonventionen innebär ett fullständigt erkännande av barnet som rättighetsbärare. Även barnets särskilda sårbarhet och behov av stöd och skydd betonas i konventionen. Vid sidan av medborgerliga och politiska rättigheter å ena sidan och ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter å andra sidan, finns i barnkonventionen rättigheter som ger barnet ett särskilt skydd mot våld, övergrepp och olika former av

¹¹ Prop. 2009/10:232, s. 15.

¹² Prop. 2009/10:232, s. 17.

utnyttjande som kan sägas vara en utveckling av de traditionella (icke-barnspecifika) mänskliga rättigheterna i exempelvis Europakonventionen.

Barnkonventionen förmedlar ett förhållningssätt till barn, ett *barnperspektiv*, där det enskilda barnet och barn som kollektiv ska stå i centrum vid beslut eller åtgärder som rör barnet eller barnen. Konventionens barnperspektiv ställer krav på beslutsfattare, både i hur barn ska bemötas och hur beslutsprocesser som rör barn ska genomföras. Att ha ett barnperspektiv grundat i konventionen bygger på en respekt för barnets egna behov, intressen och åsikter. Det är beslutsfattarens ansvar att bedöma om ett beslut eller en åtgärd berör ett barn och hur beslutet eller åtgärden i så fall svarar mot barnets behov och intressen. I det ingår också att göra en bedömning av vilka *konsekvenser* ett visst beslut kan få för barnet. Detsamma gäller om beslutet eller åtgärden kan beröra en grupp barn. För att tydliggöra att sådana beslutsprocesser ska utgå från de mänskliga rättigheter barn har enligt bl.a. barnkonventionen används också termen *barnrättsperspektiv*. FN:s barnrättskommitté har i sina allmänna kommentarer, i fråga om åtgärder för att genomföra barnkonventionen, framhållit vikten av att utveckla ett barnrättsperspektiv inom hela statsförvaltningen, parlament och rättsväsende för att konventionen ska kunna omsättas i praktiken, framför allt mot bakgrund av konventionens grundprinciper i artiklarna 2, 3:1, 6 och 12 vars innebörd utvecklas närmare nedan.¹³

I svensk lagstiftning finns inom flera områden ett tydligt barnrättsperspektiv med särskilda bestämmelser som utgår från barnets rättigheter. I patientlagen (2014:821), förkortad PL, som är tillämplig även i fråga om psykiatrisk tvångsvård har exempelvis barnrättsperspektivet kommit till tydligt uttryck då det av 1 kap. 8 § framgår att när hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Enligt 4 kap. 3 § PL ska vidare barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas och tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Det hindrar emellertid inte att utredningen ytterligare vill förstärka och förtydliga barnperspektivet och barnrättsperspektivet i LPT.

Vid tillämpningen av en lagstiftning som gäller vård utan den enskildes samtycke är det grundläggande att den enskildes – i före-

¹³ CRC/GC/5, p. 12.

varande sammanhang barnets – *rättssäkerhet* kan garanteras. Rättssäkerhetsbegreppet är inte entydigt utan dess innebörd kan variera från situation till situation. Fundamentalt i rättssäkerhetsbegreppet är emellertid såväl grundlagens som Europakonventionens uttalade krav på *legalitet* i den offentliga maktutövningen. Genom ett upprätthållande av ett strikt krav på legalitet blir maktutövningen *förutsebar* för den enskilde och inte godtycklig. Förutsebarheten främjas också av att domstolar och förvaltningsmyndigheter iakttar skyldigheten att beakta allas *likhet inför lagen* samt iakttar *saklighet* och *opartiskhet* i sin verksamhet. Rättssäkerhetskravet ställer emellertid också krav på lagens utformning. Lämnas stort utrymme för skönsmässiga bedömningar av dem som är satta att tillämpa lagen är risken att förutsebarheten träds för när och beslutsfattandet blir godtyckligt. Ett väsentligt element i rättssäkerhetsbegreppet är också att det finns någon form av *kontrollmekanism* av maktapparaten till vilken även hälso- och sjukvården hör, i synnerhet då det är fråga om tvångsvård. Domstolskontroll, Riksdagens ombudsmän och tillsynsmyndigheter är exempel på oberoende organ som kan medverka till att rättssäkerhetskravet tillgodoses och upprätthålls. Kärnan i rättssäkerhetsbegreppet är att det gäller förhållandet mellan den enskilde och det allmänna och det ska vara präglat av förutsägbarhet och kontrollerbarhet.¹⁴ Eftersom barn är personer med ingen eller begränsad egen handlingsförmåga att tillvarata sina behov och intressen behövs ett särskilt noggrant utformat skyddsnät för att barnet ska ha ett fullgott rättsskydd. Det finns alltså en tydlig koppling till barnets utsatthet och behovet av rättssäkra former för förebyggande arbete, beslut, vård och eftervård.¹⁵

7.2.4 Barnkonventionen

Inledning

Den 20 november 1989 antog Förenta nationernas (FN) generalförsamling konventionen om barnets rättigheter – barnkonventionen. Konventionen trädde den i kraft den 2 september 1990 och därmed

¹⁴ Gustafsson (2010), s. 93 f.

¹⁵ Mattsson (SOU 2015:71), s. 1149 ff.

fanns en juridiskt bindande överenskommelse som ger alla barn upp till 18 år egna rättigheter.

De rättigheter barn har enligt barnkonventionen är en del av de mänskliga rättigheter som under lång tid har fastställts i olika internationella överenskommelser. FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948 samt konventionerna om medborgerliga och politiska rättigheter respektive ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter från 1966 utgör det som brukar benämnas som det grundläggande ramverket för de mänskliga rättigheterna (The International Bill of Human Rights). De mänskliga rättigheterna har fastställts i ytterligare sju centrala FN-konventioner varav barnkonventionen från 1989 är en. Vidare kan nämnas konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning från 1984 och konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning från 2006.

Mänskliga rättigheter, som även gäller barn, finns också uttryckta i andra konventioner, däribland den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) från 1950. Genom Lissabonfördraget som trädde i kraft den 1 december 2009 är numera skyddet av barnets rättigheter också ett av Europeiska unionens (EU) mål (se fördragets artikel 3). Vidare har EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna genom det nya fördraget blivit rättsligt bindande i förhållande till EU:s egna institutioner och organ samt gentemot medlemsländerna när dessa tillämpar unionsrätten. I stadgan finns en särskild artikel om barnets rättigheter (artikel 24). Artikel 24 anger att barn har rätt till det skydd och den omvårdnad som behövs för deras välfärd. De ska fritt kunna uttrycka sina åsikter. Dessa åsikter ska beaktas i frågor som rör barnen i förhållande till deras ålder och mognad. Vidare anger artikel 24 att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, oavsett om de vidtas av offentliga myndigheter eller privata institutioner. Slutligen har varje barn rätt att regelbundet upprätthålla ett personligt förhållande till och direkta kontakter med båda föräldrarna, utom då detta strider mot barnets bästa.

Genom ratificering av en konvention blir en stat folkrättsligt bunden av konventionen och förpliktad att genomföra konventionen. I barnkonventionen sägs ingenting om hur konventionen ska genomföras i de fördragsslutande staterna. Det kan ske på olika sätt; genom

konstaterandet av normharmoni, genom en inkorporering – som innebär att det i lag föreskrivs att en viss konvention, eller delar därav, ska gälla som lag i konventionsstaten eller genom transformering. Transformering innebär att innehållet i en konvention blir en del av nationell rätt, dvs. konventionens bestämmelser omarbetas till svensk författningstext i den utsträckning som redan existerande inhemska bestämmelser inte motsvarar konventionens krav.

Barnkonventionen föreslås bli inkorporerad i svensk rätt och kommer därmed gälla som lag och bli direkt tillämplig i domstolar och andra myndigheter.¹⁶ Även om barnkonventionen kommer att inkorporeras är emellertid en fortsatt transformering av konventionens bestämmelser väsentlig för att rättigheterna ska synliggöras och få ökat genomslag i rättstillämpningen.

För att övervaka staternas efterlevnad och genomförande av de centrala konventioner om mänskliga rättigheter som har utarbetats inom FN finns särskilda konventionskommittéer. För barnkonventionens vidkommande har upprättats en kommitté för barnets rättigheter (artikel 43) som ska granska hur konventionsstaterna uppfyller sina skyldigheter. Kommittén ger bl.a. vägledning i tolkningen av konventionen i sina allmänna kommentarer (General Comments). Hittills har barnrättskommittén antagit 21 allmänna kommentarer varav de flesta är översatta till svenska.¹⁷ Kommittén anordnar också allmänna diskussioner (General Discussions) för att diskutera olika aspekter av barnkonventionen som vanligen utmynnar i rekommendationer från kommittén. Den direkta dialogen med staterna sker dock främst i den periodiska uppföljningen av varje stats förverkligande av konventionen. Uppföljningen resulterar i att barnrättskommittén lämnar ett antal rekommendationer och sammanfattande slutsatser (Concluding Observations) om vad staten särskilt bör uppmärksamma och prioritera i det fortsatta arbetet med att genomföra konventionen. De uttalanden som kommittén gör genom dessa instrument är inte juridiskt bindande, utan fungerar som en vägledning för arbetet med konventionen i respektive stat. Uttalandena kan dock tjäna som tolkningsunderlag i domstolar och andra myndigheter. Regeringen har också i olika sammanhang framhållit att barnrättskommitténs kommentarer ska tas på stort allvar och att de har

¹⁶ Barnrättsutredningen (SOU 2016:19). Förslaget bereds för närvarande i Regeringskansliet.

¹⁷ Se www.barnombudsmannen.se

en stor betydelse som vägledning för Sveriges arbete med att genomföra konventionen på nationell nivå.¹⁸

Rättigheterna i barnkonventionen

Barnkonventionen innebär ett fullständigt erkännande av barnet som rättighetsbärare. Även barnets särskilda sårbarhet och behov av stöd och skydd betonas i konventionen.

Enligt artikel 1 gäller rättigheterna i barnkonventionen alla barn upp till 18 år, om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet. Rättigheterna gäller samtliga barn inom ett lands jurisdiktion, utan åtskillnad av något slag, i enlighet med konventionens s.k. icke-diskrimineringsprincip i artikel 2.

Konventionen omfattar såväl medborgerliga och politiska rättigheter å ena sidan som sociala, ekonomiska och kulturella rättigheter å andra sidan. Det finns ingen auktoritativ uppdelning av rättigheter i dessa två kategorier. I barnrättskommitténs allmänna kommentarer ges som exempel på de förra bl.a. artikel 13 om yttrandefrihet och artikel 17 om tillgång till information. Samtidigt framgår att många andra artiklar i konventionen, bl.a. grundprinciperna, vilka behandlas i det följande, innehåller delar som utgör medborgerliga eller politiska rättigheter. Artiklarna speglar därför det faktum att alla mänskliga rättigheter är odelbara och ömsesidigt beroende av varandra.¹⁹ Det finns dock en realistisk acceptans för att bristande resurser – ekonomiska och andra – i vissa stater kan hindra ett fullständigt genomförande av ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Av artikel 4 andra meningen framgår dock att konventionen ska genomföras till det yttersta av konventionsstatens tillgängliga resurser.

De fyra grundprinciperna i barnkonventionen, artikel 2 om icke-diskriminering, artikel 3 om barnets bästa, artikel 6 om rätt till liv, överlevnad och utveckling och artikel 12 om rätten att uttrycka sina åsikter m.m., är vägledande för hur övriga rättigheter i konventionen ska tolkas. Grundprinciperna har också en självständig betydelse och ska vara utgångspunkt i beslut och åtgärder som kan röra enskilda

¹⁸ Se bl.a. skr. 2013/14:91 s. 10 f.

¹⁹ CRC/GC/5, p. 6.

barn eller grupper av barn. Barnrättskommittén har betonat vikten av att grundprinciperna återspeglas i den nationella lagstiftningen.²⁰

Enligt artikel 3.1 ska barnets bästa komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn. Konventionsstaterna åtar sig vidare, enligt artikel 3.2, att tillförsäkra barnet sådant skydd och sådan omvårdnad som behövs för dess välfärd. Den övergripande skyldighet som artikel 3.2 uttrycker har bäring på flera artiklar i konventionen, bl.a. artikel 19 om att staten ska skydda barnet mot alla former av våld och övergrepp. I artikel 3.3 anges att konventionsstaterna ska säkerställa att institutioner, tjänster och inrättningar som ansvarar för vård eller skydd av barn uppfyller av behöriga myndigheter fastställda normer, särskilt vad gäller säkerhet, hälsa, personalens antal och lämplighet samt behörig tillsyn.

Den tredje grundprincipen regleras i artikel 6. Konventionsstaterna erkänner att varje barn har en inneboende rätt till livet (6.1) och konventionsstaterna ska till det yttersta av sin förmåga säkerställa barnets överlevnad och utveckling (6.2). Barnets rätt till överlevnad och utveckling är kopplad till flera artiklar i konventionen som handlar om barnets rätt att få sina grundläggande behov tillgodosedda. Däribland finns artikel 24 om rätten till hälso- och sjukvård och artikel 27 om rätten till en skälig levnadsstandard. I artikel 23 betonas särskilt statens skyldighet att ge lämpligt bistånd till barn med funktionsnedsättningar. Även de artiklar som ska ge barnet skydd mot utnyttjande, våld och övergrepp är förbundna med barnets rätt till överlevnad och utveckling. Hit hör bl.a. artikel 19 som erkänner barnets rätt till skydd mot alla former av våld och övergrepp.

I den fjärde grundprincipen, artikel 12, anges att konventionsstaterna ska tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet och barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad (12.1). Detta gäller såväl det enskilda barnet som grupper av barn. Artikel 12 återspeglar det förhållningssätt till barnet som konventionen uttrycker, nämligen barnet som bärare av rättigheter som ska vara delaktig i och ha inflytande över sitt liv.²¹ Rättigheten i artikel 12 är absolut och gäller alla barn utan åtskillnad, i enlighet med icke-diskrimineringsprincipen i artikel 2. Staten är därmed skyl-

²⁰ CRC/GC/5, p. 22.

²¹ CRC/C/GC/12, p. 18.

dig att säkerställa att barnet kan utöva denna rättighet. Det ska påtalas att det är fråga om en rättighet för barnet, inte någon skyldighet att uttrycka sina åsikter.²² Artikel 12 ställer även krav på att barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. När barnet är i stånd att bilda sig en egen uppfattning måste hans eller hennes åsikter nog beaktas.

Barnkonventionen innehåller en rad ytterligare bestämmelser som inte minst i tvångsvårdssammanhang kan sägas vara av särskild relevans. Artikel 9 ställer krav på att konventionsstaterna säkerställer att barn inte skiljs från sina föräldrar mot deras vilja, utom i de fall behöriga myndigheter, som är underställda rättslig överprövning, finner att ett sådant åtskiljande är nödvändigt för barnets bästa. I artikel 9 regleras också rätten för barn som skilts från föräldrarna att hålla kontakt med dem, utom då det strider mot barnets bästa.

Enligt artikel 13 ska barnet ha rätt till yttrandefrihet vilket innefattar frihet att söka, ta emot och sprida information och tankar av alla slag. Rätten får dock underkastas vissa inskränkningar för att respektera andra personers rättigheter eller anseende eller för att skydda bl.a. den allmänna ordningen eller folkhälsan. Konventionsstaterna ska också, enligt artikel 17, säkerställa att barnet har tillgång till information och material från olika nationella och internationella källor, särskilt sådant som syftar till att främja dess sociala, andliga och moraliska välfärd och fysiska och psykiska hälsa.

Artikel 16 ger uttryck för att inget barn får utsättas för godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt privat- eller familjeliv, sitt hem eller sin korrespondens och att barnet har rätt till lagens skydd mot sådana ingripanden. Konventionsstaterna har också, enligt artikel 19, skyldighet att vidta åtgärder för att skydda barnet mot alla former av bl.a. fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp medan barnet är i föräldrarnas, vårdnadshavares eller annan persons vård. Ett barn som tillfälligt eller varaktigt berövats sin familjemiljö ska också, enligt artikel 20, ha rätt till särskilt skydd och bistånd från statens sida.

Enligt artikel 24.1 har barnet rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård. I artikel 25 erkänns rätten för ett barn som har omhändertagits av behöriga myndigheter för om-

²² CRC/C/GC/12, p. 16 och 19.

vårdnad, skydd eller behandling av sin fysiska eller psykiska hälsa till regelbunden översyn av den behandling som barnet får och alla andra omständigheter rörande barnets omhändertagande.

Konventionsstaterna ska, enligt artikel 37 a, säkerställa att inget barn får utsättas för tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Inget barn får, enligt artikel 37 b, olagligt eller godtyckligt berövas sin frihet. Gripande, anhållande, häktning eller andra former av frihetsberövande av ett barn ska ske i enlighet med lag och får endast användas som en sista utväg och för kortast lämpliga tid. Varje frihetsberövat barn ska, enligt artikel 37 c, behandlas humant och med respekt för människans inneboende värdighet och på ett sätt som beaktar behoven hos personer i dess ålder. Särskilt ska varje frihetsberövat barn hållas åtskilt från vuxna om det inte anses vara till barnets bästa att inte göra detta. Ett barn ska också, utom i undantagsfall, ha rätt att hålla kontakt med sin familj genom brevväxling och besök. Av artikel 37 d framgår också att varje frihetsberövat barn ska ha rätt att snarast få tillgång till såväl juridiskt biträde och annan lämplig hjälp som rätt att få lagligheten av sitt frihetsberövande prövad av en domstol eller annan behörig, oberoende och opartisk myndighet samt rätt till ett snabbt beslut i saken.

Artiklarnas närmare innebörd kommenteras närmare i anslutning till utredningens förslag.

7.2.5 God vård

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvården bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Vården ska vidare bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patient och personal och vara lätt tillgänglig. I hälso- och sjukvården ska det, enligt 5 kap. 2 § HSL, finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt Socialstyrelsen²³ utgörs god vård av sex dimensioner vilka tillsammans sammanfattar kraven på svensk hälso- och sjukvård (se

²³ Socialstyrelsen (2009a), s. 7 ff.

avsnitt 6.4). Utredningen har valt att sammanfatta sina iakttagelser utifrån fyra av de områden som kännetecknar en god vård – kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad och jämlik vilka är de områden som utredningen har bedömt vara av särskild vikt när det gäller att motverka användningen av tvångsåtgärder mot barn.

7.3 Utredningens överväganden och förslag

7.3.1 Systematiskt kvalitetssäkringsarbete för minskat behov av tvångsåtgärder

Utredningens förslag: I en ny paragraf i lagen om psykiatrisk tvångsvård och i lagen om rättspsykiatrisk vård ska förtydligas att det kvalitetssäkringsarbete som avses i hälso- och sjukvårdslagen ska, i verksamhet som bedriver psykiatrisk tvångsvård, även omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder.

I lagen om rättspsykiatrisk vård ska en ny paragraf införas som klargör att hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen är tillämpliga även vid rättspsykiatrisk vård.

Inledning

Enligt 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, ska inom hälso- och sjukvården kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Bestämmelsen innebär att en uppföljning och värdering av verksamhetens kvalitet och resultat ska göras. I lagen anges inte hur kontrollen ska ske utan det regleras genom verkställighetsföreskrifter.²⁴

Av 3 kap. 1–2 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår bl.a. att vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Detta ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

²⁴ Prop. 1995/96:176.

Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård hänvisas till Socialstyrelsens ovan nämnda föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Av 2 kap. 2 § följer att varje vårdgivare ska ge skriftliga direktiv och säkerställa att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete innehåller rutiner som säkerställer att vård ges i överensstämmelse med lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV. Verksamhetschefens ansvar regleras i 2 kap. 3–5 §§ i föreskriften. Bl.a. framgår av 2 kap. 5 § att verksamhetschefen fortlöpande ska följa upp att vården ges i överensstämmelse med LPT och LRV. Uppföljningen ska säkerställa att patienternas inflytande och lagstadgade rättigheter i vården tillgodoses samt att andra personers säkerhet och fysiska eller psykiska hälsa inte riskeras. Vidare framgår att vid uppföljningen ska beaktas att verksamhetens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har getts sådan utformning att användningen av tvångsvård och tvångsåtgärder begränsas. Det ankommer också på verksamhetschefen att, enligt 2 kap. 4 §, ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att inskränkningar i en patients rätt att t.ex. använda telefon eller andra tekniska hjälpmedel endast görs med stöd av lag.

Utredningens förslag

I promemorian Ds 2014:28 föreslogs att det i LPT och LRV ska införas en bestämmelse om att vårdgivarens systematiska kvalitetssäkeringsarbete som avses i HSL även ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder. I promemorian konstaterades att det finns ett regelverk i HSL, LPT, LRV och anslutande myndighetsföreskrifter vars syfte är att säkra kvaliteten i vården och att medverka till att tvångsvård i sig och tvångsåtgärder inom ramen för tvångsvården endast används i begränsad utsträckning.

I samband med införandet av nya och ändrade bestämmelser i LPT och LRV för att stärka rättssäkerheten för patienterna påpekades att av riksdagen beslutade ändringar i HSL, bl.a. skyldigheten att systematiskt och fortlöpande utveckla kvaliteten i verksamheten,

också berör den psykiatriska tvångsvården. Skyldigheten ställer krav på att tvångsvården och användningen av tvångsåtgärder vid sådan vård beaktas särskilt vid utformningen av det kvalitetssystem som ska finnas i verksamheten enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Regeringen menade att det är av stor betydelse att den utveckling mot ytterligare förstärkning av patientens ställning som skett under senare år inom hälso- och sjukvården också genomförs i praktiken vid psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. Regeringen ansåg det önskvärt att sjukvårdshuvudmännen internt genomför revisioner av den psykiatriska verksamheten och med utgångspunkt i dessa revisioner vidtar kvalitetshöjande åtgärder i syfte att minska användningen av tvångsåtgärder. Regeringen underströk särskilt kraven på hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården, personal, lokaler och utrustning för god vård, att det finns sådana kvalitetssystem att vården är av högsta möjliga kvalitet samt att rättsäkerhet och samhällsskydd tillgodoses samt att chefsöverläkaren har sådana rutiner att de fortlöpande kan följa utvecklingen inom tvångsvården och upprätthålla kvalitet, rättssäkerhet och samhällsskydd.²⁵

Trots att en reglering finns och regeringens explicita uttalanden angående tvångsvård anfördes i promemorian att det i lagstiftningen saknas en tydlig koppling mellan det systematiska förbättringsarbets innehåll och minskning av behovet av tvångsåtgärder. I promemorian hänvisas till det nationella genombrottsprojektet Bättre vård – mindre tvång och till Socialstyrelsens rapport över projektets arbete, där Socialstyrelsen bl.a. understrukt att ett förbättringsarbete i psykiatrisk heldygnsvård måste bedrivas systematiskt i flera år. Myndigheten menar att genom det genomförda förbättringsarbetet har steg tagits i rätt riktning men att det finns mycket kvar för att patienterna ska uppleva att bemötandet är bra, att vården är tillgänglig och att de kan upprätta en bra behandlingsallians med personalen.²⁶

Utredningen delar promemorians bedömning att det mot den bakgrunden finns starka skäl att understryka vikten av ett aktivt arbete för att minska användningen av tvångsåtgärder. Därför föreslås att det i 1 § LPT och i 1 § LRV införs en, i förhållande till HSL, kompletterande bestämmelse som tydliggör att kvalitetssäkringsarbetet avseende psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

²⁵ Prop. 1999/2000:44, s. 138.

²⁶ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014d), s. 37 f.

även ska omfatta olika åtgärder vars syfte är att minska behovet av tvångsåtgärder. Genom en uttrycklig reglering i LPT och LRV ges naturliga förutsättningar för sjukvårdshuvudmännen att i det ordinarie kvalitetsarbetet aktivt reflektera över användningen av tvångsåtgärder.

I promemorian betonades att avsikten med den nya bestämmelsen inte är att arbetet för att minska behovet av tvångsåtgärder alltid ska ha företräde gentemot andra centrala bestämmelser i lagen, exempelvis att vården enligt 15 a § ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god säkerhet. När det t.ex. gäller patienter som överlämnats till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning är det alltid av vikt att det vidtas relevanta åtgärder för att minska risken i återfall i allvarlig brottslighet.²⁷ Utredningen delar den bedömningen.

I LRV ska dessutom införas en erinran om att föreskrifterna i HSL och patientlagen (2014:821), förkortad PL, gäller all psykiatrisk vård. En motsvarande bestämmelse finns redan i 1 § LPT vilken enligt förarbetena gäller även vid vård enligt LRV. I förtydligande syfte bör detta emellertid framgå även av den senare lagen.

7.3.2 Val av behandlingsalternativ och ny medicinsk bedömning

Utredningens förslag: I lagen om psykiatrisk tvångsvård och i lagen om rättspsykiatrisk vård ska införas en ny paragraf som erinrar om att bestämmelserna i 7 och 8 kap. patientlagen är tillämpliga även vid vård enligt dessa lagar.

Utgångspunkten för all vård och behandling, även sådan vård som ges med stöd av LPT och LRV, är de krav som följer av hälso- och sjukvårdslagen bl.a. vad avser god kvalitet, respekt för patientens självbestämmande och integritet och att patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården ska tillgodoses (jfr 1 § LPT).²⁸ Också patientsäkerhetslagen (2010:659) förkortad PSL, om hälso- och sjuk-

²⁷ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014d), s. 38.

²⁸ Prop. 2007/08:70, s. 109.

vårdspersonalens skyldigheter är tillämplig vid tvångsvård, vilket bl.a. gäller kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Som undantagslagar i hälso- och sjukvården ger LPT och LRV befogenhet att i vissa avseenden avvika från HSL:s grundläggande princip om självbestämmande och integritet. Denna princip är dock så fundamental att medicinering och annan behandling även under tvångsvård ska ske i samförstånd med patienten. Av 17 § LPT (6 § LRV) framgår att i fråga om behandlingen under vårdtiden ska samråd äga rum med patienten. Samråd ska också ske med patientens närstående, om det inte är olämpligt. Behandlingen ska anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården enligt 2 § andra stycket, dvs. att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som patienten behöver.

Utgångspunkten är alltså att samråd med och samtycke från patienten krävs, även i fråga om psykiatrisk tvångsvård. Vård med stöd av LPT eller LRV medför alltså inte att patienten med automatik också ska behandlas mot sin vilja.²⁹ I 17 § tredje stycket framgår dock att om det är nödvändigt får patienten, efter chefsöverläkarens beslut, ges behandling utan samtycke. Behandling mot patientens vilja får alltså ske, men enbart om det är nödvändigt.

Av 10 kap. 1 § HSL framgår att landstinget ska ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt vad som anges i 7 kap. PL. Enligt 7 kap. 1 § PL ska patienten, när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patientens ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat. Att dessa bestämmelser även gäller i den psykiatriska tvångsvården framgår av 1 § LPT.

Av 10 kap. 3 § HSL framgår att landstinget har skyldighet att ge patienten möjlighet att få en ny medicinsk bedömning enligt vad som anges i 8 kap. 1 § PL. Av denna senare bestämmelse, första stycket, framgår att en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en ny medicinsk bedömning. Patientens ska, enligt andra stycket, erbjudas den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till om 1) behandlingen står i överensstämmelse

²⁹ Prop. 1990/91:58, s. 75.

med vetenskap och beprövad erfarenhet, och 2) det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat. Också dessa bestämmelser är tillämpliga vid tvångsvård (1 § LPT).

Det följer av 6 kap. 7 § PSL att den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska medverka till att patienten ges möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt 7 kap. 1 § PL och få en ny medicinsk bedömning enligt 8 kap. 1 § PL. Det är möjligheten att konsultera en ny läkare som inte har färgats eller påverkats av den tidigare behandlande läkaren, bedömningen eller dialogen som avses med en förnyad medicinsk bedömning, och inte enbart att samma läkare ska ompröva sitt tidigare ställningstagande eller diskutera saken med en kollega. Som regeringen framhållit i förarbetena till bestämmelsen i fråga kan möjligheten att få en ny medicinsk bedömning bidra till att skapa trygghet för patienten i särskilt svåra situationer, t.ex. då patienten har förlorat tilltron till sin läkare eller då patienten fått besked om en särskilt svår diagnos. Om hälso- och sjukvården medverkar till en ny medicinsk bedömning kan patienten känna sig tryggare i att den diagnos som ställts och den behandling som föreslås är korrekta. Det är också en viktig funktion för att säkerställa att patienterna får vård som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och uppfyller kraven på god kvalitet. En ny medicinsk bedömning kan också ha en funktion som ett metodutvecklande verktyg samt utgöra en trygghet och ett stöd för läkaren i beslut om behandling. Genom att konsultera ytterligare en läkare kan nya metoder och medicinska landvinningar spridas i vården vilket säkerställer att patienten får vård av hög kvalitet.³⁰

De grundläggande bestämmelserna i HSL om respekt för patientens självbestämmande och integritet gäller också för den vård som sker med tvång och patientens önskemål ska därför respekteras så långt det är möjligt. Patientens utsatta ställning gör det särskilt viktigt att vården och behandlingen sker i former som inkräktar så lite som möjligt på patientens integritet och värdighet. Behandlingsåtgärderna får därför inte till sin art, omfattning och varaktighet vara mer ingripande än vad som är försvarbart med hänsyn till syftet med tvångsvården. Flera studier visar att patienter som vårdas i psykiatrisk vård uppfattar sin möjlighet till delaktighet i vården som sva-

³⁰ Prop. 2013/14:106, s. 79.

gare än vad som är fallet för andra patientkategorier.³¹ Det finns därför skäl att i LPT och LRV uttryckligen erinra om att dessa bestämmelser är tillämpliga även vid psykiatrisk tvångsvård.

7.3.3 Principen om barnets bästa

Utredningens förslag: Det ska i lagen om psykiatrisk tvångsvård införas en ny paragraf, som genom hänvisning även gäller vid vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, som anger att vid alla beslut och åtgärder som rör ett barn ska barnets bästa utredas och särskilt beaktas. Vid bedömningen av barnets bästa ska hänsyn tas till barnets åsikter.

Av paragrafen ska framgå att med barn avses personer under 18 år och att vård som ges till barn ska präglas av omtanke och bygga på respekt för barnets människovärde och integritet.

Utredningens bedömning: Formuleringen i regleringen av barnets bästa bör ses över så att bestämmelserna blir likalydande i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Allmänt

I LPT och LRV, finns ingen explicit reglering i fråga om barn, dvs. personer under 18 år. Förutsättningarna för tvångsvård och för de särskilda tvångsåtgärder som under vissa förutsättningar får vidtas under vårdtiden är alltså lika för alla oavsett ålder.

I barnkonventionen är principen om barnets bästa en av de fyra grundprinciperna och den har sedan länge fått visst genomslag i olika delar av den svenska rättsordningen. Av 5 kap. 6 § HSL, framgår att när hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa *särskilt beaktas*. En likalydande bestämmelse finns i 1 kap. 8 § PL. Att dessa bestämmelser gäller all psykiatrisk vård, dvs. även vid vård enligt LPT, framgår av 1 § den lagen.

Regleringen i HSL och PL utgår från barnkonventionen. Regeringen har ansett att barnets bästa ska vara vägledande i de svåra

³¹ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014d), s. 52.

ställningstaganden som behöver göras inom hälso- och sjukvårdens verksamheter. Avsikten med bestämmelserna är att framhålla att hälso- och sjukvårdens aktörer inom alla delar av vårdkedjan, även vid rent organisatoriska beslut, ska göra en bedömning av vilka konsekvenser besluten har för barn och vad som behövs för att barn ska ges hälso- och sjukvård på ett sätt som är anpassat till barnet. I bedömningen ska vad som är barnets bästa beaktas.³²

Regeringen har i fråga om PL och HSL ansett att bedömningen av vad som är barnets bästa är en process med flera steg. Hälso- och sjukvårdspersonalen måste beakta vetenskap och beprövad erfarenhet samt, beroende på barnets ålder och mognad, inhämta underlag från vårdnadshavare. I relevanta sammanhang kan underlag även behöva inhämtas från andra yrkespersoner som har kunskap om barnet med de begränsningar som kan finnas på grund av sekretess och tystnadsplikt. Vidare behöver hälso- och sjukvårdspersonalen beakta det som barnet själv ger uttryck för i enlighet med artikel 12 i barnkonventionen. Utgångspunkten i barnets bästa är respekten för barnets fulla människovärde och integritet.³³ I förarbetena understryks att processen att komma fram till barnets bästa kräver ett aktivt övervägande i det enskilda fallet. Barnets liv och hälsa måste skyddas, men barnets integritet, rätt att uttrycka sin åsikt och rätt till inflytande måste även beaktas vid en bedömning av vad som är det enskilda barnets bästa i den aktuella situationen.³⁴

Enligt artikel 3.1 i barnkonventionen ska barnets bästa *komma i främsta rummet* vid alla åtgärder som rör barn. Principen uttrycker både en individuell och en kollektiv rättighet. Det innebär att barnets bästa ska sättas i främsta rummet i såväl åtgärder som rör ett enskilt barn som åtgärder som rör grupper av barn.

Principen består av tre delar. För det första är det *en materiell rättighet* dvs. rätten att få barnets bästa bedömt och satt i främsta rummet när olika intressen vägs mot varandra. Det är för det andra *grundläggande rättslig tolkningsprincip*. Om en rättsregel är öppen för fler än en tolkning ska den tolkning som tillgodoser barnets bästa mest verkningsfullt ha företräde. För det tredje ger principen uttryck för *ett tillvägagångssätt*. När ett enskilt barn, en identifierad grupp

³² Prop. 2016/17:43, s. 98.

³³ Prop. 2013/14:106, s. 63.

³⁴ Prop. 2013/14:106, s. 63.

barn eller barn i allmänhet kommer att påverkas av ett beslut, måste beslutsprocessen innehålla en utvärdering av eventuella positiva eller negativa konsekvenser för barnet eller barnen. Dessutom måste beslutsmotiveringen visa att uttrycklig hänsyn har tagits till barnets bästa. Man ska således förklara hur man tagit hänsyn till barnets bästa i beslutet, dvs. vad som har ansetts vara för barnets bästa, vilka kriterier detta grundas på samt hur barnets intressen har vägts mot andra hänsynstaganden, antingen det handlar om övergripande policy-frågor eller enskilda fall.³⁵

Begreppet *barnets bästa* är inte definierat i barnkonventionen. Barnrättskommittén har anfört att det är ett komplext begrepp och att dess innebörd måste avgöras från fall till fall. Genom att tolka och tillämpa artikel 3.1 tillsammans med konventionens övriga bestämmelser kan tillämparen klargöra begreppet och använda det konkret. Begreppet är alltså flexibelt och anpassningsbart. Det bör, anför kommittén, justeras och definieras individuellt utifrån det berörda barnets eller de berörda barnens specifika situation med hänsyn tagen till personliga sammanhang, situationer och behov. I beslut som rör ett enskilt barn måste barnets bästa bedömas och fastställas med utgångspunkt i barnets specifika omständigheter. I beslut som rör barn som kollektivt måste barns bästa bedömas och fastställas för den grupp av barn det gäller och för barn i allmänhet, i båda fallen med full respekt för rättigheterna i konventionen och dess fakultativa protokoll.³⁶

Att barnets bästa ska komma i *främsta rummet* innebär, enligt barnkonventionen, att vid en avvägning av det enskilda barnets intresse mot andra intressen ska barnets intresse väga tungt, men det behöver inte vara avgörande. Barnrättskommittén har anfört att eftersom artikel 3.1 inte täcker en lång rad situationer finns behov av en viss flexibilitet vid dess tillämpning. När barnets bästa väl bedömts och fastställts kan det tänkas stå i konflikt med andra intressen eller rättigheter, t.ex. andra barns, allmänhetens eller föräldrars. Eventuella konflikter mellan det bästa för ett enskilt barn och det bästa för en grupp barn eller barn i allmänhet måste lösas från fall till fall genom att alla parter intressen omsorgsfullt vägs mot varandra

³⁵ CRC/C/GC/14, p. 6.

³⁶ CRC/C/GC/14, p. 32.

och en lämplig kompromiss nås. Samma gäller om andra personers rättigheter står i konflikt med barnets bästa.³⁷

Utredningens förslag

Principen om barnets bästa gäller redan i den psykiatriska tvångsvården genom regleringen i HSL och PL. Trots att det innebär en dubbelreglering är det utredningens mening att det är nödvändigt att i LPT, införa en bestämmelse om barnets bästa för att principen ska få genomslag i praktiken.

Sålunda föreslås att det i LPT, som genom hänvisning även gäller vid vård enligt LRV, införs en ny paragraf enligt vilken barnets bästa ska utredas och särskilt beaktas vid alla beslut och åtgärder som rör ett barn. Bestämmelsen föreslås placeras bland de inledande bestämmelserna i LPT eftersom den ska gälla alla beslut och åtgärder enligt lagen som rör barn, allt från chefsöverläkarens inledande beslut om tvångsvård, domstolens prövning vid eventuell ansökan om fortsatt vård, beslut under vårdtiden om permission, beslut om att vidta sådana tvångsåtgärder som regleras i 18–24 §§ LPT m.m. Eftersom principen rör såväl det enskilda barnet som barn som kollektiv innebär principen också att barnets bästa ska utredas och särskilt beaktas vid t.ex. planering och utformning av lokaler där barn ska vårdas.

Det är inte möjligt att entydigt definiera innebörden av begreppet barnets bästa utan det måste avgöras i varje enskilt fall med hänsyn tagen till det individuella barnets specifika omständigheter. Att barnets bästa särskilt ska beaktas innebär att det är av särskild vikt, men det är inte avgörande. En avvägning måste alltid göras mellan skilda intressen. Om beslutet inte överensstämmer med barnets åsikter eller om beslutet, i det enskilda fallet, blir något annat än vad som kan anses vara barnets bästa, ska skälen för detta redovisas. Detta för att visa att barnets bästa beaktats trots resultatet.

Den föreslagna formuleringen skiljer sig något från vad som sägs i HSL och PL. Genom att i lagen ange att barnets bästa, inte bara särskilt ska beaktas, utan även ska *utredas* får bestämmelsen en tydligare koppling till artikel 3. Som framgått ovan består barnets bästa av tre delar. Det är en materiell rättighet, en grundläggande rättslig

³⁷ CRC/C/GC/14, p. 39 och 97.

tolkningsprincip och ett tillvägagångssätt. Bedömningen av barnets bästa är en process med flera steg. Dels ska man beakta vetenskap och beprövad erfarenhet och inhämta underlag från närstående och yrkespersoner som har kunskap om barnet, dels ska man beakta det som barnet själv ger uttryck för i enlighet med barnkonventionens artikel 12. Vad som är barnets bästa kräver alltså ett aktivt övervägande i det enskilda fallet. Det är inte tillräckligt att i allmänna ordalag utifrån ett generellt betraktelsesätt konstatera att något är till ett barns bästa i allmänhet. Barnets bästa måste bedömas i det konkreta fallet och noga redovisas. Att barnets bästa ska utredas ger uttryck för att beslutsfattare faktiskt måste göra en bedömning av vad som framkommit i utredningen, att barnets bästa ska fastställas och att detta dokumenteras. Som regeringen framhållit i förarbetena till Socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, är det angeläget att de analyser som ligger till grund för bedömningen av barnets bästa dokumenteras och att detta finns med som en del i beslutsunderlaget. Det underlättar också uppföljningen av hur bestämmelsen om barnets bästa tillämpas i praktiken.³⁸ Att bedömningen ska dokumenteras torde följa redan av patientdatalagen (2008:355).

Principen om barnets bästa är nära förbunden med artikel 12 i barnkonventionen som ger alla barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätt att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet. För att tydliggöra detta föreslås att det i paragrafen om barnets bästa ska införas en hänvisning till bestämmelsen om barnets rätt att framföra sina åsikter. Reglerna om barnets bästa och rätten att få framföra sina åsikter ska tolkas i förhållande till varandra. Det är grundläggande principer som kompletterar varandra. Den ena fastställer målet för att uppnå det bästa för barnet, och den andra innehåller metoden för att nå målet, att barnet eller barnen ska bli hörda.³⁹

Som framgått tidigare är bemötandet av en patient i psykiatri särskilt viktigt eftersom det kan påverka patientsäkerheten. Det gäller generellt men det är av särskild betydelse vid tvångsvård av barn. Som framhållits av Utredningen om tvångsvård av barn och unga (SOU 2015:71) hör till ett gott bemötande vänlighet, lyhördhet, tillit, stöd och uppmuntran. För att understryka detta föreslås att det i LPT ska införas en bestämmelse om att vård enligt lagen ska

³⁸ Prop. 2012/13:10, s. 37.

³⁹ CRC/C/GC/12, p. 74.

präglas av *omtanke* och bygga på respekt för barns *människovärde och integritet*. Syftet är att markera att barnet är en självständig individ med egna rättigheter vilket återspeglar det grundläggande budskapet i barnkonventionen.⁴⁰

7.3.4 Rätt att få information och att få uttrycka åsikter

Utredningens förslag: Det ska i lagen om psykiatrisk tvångsvård, som genom hänvisning även gäller vid vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, införas en ny paragraf om att vid alla beslut och åtgärder som rör ett barn ska barnet fortlöpande få relevant information. Informationen ska anpassas till barnets ålder, mognad och andra individuella förutsättningar. Den som lämnar informationen ska så långt det är möjligt försäkra sig om att barnet har förstått informationen.

Det ska också i en ny paragraf regleras att ett barn ska ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till dess ålder och mognad.

Utredningens bedömning: Ett barns rätt att framföra sina åsikter och att bli hörd bör även framgå av patientlagen.

Rätt till information

En av grundprinciperna i barnkonventionen, artikel 12.1, garanterar varje barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet och rätten att få sina åsikter beaktade i förhållande till sin ålder och mognad. I artikel 12.2 anges särskilt att barnet ska beredas möjlighet att höras, antingen direkt eller genom företrädare, i alla rättsprocesser och administrativa förfaranden som rör barnet. Artikel 12 innebär en tydlig juridisk skyldighet för konventionsstaterna att erkänna rättigheten och säkerställa att den genomförs.

⁴⁰ Jfr. 1 § lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU.

I 3 kap. PL finns en rad bestämmelser om information till patienten. Som framgått tidigare gäller dessa regler även inom den psykiatriska tvångsvården (1 § LPT). Den information som ska ges handlar bl.a. om patientens hälsotillstånd, metoder för undersökning, vård och behandling, det förväntade vård- och behandlingsförloppet, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, eftervård och metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Enligt 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, ankommer det på den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient att se till att patienten och dennes närstående ges information enligt 3 kap. PL.

Information är nödvändigt för att patienter i allmänhet ska kunna utöva sitt självbestämmande och ta ställning till om han eller hon vill acceptera den vård som erbjuds. Det underlättar också för patienten att känna ökad kontroll över sin tillvaro genom att undanröja eller minska ovisshet och möjliggöra planering. Bristande information kan uppfattas som bristande respekt och dåligt bemötande. Som framgår av förarbetena till PL har Socialstyrelsen kunnat påvisa att brister i bemötande och kommunikation mellan patient och vårdgivare leder till överdödighet och onödig behandling inom heldygnsvård. Det har också visat sig att god information till patienter ökar följsamheten till ordinationer som t.ex. läkemedelsbehandling, dvs. att patienterna i större utsträckning väljer att följa de råd och ordinationer som de får.⁴¹

Information är en förutsättning för att barn i den psykiatriska heldygnsvården ska kunna ta tillvara sin rätt enligt artikel 12 att fritt uttrycka sina åsikter och få dessa beaktade utifrån sin ålder och mognad. Som framgår av avsnitt 6.4.3 har barn som vårdats i den psykiatriska heldygnsvården i olika sammanhang gett uttryck för att informationen de fått varit bristfällig och att de ibland inte förstått om de varit intagna på frivillig basis eller med stöd av tvångslagstiftningen. De har heller inte haft någon kunskap om vad tvångsvård innebär, vilka rättigheter de har och vart de kan vända sig med frågor eller klagomål.

Regleringen i PL i fråga om vilken information som ska ges till patienten och hur informationen ska genomföras gäller både barn och vuxna i tvångsvården. Därtill kommer specifika bestämmelser i LPT och LRV, om information till såväl vuxna som barn. Det gäller

⁴¹ Prop. 2013/14:106, s. 47.

bl.a. 30–31 a §§ LPT (26 § LRV) om stödperson och 48 § LPT (30 § LRV) om rätten att överklaga vissa beslut, att anlita ombud eller biträde och att få offentligt biträde. Att patienten informeras ska dokumenteras i patientens journal enligt 2 kap. 2 § förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, förkortad FPT.

Trots regleringen i PL och PSL bör det, för att tydliggöra skyldigheten att informera barn, i LPT införas en ny paragraf om detta. Sålunda föreslås att vid alla beslut och åtgärder som rör ett barn ska barnet fortlöpande få relevant information. Med relevant information avses information som är av betydelse för barnet i det enskilda fallet. Det kan dels röra sig om sådan information som anges i 3 kap. PL,⁴² och dels sådan information som nämnts ovan som är specifik för tvångsvården, dvs. om rätten att överklaga och rätten till offentligt biträde m.m. Som framgår av förarbetena till PL har barn samma rätt som vuxna att få information om sitt hälsotillstånd, metoder för undersökning, vård och behandling samt det förväntade vårdförloppet. Även mycket små barn kan ta till sig viss information. Informationen ska utformas med omsorg och ges på ett hänsynsfullt sätt utifrån barnets mognad och situation i övrigt.⁴³ Med hänsyn till barns sårbara situation i tvångsvården är det också viktigt att barn får information om vad tvångsvård innebär, vilka rättigheter barnet har och vart barnet kan vända sig för att framföra klagomål. Informationen bör inte enbart omfatta rena faktauppgifter, t.ex. om vilka rättigheter barnet har, utan även information om följderna av barnets åsikter och möjliga resultat av olika beslut. Det kan t.ex. handla om att informera om konsekvenserna av viss medicinering i förhållande till att sådan medicinering inte ges. Det är inte tillräckligt att informationen ges i samband med intagningsbeslutet utan det måste ske fortlöpande. Om en patient informeras om överklaganderätten vid intagningen måste patienten vid t.ex. ett beslut om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster, åter informeras om såväl beslutet, som ska motiveras, som rätten att överklaga.

Av paragrafen ska det också framgå att informationen ska anpassas till barnets ålder, mognad och andra individuella förutsättningar och att den som lämnar information så långt det är möjligt

⁴² Prop. 2013/14:106, s. 114 f.

⁴³ Prop. 2013/14:106, s. 118.

har skyldighet att försäkra sig om att barnet har förstått informationen. Informationen ska t.ex. anpassas efter mottagarens tidigare erfarenhet av hälso- och sjukvården, men även övriga erfarenheter som bl.a. kan ha betydelse för vilken förståelse han eller hon har av exempelvis skeenden i kroppen. Informationen ska också anpassas efter mottagarens språkliga bakgrund, varvid behovet av att anlita tolk måste observeras. Informationen ska även anpassas efter andra individuella förutsättningar såsom utbildningsbakgrund, könsidentitet, religion, kognitiva och andra funktionsnedsättningar, livssituation eller andra omständigheter som kan påverka hur informationen bör ges. Om patienten önskar avstå från information ska självfallet detta respekteras.⁴⁴ Det betyder emellertid inte att om patienten i ett skede avböjt information, att detta gäller för resten av vårdtiden. Förutsättningarna för patientens intresse och mottaglighet för information kan ju förändras efter hand som patientens tillstånd förändras.

För att barnets delaktighet i vården ska få en reell innebörd krävs en dialog som bara kan komma tillstånd om mottagaren förstår den lämnade information. Därför ska den som ger informationen försäkra sig om att mottagaren förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Som framgår av PL ska informationen ges skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det.⁴⁵

Paragrafen har placerats bland de inledande bestämmelserna i LPT eftersom den inte enbart är tillämplig i hälso- och sjukvården utan den ska tillämpas även av domstolar, offentliga biträden m.fl. som kommer i kontakt med barnet.

Rätt att uttrycka sina åsikter och att bli hörd

Som framgått ovan anges i barnkonventionens artikel 12 att ett barn som är i stånd att bilda egna åsikter ska tillförsäkras rätten att, antingen direkt eller genom företrädare, höras i alla domstolsförfaranden och administrativa förfaranden som rör barnet. I regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige (prop. 2009/10:232) anges att för att ge barnet förutsättningar att uttrycka sina åsikter ska ansvariga

⁴⁴ Prop. 2013/14:106, s. 118.

⁴⁵ Prop. 2013/14:106, s. 118.

aktörer ha kunskap om hur denna rättighet ska förverkligas i den egna verksamheten. Det innebär att det måste finnas kunskap om och utarbetade arbetssätt för hur barnets åsikter på bästa sätt kan inhämtas, utifrån barnets ålder och mognad. Det är viktigt att miljön känns trygg för barnet och att metoder och arbetssätt är väl anpassade till barnets förutsättningar.

Artikel 12 innehåller ingen åldersgräns utan barn kan bilda åsikter vid mycket ung ålder, även om barnet inte kan uttrycka dessa verbalt. Även icke verbal kommunikation såsom lek, kroppsspråk, ansiktsuttryck, teckningar och målningar, som också mycket små barn kan använda, kan ge uttryck för barnets åsikter. Barn som av olika skäl kan ha svårt att framföra sina åsikter t.ex. på grund av en funktionsnedsättning ska tillhandahållas de kommunikationsverktyg som behövs för att barnet ska kunna uttrycka sina åsikter.⁴⁶ Har i det enskilda fallet ett barn inte förmåga att ge uttryck för sina åsikter får dessa, så långt det är möjligt klarläggas på annat sätt. Det kan, med beaktande av sekretess, t.ex. ske genom inhämtande av uppgifter från barnets närstående eller genom någon annan företrädare för barnet. Det kan också framgå av dokumentation av vad barnet tidigare har framfört. Då artikel 12 inte innehåller några specifika åldersgränser och begreppet mognad inte heller är definierat, måste man i varje enskilt ärende bedöma barnets förmåga att förstå det som han eller hon ska uttrycka sin åsikt om och anpassa situationen och informationen utifrån det.

I enlighet med barnkonventionens principer föreslår utredningen att det i LPT införs en ny paragraf om att barn ska ha rätt att föra fram sina åsikter i frågor som rör barnet. Detta ska gälla oavsett om det från myndigheternas eller hälso- och sjukvårdens sida bedöms tillföra ärendet något eller inte. Det ska dock framhållas att ett barn alltid har rätt att avstå från att utöva sin rättighet, det är en möjlighet, ingen skyldighet, vilket ställer krav på att barnet får all den information och rådgivning som behövs.⁴⁷

Rätten i artikel 12 tillkommer alla barn som är i stånd att bilda egna åsikter. Detta ska inte ses som en begränsning utan snarare som en skyldighet för konventionsstaterna att i största möjliga utsträckning bedöma barnets kapacitet att bilda en egen åsikt. Man kan alltså

⁴⁶ CRC/GC/12, p. 21.

⁴⁷ CRC/GC/12, p. 16.

inte utgå från antagandet att ett barn inte kan uttrycka sina åsikter. Tvärtom ska förutsättas att barnet är i stånd att bilda sina egna åsikter och erkänna denna rätt. Det är inte barnets ansvar att först bevisa sin förmåga.⁴⁸ Det är också viktigt att barns förmåga att bilda egna åsikter inte sammanblandas med förmågan att kunna uttrycka dessa.

Rätten enligt artikel 12 innebär inte enbart att barnet ska ha rätt att uttrycka sina åsikter. Dessa ska också tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Denna skrivning hänvisar till barnets förmågor som enligt barnrättighetskommittén måste bedömas för att man ska kunna beakta barnets åsikter och för att förmedla till barnet hur dessa åsikter har påverkat resultatet av processen. Det är inte tillräckligt att enbart lyssna på barnet. När barnet är i stånd att bilda en egen uppfattning måste hans eller hennes åsikter nogta beaktas.⁴⁹ Det betyder också att i alla beslut som rör barn ska det dokumenteras i journalen att barnets åsikter har inhämtats och hur barnets åsikter har beaktats. Väljer barnet att avstå från att ge uttryck för sina åsikter bör även detta dokumenteras.

Det är inte enbart barnets ålder som kan avgöra vikten av ett barns åsikter. Hur mycket barn förstår är inte på ett entydigt sätt knutet till barnets biologiska ålder. Information, erfarenhet, miljö, sociala och kulturella förväntningar samt omfattningen av stöd bidrar till utvecklingen av ett barns förmåga att bilda åsikter. Därför måste barnets åsikter bedömas i varje enskilt fall.⁵⁰

Ett barns mognad avser förmågan att förstå och bedöma konsekvenserna av en särskild fråga och mognaden måste därför övervägas när barnets individuella förmågor fastställs. I artikel 12 avses med mognad ett barns kapacitet att uttrycka sina åsikter på ett rimligt och självständigt sätt. Hänsyn måste också tas till hur frågan påverkar barnet. Ju mer resultatet påverkar ett barns liv, desto mer relevant är en korrekt bedömning av barnets mognad. I barnkonventionens artikel 5, som relaterar till artikel 12, uttrycks principen om att den fortlöpande utvecklingen av barnets förmågor också måste beaktas.⁵¹

⁴⁸ CRC/GC/12, p. 20.

⁴⁹ CRC/GC/12, p. 28.

⁵⁰ CRC/GC/12, p. 29.

⁵¹ CRC/GC/12, p. 30 och 31.

7.3.5 Barn får inte vårdas tillsammans med vuxna

Utredningens förslag: Det ska införas en ny paragraf av vilken det uttryckligen framgår att barn som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, vilket genom hänvisning gäller även vid vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, inte får vårdas tillsammans med vuxna om det inte i det enskilda fallet bedöms vara förenligt med barnets bästa. Den myndighet regeringen bestämmer ska utan dröjsmål underrättas om det beslutas att ett barn ska vårdas tillsammans med vuxna.

Som framgått av avsnitt 6.4.4 varierar tillgången till vårdplatser för barn i heldygnsvården stort mellan landstingen. I en inventering som genomförts av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) under 2016 uppgav sex landsting att de helt saknar platser i heldygnsvård för barn under 18 år.⁵² En del av dessa landsting köper vårdplatser i andra landsting medan andra landsting regelmässigt placerar de barn som är i behov av psykiatrisk heldygnsvård inom vuxenpsykiatri, inom barnmedicin eller inom missbruks- och beroendevården. Totalt vårdades nästan 20 procent av de drygt 300 barn som vårdades med stöd av LPT tillsammans med vuxna under 2016. Det har också förekommit att barn har placerats inom den rättspsykiatriska vården trots att de inte har varit dömda för brott.⁵³

Enligt artikel 37 (b) i barnkonventionen får inget barn olagligt eller godtyckligt berövas sin frihet. Gripande, anhållande, häktning, fängslande eller andra former av frihetsberövande av ett barn ska ske i enlighet med lag och får endast användas som en sista utväg och för kortast lämpliga tid. Av artikel 37 (c) framgår vidare att varje frihetsberövat barn ska behandlas humant och med respekt för människans inneboende värdighet och på ett sätt som beaktar behoven hos personer i dess ålder. Särskilt ska varje frihetsberövat barn hållas åtskilt från vuxna, om det inte anses vara till barnets bästa att inte göra detta.

LPT och LRV innehåller inga åldersgränser. Det finns heller ingenting i dessa lagar som uttryckligen sätter gränser för vilka

⁵² Sveriges Kommuner och Landsting (2017a), s. 9.

⁵³ Inspektionen för vård och omsorg, se t.ex. dnr. 8.2-34354/2013, dnr. 8.5-33850/2014-8, dnr. 5023/2016 -5, dnr. 22877/16-32.

patienter som får vårdas tillsammans. I förarbetena till 1991 års lag anfördes dock att det var angeläget att undvika att lagstiftningen genom sin grundläggande uppbyggnad bidrar till att patienter med inbördes mycket olika vårdbehov förs samman. Lagstiftaren hade främst patienter som dömts till rättspsykiatrisk vård och senildementa personer i åtanke eftersom de markant skiljer sig från människor med akuta psykiska störningar.⁵⁴

Barn och unga som vårdats tillsammans med vuxna patienter antingen inom allmänpsykiatri eller inom rättspsykiatri har uttryckt att de upplevt obehag och rädsla (se avsnitt 6.3.3). Till Barnombudsmannen har barn och unga berättat att det är en källa till rädsla, frustration och ibland ilska att vårdas mot sin vilja tillsammans med vuxna.⁵⁵ Psykiatrilagsutredningen menade också att det kan antas att barn och unga i vissa fall kan uppleva det som otryggt att vårdas på en psykiatrisk vårdavdelning tillsammans med vuxna patienter.⁵⁶

Inte minst mot bakgrund av HSL:s krav på att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård vilket bl.a. innebär att patientens behov av trygghet ska tillgodoses och barnkonventionens krav delar vi Psykiatrilagsutredningens bedömning, att det i lagen ska framgå att barn inte får vårdas tillsammans med vuxna om det inte är för barnets bästa. Det kan finnas situationer då denna huvudregel måste frångås. Det kan handla om att en behandlingsinsats måste ges akut och det inte finns tid att flytta patienten till en barn- och ungdomspsykiatrisk vårdenheter. Det kan också handla om patienter som är nära 18-årsåldern och en eventuell fortsatt vård kan tänkas nödvändig på en vuxenpsykiatrisk klinik. Det måste således i varje enskilt fall göras en bedömning av vad som är bäst för barnet varvid barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till dess ålder och mognad. Som Psykiatrilagsutredningen anført ska bristande resurser aldrig kunna utgöra ett skäl för att vårda barn och vuxna tillsammans.⁵⁷

Om det efter övervägande i fråga om barnets bästa beslutats att ett barn eller en ung person under 18 år ändå ska vårdas tillsammans med vuxna ska den myndighet som regeringen bestämmer underlättas om beslutet. Enligt utredningens mening bör underrättelsen

⁵⁴ Prop. 1990/91:58, s. 77 f.

⁵⁵ Barnombudsmannen (2014a), s. 90.

⁵⁶ Psykiatrilagsutredningen (SOU 2012:17), s. 472 f.

⁵⁷ Psykiatrilagsutredningen (SOU 2012:17), s. 473.

skickas till den av utredningen föreslagna Nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård (se avsnitt 7.4).

7.3.6 Utomhusvistelse och dagliga aktiviteter

Utredningens förslag: Det ska i lagen om psykiatrisk tvångsvård införas en ny paragraf om att barn ska ha möjlighet till daglig vistelse utomhus liksom till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen. Paragrafen är genom hänvisning tillämplig även vid vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård.

I utredningens samtal med barn har framkommit att barnen upplever att utbudet av aktiviteter och sysselsättning under pågående tvångsvård är begränsat. Barnen upplever sjukhusvistelsen som innehållslös och den uppfattas mest som en förvaring. En majoritet av de vårdenheter utredningen varit i kontakt med har uppgett att de kan erbjuda barnen aktiviteter under vårdtiden i form av t.ex. lekterapi, BUP-skola eller pysselrum (avsnitt 6.4.1). Det uppgavs däremot vara ovanligt att vårdenheterna kunde erbjuda barnen fysisk aktivitet och barnens möjlighet till utevistelse varierade mellan vårdenheterna.

Av SKL:s utvärdering av vårdmiljön i den psykiatriska heldygnsvården framgår att mer än hälften av enheterna har en sämre vårdmiljö med slitna lokaler, en avsaknad av gemensamma utrymmen och sällskapsrum samt tillbommade balkonger som enda möjlighet till utevistelse. På en del avdelningar innebär avsaknaden av utrymmen för behandling och gruppaktiviteter en klar begränsning i möjligheterna att utveckla vårdinnehållet.⁵⁸

I LPT och LRV finns, bortsett från reglerna om permission, inga bestämmelser om att en patient som vårdas enligt lagen ska ha möjlighet till utevistelse eller andra aktiviteter på vårdavdelningen. Redan i förarbetena till 1991 års lag anförde emellertid föredragande statsråd att vårdmiljön bör utformas så att patienten inte passiviseras. Patienten bör när han eller hon ges psykiatrisk vård så långt det är möjligt ha ansvar för sina dagliga aktiviteter och behålla kontakten med samhället utanför vårdinstitutionen.⁵⁹

⁵⁸ Sveriges Kommuner och Landsting (2010), s. 91 ff.

⁵⁹ Prop. 1990/91:58, s. 129.

Jämförs med lag (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, förkortad LSU, framgår av 12 § den lagen att den dömda skall ges nödvändig vård och behandling och ges tillfälle till utbildning, aktiviteter, förströelse, fysisk träning och vistelse utomhus.

JO har, såvitt gäller lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, anfört att det rent allmänt måste ligga inom ramen för god vård att vistelse utomhus är möjlig.⁶⁰

Europarådets kommitté mot tortyr m.m. (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment), CPT, har efter ett besök vid rättspsykiatri vid Huddinge sjukhus rekommenderat att patienter ska ha tillgång till minst en timmes utomhusmotion per dag, om det inte föreligger medicinska skäl mot detta, och att rastgårdar ska ha skydd mot stränga väderförhållanden.⁶¹ JO har också i en rad ärenden rörande tvångsvård enligt LPT och LRV uttalat sig i fråga om möjligheten till utevistelse (se avsnitt 6.3.3). Att JO:s uttalande rör vuxna patienter innebär inte att synpunkterna inte skulle vara applicerbara även i fråga om barn i tvångsvården, inte minst mot bakgrund av att barn, enligt CPT, är särskilt sårbara.⁶²

I ett protokoll från Opcat-verksamheten (Dnr 643-2015) uppgav personalen vid den besökta vårdinrättningen att det fanns patienter som vårdades enligt HSL som inte fick gå ut och att utomhusvistelse generellt inte var något som erbjöds. På en enhet med en blandad kategori av patienter (HSL/LPT/LRV) uppgavs det vara svårare att göra gemensamma utflykter. En patient hade uppgett att hon under tre månaders tid inte fått komma ut på altanen och att hon under vissa perioder inte heller fick komma ut på promenad på grund av att hon inte skötte sig. En granskning av patientens journal visade också att utomhusvistelse med personal var villkorat av att patienten t.ex. inte ätit alltför dåligt. En annan patient hade tillstånd att komma ut med personal två timmar dagligen, men personalen hade ofta inte tid att gå ut med henne. Hon hade därför inte varit utomhus under de senaste tio dagarna före inspektionen. Vad som framkommit gav JO anledning att påminna om att JO i tidigare ärenden framhållit, att utgångspunkten i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

⁶⁰ JO 2006/07 s. 300 ff.

⁶¹ Se JO protokoll Dnr 2782-2012.

⁶² CPT (2002), s. 75.

bör vara att en patient ges möjlighet till minst en timmes utevistelse dagligen.⁶³

När det gäller aktiviteter på vårdavdelningarna har SKL framhållit att patienternas vårdtid på avdelningen borde kunna utnyttjas bättre och att trivseln för såväl patienter som personal torde kunna öka genom ett större utbud av insatser och aktiviteter på vårdenheter.⁶⁴ Också Socialstyrelsen har anfört att alla patienter bör ha tillgång till aktiviteter i någon form och erbjudas en fungerande vardagsstruktur eller få insatser som syftar till att öka den enskildes delaktighet i sådan verksamhet.⁶⁵

Även JO har uttryckt sig kritiskt i fråga om brist på sysselsättning under tvångsvården. Vid inspektion av en klinik framkom att det fanns mycket begränsade möjligheter att erbjuda sysselsättning för patienter som vårdades med stöd av LPT. Det fanns dåliga möjligheter till fysisk träning och i praktiken fanns det inte någon förutsättning att erhålla arbetsterapi eftersom det kunde beviljas först efter en remissbehandling. Remissbehandlingen tog dock så lång tid att tvångsvården upphört innan beslut om arbetsterapi fattats. JO uttalade följande:

Den rådande ordningen vid avdelning B är enligt min mening otillfredsställande och jag ser det som angeläget att Region Gotland ger förutsättningar för kliniken att erbjuda patienter en reell möjlighet till sysselsättning. I sammanhanget vill jag erinra om att Europarådets kommitté mot tortyr m.m. (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT) efter sitt besök i Sverige år 2009 bl.a. påtalat vikten av att vården innehåller såväl terapi som motionsträning och annan form av sysselsättning.⁶⁶

Det är utredningens uppfattning att för patienter som är föremål för psykiatrisk tvångsvård är vårdmiljön av särskild betydelse då patienten i praktiken har sin bostad på vårdinrättningen under en kortare eller längre tid. Viktiga faktorer förutom vårdmiljön är patienternas möjligheter till struktur på dagen med en meningsfull sysselsättning och möjlighet till frisk luft och rörelse. Mot bakgrund av vad som anförts ovan och i kapitel 6 är det utredningens uppfattning att det i

⁶³ Se JO (2012a), s. 471, dnr 6823-2009 och 2196-2010, samt protokoll från inspektionen av Löwenströmska sjukhuset i Upplands Väsby, dnr 4580-2012.

⁶⁴ Sveriges Kommuner och Landsting (2010), s. 107.

⁶⁵ Socialstyrelsen (2009b), s. 10.

⁶⁶ JO Protokoll Dnr 2766-2013, s. 6.

LPT ska införas en ny paragraf om att barn ska ha möjlighet till daglig vistelse utomhus liksom till meningsfulla dagliga aktiviteter på vårdinrättningen. Det är fråga om en möjlighet för patienten, ingen skyldighet. Att villkora en utevistelse eller att förbjuda detta som ett straff eller som ett påtryckningsmedel torde inte överensstämja med vad som kan anses vara ett gott bemötande och en god vård. I enlighet med vad som uttalats av CPT och JO bör ett riktmärke vara minst en timmes utevistelse per dag. Det får dock avgöras från fall till fall. Som JO framhållit kan det finnas fall där patienten är i så dåligt psykiskt skick att en utevistelse inte kan äga rum. Detta torde dock höra till ovanligheterna.⁶⁷

Utredningens förslag är begränsat till att avse barn under 18 år. De har emellertid relevans även beträffande vuxna patienter vilket bör beaktas i det fortsatta lagstiftningsarbetet.

7.3.7 Sjukvårdsinrättning för rättspsykiatrisk vård

Utredningens förslag: På en sjukvårdsinrättning där det ges rättspsykiatrisk vård får den som är under 18 år endast vårdas om han eller hon omfattas av lagen om rättspsykiatrisk vård.

Bakgrunden till uppdelningen i en allmän reglering i LPT och en särskild reglering i LRV är att det ansetts angeläget att försöka undvika att lagstiftningen genom sin grundläggande uppbyggnad bidrar till att vissa grupper av patienter med inbördes mycket olika vårdbehov församman. Vägande skäl ansågs vid lagarnas ikraftträdande föreligga för att inte reglera vården av de psykiskt störda lagöverträdarna samlat med annan psykiatrisk tvångsvård, vilket främst hängde samman med att omgivningsskyddet kräver särskilt beaktande i anslutning till att psykiskt störda personer har begått vissa typer av brott, i första hand brott mot liv och hälsa.⁶⁸

Som framgått ovan har det förekommit att barn placerats på en vårdinrättning för rättspsykiatrisk vård trots att barnet/den unge vårdats med stöd av LPT. Barn har till såväl utredningen som till Barnombudsmannen också framfört det obehag det kan innebära att

⁶⁷ Se JO dnr 6823-2009, s. 11.

⁶⁸ Prop. 1990/91:58, s. 77 f.

som barn vårdas tillsammans med dem som dömts för brott (se avsnitt 6.3.3).

Det är utredningens mening att detta är synnerligen olämpligt. Det ska därför framgå av LRV att på en sjukvårdsinrättning där det ges rättspsykiatrisk vård får endast den vårdas som avses i 1 § LRV, dvs. den som 1) efter beslut av domstol ska ges rättspsykiatrisk vård, 2) är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning, 3) är intagen i eller ska förpassas till kriminalvårdsanstalt eller 4) är intagen i eller ska förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap, 5 § brottsbalken.

Förslaget utesluter alltså inte att personer under 18 år vårdas på en vårdinrättning för rättspsykiatrisk vård. Förutsättningen är dock att omständigheterna kring den unge faller in under 1 § LRV. I sådana fall gäller, genom hänvisning i LRV, de särskilda bestämmelserna i LPT om barnets bästa och barnets rätt att komma till tals m.m.

Utredningens förslag gäller endast den som är under 18 år. Det är dock utredningens uppfattning att motsvarande princip bör övervägas även i fråga om vuxna.

7.3.8 Allmänt om tvångsåtgärder

Utredningens förslag: En ny paragraf ska införas, under rubriken ”sluten psykiatrisk tvångsvård” där det framgår vilka bestämmelser som får tillämpas i fråga om barn i sluten psykiatrisk tvångsvård.

I nuvarande 18 § första stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård ska tydliggöras att bestämmelsen gäller den som vårdas enligt lagen. Detta för att klargöra att bestämmelsen inte gäller patienter som vårdas frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Inskränkningar i grundlags- och konventionsskyddade fri- och rättigheter får som regel bara ske i begränsad utsträckning med stöd av lag. Därför anger LPT och LRV tydligt vilka särskilda tvångsåtgärder – utöver själva frihetsberövandet – som får tillgripas och under vilka förutsättningar detta får ske (6 a § och 18–24 §§ LPT, 8 § LRV). Lagstiftarens utgångspunkt har därvid, allt sedan lagen trädde i kraft, varit att försöka åstadkomma sådana begränsningar som gör att dessa

tvångsåtgärder kommer till användning bara när det inte finns någon annan utväg att tillgå i en verkligt besvärlig situation.⁶⁹

LPT och LRV, liksom Europakonventionen, innehåller också ett krav på *proportionalitet* vid åtgärdernas genomförande. Enligt 2 a § första stycket LPT och LRV får *tvångsåtgärder vid vård* enligt respektive lag användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas. Detta innebär att det i vården *alltid* ska göras en rimlig avvägning mellan den nytta som tvångsåtgärden kan ha för patienten i förhållande till det ingrepp i patientens självbestämmande och integritet som det innebär att patienten mot sin vilja får genomgå en viss behandling. Enligt lagstiftarens mening bör i det sammanhanget framför allt sådan medicinering undvikas som kan ge patienten bestående biverkningar. Bestämmelserna är tillämpliga vid all tvångsansvändning enligt lagen, såsom fastspänning, avskiljning från övriga patienter, kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning.⁷⁰ Av 2 a § andra stycket framgår att tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten. Det innebär bl.a. att stor hänsyn ska tas till vilka biverkningar som patienten får av en viss medicin och att det ibland kan vara lämpligt att välja en medicin med mindre biverkningar även om den skulle ha mindre eller långsamare effekt på patientens sjukdomstillstånd.⁷¹

Enligt 2 b § LPT och LRV får *tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården* användas endast om patienten inte genom individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta. Syftet med denna bestämmelse är att betona att tvångsåtgärder får användas *endast om* patienten inte kan förmås att frivilligt medverka till vård och behandling. I förarbetena har framhållits att det visserligen kan finnas situationer då patientens tillstånd är sådant att tvångsåtgärder snabbt kan behöva tillgripas, men *i de flesta fall* bör sådana åtgärder anstå till dess att patienten har fått sådan information som han eller hon kan ta till sig och fått tillfälle att själv ha synpunkter på den behandling som behövs. Detta förutsätter att patienten ges en individuellt anpassad information i

⁶⁹ Prop. 1990/91:58, s. 141.

⁷⁰ Prop. 1999/2000:44, s. 113.

⁷¹ Prop. 1999/2000:44, s. 113.

frågan. Vid användning av tvångsåtgärder ska det sålunda alltid göras en avvägning i de avseenden som anges i 2 b §. Bestämmelsen är tillämplig vid sådana tvångsåtgärder som syftar till att genomföra vård eller vid vårdåtgärder som genomförs med tvång.⁷² Det skall i varje enskilt fall göras en samlad bedömning av förutsättningarna för en tvångsåtgärd och sådana åtgärder får självklart *aldrig* vidtas i bestraffningssyfte.⁷³ Det ska också anmärkas att eventuella interna ordningsregler som förekommer på vårdinrättningarna inte får inskränka patienternas fri- och rättigheter på ett sätt som strider mot gällande lagstiftning.⁷⁴

Både LPT och LRV är konstruerade utifrån ett vuxenperspektiv. För ett beslut om tvångsvård eller för beslut om vissa särskilda tvångsåtgärder under vårdtiden görs ingen skillnad i fall det handlar om ett barn eller en vuxen person. Trots att tvångslagstiftningen rent generellt ger uttryck för en restriktiv tillämpning, proportionalitetsreglerna och att varje tvångsåtgärd innehåller vilka ytterligare förutsättningar som ska gälla för att åtgärden ska få genomföras finns det mycket i den praktiska tillämpningen som tyder på att detta fått begränsat genomslag. Barnombudsmannen (BO) har i sin granskning av den psykiatriska tvångsvården bl.a. beskrivit att barn gett uttryck för att de upplevt vården som bestraffande eller uppfostrande, något som även de barn utredningen samtalat med har erfarenhet av (se avsnitt 6.3.1). BO har också mött barn som varit föremål för fastspänning 64 respektive 94 gånger under en ettårsperiod.⁷⁵ Utredningens egna iakttagelser, efter att ha studerat ett antal underrättelser om vissa tvångsåtgärder som skickats till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), visar också att barn kan vara fastspända under så lång tid som fyra dygn i en följd.

Det är bl.a. mot bakgrund av det nyss sagda utredningens förslag ska ses. LPT är i första hand en vårdlag vars syfte är att få patienterna i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det

⁷² Prop. 1999/2000:44, s. 113.

⁷³ JO har i protokoll Dnr 643/2015 s. 14 och 21 klargjort att bältesläggning endast kan ske med lagstöd. Klinikens rutinbeskrivning kunde tolkas som att en bältesläggning är möjlig av disciplinära skäl. JO vände sig mot detta, särskilt mot formuleringen att en patients beteende "av säkerhetsskäl inte kan accepteras" vilket gav intryck av att det handlade om en ordningsfråga. JO delade den uppfattning som framförts i doktrinen (Gustafsson 2010 s. 374 ff.) att i uttrycket omedelbar fara torde ligga att det är fråga om en plötslig händelse och att fastspänning inte får tillgripas för att förhindra något som man anar är under uppsegling.

⁷⁴ JO Dnr 1170-2012.

⁷⁵ Barnombudsmannen (2014a), s. 101.

stöd som han eller hon behöver. I vissa *undantagsfall* kan det vara nödvändigt att tillgripa tvångsåtgärder, men användningen av tvångsåtgärder får inte utvecklas till ett rutinemässigt normalinslag i den dagliga vården med hänvisning till den allmänna säkerheten. Tvärtom ska tvångsåtgärder bara användas i yttersta nödfall. Det finns internationellt beprövade metoder och arbetssätt som kan användas för att förebygga säkerhetsrisker och därmed behovet av tvångsåtgärder som bör integreras i all heldygnsvård. Det är angeläget att ett motsvarande gemensamt programarbete, med stark förankring i verksamheterna, utvecklas även i Sverige.

Det finns alltid en risk med att reglera vilka åtgärder som under särskilda förutsättningar ska kunna vidtas inom ramen för tvångsvården eftersom regleringen från tillämparnas sida – i första hand hälso- och sjukvårdspersonal – kan tas till intäkt för att också genomföra åtgärderna. Å andra sidan kan brist på reglering medföra att åtgärder som inte får vidtas ändå genomförs. Att utsättas för en tvångsåtgärd som t.ex. fastspänning eller avskiljning kan vara traumatiserande för det enskilda barnet och det finns en risk att sådana åtgärder kan medföra en vårdskada. Det får betraktas som en patientsäkerhetsrisk att vidta åtgärder som t.ex. fastspänning som kan få såväl psykiska som fysiska konsekvenser för patienten. FN:s barnrättskommitté har anfört att kommittén är allvarligt oroad över den ofrivilliga behandling som barn utsätts för i psykiatriska vårdmiljöer, i synnerhet användningen av remmar eller bälten och av avskiljning.⁷⁶

Utredningen har ändå inte ansett att det ens i fråga om barn helt går att ta bort möjligheten till sådana tvångsåtgärder. Det kan finnas undantagsfall där det är nödvändigt för barnets bästa. Som framgått inledningsvis har inte heller den referensgrupp som varit knuten till utredningen och som består av ungdomar med erfarenheter från tvångsvården ansett att det helt går att ta bort möjligheten till vissa tvångsåtgärder. Samma uppfattning har de professionsföreningar, verksamhetschefer och överläkare som utredningen varit i kontakt med. Fastspänning bör emellertid begränsas till sådana situationer där det är nödvändigt för att rädda liv eller ge adekvat vård och behandling, exempelvis vid sondmatning och medicintillförsel, och det är uppenbart att andra åtgärder är otillräckliga. Utredningen menar

⁷⁶ CRC/C/SWE/CO/5, s. 6.

att i stället för att ta bort möjligheten till vissa tvångsåtgärder bör förutsättningarna för att kunna vidta sådana ytterligare stramas åt och, vilket kommer att framgå i det följande, omgärdas med en intensiv kunskapsutveckling och insyn i verksamheterna (avsnitt 7.4).

Eftersom utredningens förslag i huvudsak avser barn föreslås att en ny bestämmelse ska införas under rubriken ”sluten psykiatrisk tvångsvård” där det tydliggörs vilka bestämmelser som får tillämpas i fråga om barn i sluten psykiatrisk tvångsvård.

Utredningen föreslår också att det i nuvarande 18 § första stycket LPT (8 § LRV) vari det stadgas att en patient får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han eller hon ska vistas, ska framgå att bestämmelsen gäller den som vårdas enligt LPT. Detta för att tydliggöra att patienter som vårdas enligt HSL, inte omfattas av bestämmelsen.

7.3.9 Fasthållning och fastspänning

Utredningens förslag: En ny paragraf avseende barn ska införas när det gäller fasthållning och fastspänning med bälte. Om det är uppenbart att andra åtgärder är otillräckliga och det finns en omedelbar fara att ett barn allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får rörelsefriheten inskränkas genom att barnet tillfälligt hålls fast. Ett barn får också kortvarigt spännas fast med bälte om det är uppenbart att andra åtgärder är otillräckliga och det finns en omedelbar fara för att barnet lider allvarlig skada. Fastspänning med bälte får pågå högst en timme och frågan om upphörande ska övervägas fortlöpande. Finns det synnerliga skäl får det beslutas att barnet ska hållas fastspänd längre än en timme. Tiden får, efter ny undersökning och genom ett nytt beslut, förlängas med högst en timme vid varje tillfälle. Det är chefsöverläkaren som beslutar om fastspänning. Den myndighet regeringen bestämmer ska underrättas om varje förlängningsbeslut. Hälso- och sjukvårdspersonal ska vara närvarande under den tid barnet hålls fastspänt. Nuvarande bestämmelse i 6 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård som medger vissa tvångsåtgärder före beslut om intagning ändras så att det framgår vilka bestämmelser som kan tillämpas i fråga om barn.

Utredningens bedömning: IVO bör få i uppdrag att se över den blankett på vilken underrättelser om tvångsåtgärder ska göras.

I förordningen om psykiatrisk tvångsvård bör det uttryckligen framgå att det ska dokumenteras vem eller vilka som haft uppsikt över patienten då denne varit fastspänd med bälte.

Nuvarande reglering

Enligt 19 § första stycket LPT får, om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. Bestämmelsen är genom hänvisning i 8 § första stycket LRV tillämplig även vid vård enligt den lagen. 19 § LPT gäller patienter som vårdas enligt LPT eller LRV i *sluten* psykiatrisk tvångsvård/rättspsykiatrisk vård.

Förutsättningarna för att en fastspänning ska få ske är att det föreligger en *omedelbar fara* för allvarlig skada av patienten själv eller någon annan. I lagens förarbeten anförts att i princip bör en patient få spännas fast endast i omedelbara faresituationer för att hindra honom eller henne från att allvarligt skada sig själv eller någon annan.⁷⁷ Bestämmelsen tar enligt motiven sikte främst på *hastigt uppkomna faresituationer som inte kan bemästras på något annat sätt* än genom att patienten spänns fast med bälte. Det ska vara fråga om risk för en *allvarlig fysisk skada* och fastspänning får *aldrig* tillgripas i bestraffningssyfte.⁷⁸

Det framgår inte av lagens text hur lång tid en fastspänning får pågå. Det anges endast att en patient får spännas fast *kortvarigt*. Den närmare innebörden anges inte heller i förarbetena. Fastspänning ska, sägs det, "med visst undantag" få ske bara kortvarigt,⁷⁹ och det talas om att bälte inte bör användas längre än *någon eller högst några timmar*.⁸⁰ Vidare sägs att fastspänning i regel bör vara en kortvarig åtgärd⁸¹ som snarast bör ersättas med andra insatser.⁸² Otillräckliga personalresurser får t.ex. inte medföra att patienten hålls fastspänd en längre tid än som är absolut nödvändigt med hänsyn till faresitua-

⁷⁷ Prop. 1990:91:58, s. 142.

⁷⁸ Prop. 1990:91:58, s. 260.

⁷⁹ Prop. 1990:91:58, s. 140.

⁸⁰ Prop. 1990/91:58, s. 260.

⁸¹ Prop. 1990:91:58, s. 142.

⁸² Prop. 1990:91:58, s. 260.

tionen. Att åtgärden ska vara kortvarig innebär enligt Socialstyrelsens handbok en tid *understigande fyra timmar*.⁸³

Av 19 § *andra* stycket LPT följer att om det finns *synnerliga skäl*, får beslutas att patienten ska hållas fastspänd längre än som anges i första stycket, dvs. längre än kortvarigt. Det innebär enligt förarbetena att i vissa *extrema undantagssituationer* får en patient spännas fast med bälte mer än några timmar. Förutsättningarna i första stycket ska också vara uppfyllda, dvs. det ska finnas en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan. Bestämmelsen i *andra* stycket är avsedd att tillämpas *endast* i fall där risken för allvarlig skada är *överhängande någon tid*.⁸⁴ Av 3 kap. 2 § första stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) framgår att *innan* ett beslut fattas om fastspänning med bälte eller liknande anordning enligt 19 § *andra* stycket LPT (8 § LRV) under längre tid än fyra timmar ska den beslutande läkaren själv undersöka patienten.

Enligt 19 § *tredje* stycket LPT är det chefsöverläkaren som beslutar om fastspänning. Chefsöverläkaren får dock, enligt 39 § LPT och 23 § 6 LRV, delegera beslutsbefogenheten enligt första stycket till annan läkare vid sjukvårdsinrättningen. Är det emellertid fråga om beslut enligt 19 § *andra* stycket, då det alltså ska föreligga *synnerliga skäl*, kan delegation endast ske till specialistkompetent läkare.

Enligt 19 § *tredje* stycket ska Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utan dröjsmål underrättas om beslut enligt 19 § *andra* stycket. Om en patient hålls fastspänd under lång tid bör IVO fortlöpande hållas underrättad om detta (49 § LPT, 24 § LRV).

Det är, enligt 19 § *första* stycket sista meningen ett undantagslöst krav att patienten inte lämnas ensam medan han eller hon är fastspänd. *Vårdpersonal* ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd.

Av 6 a § *första* stycket LPT framgår att i sådana fall som anges i 19 § LPT får en patient som *hålls kvar* enligt 6 § kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. Bestämmelsen avser situationer *innan* ett *intagningsbeslut* enligt 6 b § LPT har fattats, vilket ska ske skyndsamt. För att fastspänning ska få ske ska de förutsättningar som anges i 19 § LPT vara uppfyllda. Beslut enligt 6 a §

⁸³ Socialstyrelsen (2008), s. 51.

⁸⁴ Prop. 1990:91:58, s. 260.

fattas, enligt *tredje* stycket, av legitimerad läkare. Genom att ange att det är legitimerad läkare som kan fatta beslut undantas AT-läkare från den rätten. Skälet härtill är att det är fråga om mycket integritetskränkande åtgärder som endast läkare med legitimation bör kunna besluta om.⁸⁵

I samband med att 6 a § LPT infördes diskuterades huruvida andra former av fysiskt tvång skulle regleras genom särskilda bestämmelser. Regeringen menade därvid att en patients rörelsefrihet inte bör kunna inskränkas på annat sätt än genom fastspänning med bälte eller liknande anordning. Det finns, anfördes det, från behandlingssynpunkt inte anledning att genom ändring i 19 § LPT möjliggöra att patientens rörelsefrihet ska kunna inskränkas på annat sätt t.ex. med tvångströja eller handfängsel.⁸⁶

Enligt 2 § 8 och 9 förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, förkortad FPT, ska uppgift om tvångsåtgärden och, i förekommande fall, underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) jämte skälen för åtgärden noteras i patientens journal.

Ett beslut om fastspänning kan inte överklagas.

Bakgrund

Fastspänning med bälte är en mycket ingripande och starkt integritetskränkande åtgärd. Redan den parlamentariskt tillsatta kommitté som antog namnet Socialberedningen (SOU 1984:64) ansåg att fastspänning med bälte var en förlegad metod; på många håll användes inte bälte alls utan det hade ersatts av mer aktiva behandlingsinsatser. Beredningen ansåg att det i allmänhet bör vara möjligt att undvara en för patienten så påfrestande åtgärd som fastspänning utgör.⁸⁷ Ändå är det den tvångsåtgärd som är mest förekommande. 2016 rapporterades 3 806 fastspänningar för 11 545 LPT-patienter, barn och vuxna, till patientregistret.⁸⁸

När det gäller barn genomfördes, som framgår av kapitel 5 nästan 8 000 vårdtillfällen i den psykiatriska heldygnsvården år 2016. Endast

⁸⁵ Prop. 1999/2000:44, s. 115.

⁸⁶ Prop. 1999/2000:44, s. 84.

⁸⁷ Prop. 1990/91:58, s. 142.

⁸⁸ Statistik från Socialstyrelsens patientregister (PAR).

en liten del av dessa, 302 barn, vårdades enligt LPT och LRV. Enligt statistiken i patientregistret blev 30 unika flickor föremål för 200 fastspänningar under 2016 och 10 unika pojkar blev föremål för 28 fastspänningar. Det går inte av statistiken avgöra hur många fastspänningar som respektive unik individ har utsatts för.

Som framgått ovan ska Inspektionen för vård och omsorg utan dröjsmål underrättas om en patient hållits fastspänd under längre tid än fyra timmar, och detta ska ske fortlöpande. Utredningens genomgång av sådana underrättelser avseende barn under åren 2015 och 2016, visar att fastspänning förekommer i tämligen stor omfattning. Det ska därvid noteras, att en underrättelse till IVO ska skickas in först då patienten varit fastspänd längre tid än fyra timmar. Fastspänning kan alltså ha förekommit i betydligt fler fall utan att det har pågått i fyra timmar då underrättelseskyldigheten inträder. Utredningen har tagit del av totalt 164 underrättelser och 39 av dessa har avsett fastspänning gällande 37 patienter. I de flesta fall har endast varit fråga om en underrättelse per patient.

Av underrättelserna framgår att fastspänning främst har kommit i fråga därför att patienterna ansetts vara en fara för sig själv eller någon annan och i något fall för att hälso- och sjukvårdspersonal skulle kunna ge dropp eller sondmata. Huruvida det varit fråga om en sådan *omedelbar* fara för *allvarlig* skada som lagen stipulerar framgår inte alltid klart av underrättelserna. Eftersom utredningen inte har haft tillgång till journalhandlingarna går detta heller inte att klarlägga. Det går som regel heller inte att från underrättelserna avgöra hur länge fastspänningarna sammanlagt pågått eftersom det inte finns någon skyldighet att underrätta IVO om när tvångsåtgärden upphört.⁸⁹

Det finns emellertid också underrättelser som visar att barn varit föremål för upprepade fastspänningar där allt mellan två och nio underrättelser om förlängningsbeslut avseende en och samma patient skickats till IVO. En tonårig patient har t.ex. varit fastspänd flera dagar, till synes i en följd. Patienten uppgavs vara verbalt och fysiskt agiterad och en fara för omgivningens liv och hälsa. Patienten hade inte utifrån den första underrättelsen till IVO lugnat sig efter åtta timmar trots "lugnande medicinering och bemötande." Fastspänningen förefaller ha pågått från den 16 kl. 02.30 t.o.m. den 19 kl. 02.30. I de kompletterande underrättelserna redovisas inga nya

⁸⁹ Socialstyrelsen (2008), s. 75.

bedömningar eller omständigheter utan det är samma text som anges som skäl för fastspänningarna i alla underrättelserna. Den långa fastspänningen verifieras av en ny underrättelse avseende samma patient den 19 kl. 15.35 som pågick till den 20 kl. 08.15. Anledningen till den senare fastspänningen var mycket hög våldsrisk med akut och överhängande fara för sig själv och andra.

I ett annat fall blev en ung patient under en tremånadersperiod fastspänd nio gånger, längre än fyra timmar. Initialt uppgavs den omedelbara faran bestå i risk för fysisk kollaps och patienten bältades för att kunna ges dropp i sådan mängd att den inte skulle utsöndras direkt via urinen. Den omedelbara faran vid senare fastspänningar bestod bl.a. i ett livshotande tillstånd pga. patientens utåtagerande beteende. Vid ett tillfälle synes patienten ha varit fastspänd fr.o.m. den 9 kl. 11.30 t.o.m. den 12 kl. 9.30 dvs. i ungefär tre dygn.

Trots de restriktioner som lagtexten de facto ger uttryck för och de i förarbetena begränsande uttalandena har utredningen alltså sett exempel på att barn varit fastspända under mycket lång tid. Det följer av 2 a § LPT och LRV att tvångsåtgärder endast får användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre åtgärder tillräckliga ska de användas. Man måste fråga sig hur det kan anses vara proportionerligt att hålla ett barn fastspänd i fyra dagar i följd som illustrerats ovan. Kan det föreligga en *omedelbar fare-situation* under så lång tid? Vilka andra åtgärder har vidtagits för att lösa situationen? Varför är mindre ingripande åtgärder inte tillräckliga? Behövs en förnyad medicinsk bedömning? Hur har man bemött patienten? Står tiden för fastspänning verkligen i proportion till faran?

Särskilt om fasthållning

Mot bakgrund av fri- och rättighetsskyddet har utredningen övervägt huruvida *fasthållning* av patienten ska regleras i tvångslagstiftningen eller inte. Regeringsformen, förkortad RF, ger i 2 kap. 6 § första meningen, var och en, gentemot det allmänna, ett skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Med uttrycket kroppsligt ingrepp avses främst *våld* mot människokroppen. Dessutom inbegrips läkarundersökning, smärre ingrepp som vaccinering och blodprovstagning samt

kroppsbesiktning.⁹⁰ RF:s skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp innebär skydd mot sådana handlingar som är straffbara som misshandel enligt brottsbalken, dvs. att tillfoga annan person kroppsskada, sjukdom eller smärta eller försätta honom eller henne i vanmakt eller något annat sådant tillstånd.⁹¹ Under begreppet våld faller emellertid inte endast vad som utgör misshandel enligt brottsbalken, utan även andra fysiska angrepp som innebär berörande, t.ex. *fasthållande* eller knuffande. Det anses dock inte som påtvingat våld om man lyfter upp och, för att ge vård, för bort en person som på grund av sjukdom eller påverkan är ur stånd att ta hand om sig själv och som förhåller sig passiv.⁹²

Det finns redan i 18 § LPT en bestämmelse om att, under vissa förutsättningar, det tvång får användas som är nödvändigt för att hindra patienten att avvika, för att upprätthålla ordningen eller för att tillgodose säkerheten i vården. Vårdpersonalen har rätt att ingripa med tvång om andra åtgärder inte är tillräckliga, vilket kan gälla t.ex. att med fysiskt tvång *hålla fast* en patient som vill lämna inrättningen eller som angriper personal eller medpatienter.⁹³

Utredningen om tvångsvård för barn och unga (SOU 2015:71) övervägde också möjligheten att reglera fysisk fasthållning som en egen åtgärd bl.a. därför att den är att betrakta som lika ingripande som t.ex. avskiljning. En reglering skulle innebära att åtgärden dokumenteras, anförde utredningen, vilket medför bättre möjligheter att granska genomförandet ur ett rättssäkerhetsperspektiv och ett utvecklings- och kvalitetsperspektiv. Utredningen såg dock också vissa problem med en sådan reglering bl.a. i förhållande till föräldrabalkens bestämmelser. En reglering av Statens institutionsstyrelses verksamhet skulle också kunna leda till oklarheter i fråga om vad som gäller på andra hem för vård eller boende. Utredningen stannade därför för att se fysisk fasthållning som en del av verkställigheten av vissa skyddsåtgärder. Utredningen underströk dock att det kroppsliga ingreppet inte får vara mer ingripande än nödvändigt för att genomföra åtgärden.⁹⁴

⁹⁰ Prop. 1975/76:209, s. 147.

⁹¹ Prop. 1983/84:111, s. 81.

⁹² Prop. 1983/84:111, s. 81.

⁹³ Prop. 1999/2000:44, s. 114 och 117.

⁹⁴ Utredningen om tvångsvård för barn och unga, (SOU 2015:71), s. 872.

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

Utredningen har stannat för att det bäst gagnar rättssäkerheten om det uttryckligen framgår av lagen vilka åtgärder som får vidtas. Det finns risker även med en fasthållning och det är de facto en tvångsåtgärd som riskerar att inte synas eftersom det inte alltid dokumenteras. En reglering av att fasthållning får ske ska emellertid *inte* uppfattas som att området för tvångsåtgärder utvidgas. Avsikten är att i de omedelbara faresituationer, dvs. i hastigt uppkomna situationer som inte kan bemästras på annat sätt, som åtgärden kan bli aktuell, tillgodose rättssäkerhetskravet genom att ge både patienter och vårdpersonal riktlinjer för vad som gäller. En precisering torde i slutänden främja rättssäkerheten. Därtill kommer regeringsformens och Europakonventionens krav på lagstöd för begränsningar av grundläggande fri- och rättigheter.⁹⁵

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. Eftersom det handlar om barn tillkommer dessutom kravet på att barnets bästa särskilt ska beaktas.

Fasthållning får ske i en akut situation där det finns en omedelbar fara för allvarlig skada på patienten själv eller på någon annan. Åtgärden får endast vara *mycket* kortvarig, dvs. av momentan karaktär för att förhindra fysisk skada. Det handlar inte om timmar eller ens halvtimmar, utan i princip om minuter. Fasthållningen får alltså, liksom vad gäller i fråga om nödreglerna i brottsbalken, inte fortgå sedan den akuta faran upphört och får inte, liksom övriga tvångsåtgärder, ske i förebyggande syfte.

⁹⁵ Jfr. Gustafsson (2010), s. 305. Se även JO (2012b), s. 4.

I ett protokoll från JO:s Opcat-verksamhet (Dnr 643-2015) hade en vuxen patient uppgett att hon blivit tvångsinjicerad vid två tillfällen och att hon vid första tillfället var fasthållen av sex-sju vårdare. Det är inte så som fasthållningen ska tillämpas. Ett sådant förfarande kan av patienten upplevas långt mer skrämmande än en bältesläggning. Kan man inte lyckas lugna patienten inom några minuter får andra åtgärder övervägas.

Det är *inte* att anse som en tvångsåtgärd om patienten t.ex. har behov av att någon tröstar och att vårdpersonal därför håller om patienten som en del i omsorgen. Inte heller om patienten t.ex. har behov av att ledas in på sitt rum, som ett stöd eller om patienten t.ex. hindras från att falla omkull är att anse som en tvångsåtgärd. Det är de fall personalen mot den enskildes vilja håller fast patienten som avses i bestämmelsen.

Det ligger vidare i sakens natur att man i varje enskilt fall måste ta hänsyn till den enskilde patientens tillstånd. En patient kan av olika skäl ha svårt att tåla fysisk beröring varför andra åtgärder måste sättas in så snart det går. Det ska också framhållas att det inte är fråga om en nedläggning av patienten på golvet vilket kan vara förenat med ren livsfara.⁹⁶

Eftersom det är en tvångsåtgärd ska, i likhet med vad som gäller för övriga tvångsåtgärder, ett beslut om en fasthållning dokumenteras i patientens journal jämte skälen för åtgärden samt hur åtgärden förhåller sig till barnets bästa (2 § FPT). På så sätt finns också möjlighet att följa upp såväl omfattningen av tvångsåtgärden som varför den kommer till användning. Med nödvändighet måste dokumentationen ske i efterhand eftersom det handlar om en åtgärd i en omedelbar faresituation.

⁹⁶ I ett mål från Värmlands Tingsrätt (B697-09) dömdes en skötare vid en psykiatrisk klinik till villkorlig dom och dagsböter för vållande till annans död. Skötaren hade, enligt tingsrättens dom, med bistånd av andra under en tid av cirka 10 minuter hållit patienten nedtryckt på magen med tryck över bröstkorgen/överkroppen och utan kontroll av andning. Detta hade, enligt tingsrätten, varit en bidragande orsak till patientens död.

Förutsättningar för fasthållning och fastspänning

Fastspänning är i jämförelse med andra tvångsåtgärder i LPT och LRV ett utomordentligt långtgående ingrepp i den enskildes rättsfär. Det får därför anses särskilt angeläget att i lagen understryka åtgärdens undantagskaraktär genom den ytterligare förutsättningen att de åtgärder som regleras i den föreslagna 19 a § bara får ske om det är uppenbart att andra åtgärder är otillräckliga. Det följer i och för sig redan av proportionalitetsregeln i 2 a § LPT att tvångsåtgärder endast får användas om det står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre åtgärder tillräckliga ska de användas. Förslaget kan dock sägas komplettera proportionalitetsregeln på det sättet att fastspänning pekas ut som en mycket ingripande åtgärd och att andra åtgärder därför ska väljas först. Därtill kommer kravet i den föreslagna 2 c §, att när åtgärder rör barn ska barnets bästa utredas och särskilt beaktas. Det ligger i sakens natur att i en akut situation då det finns en omedelbar fara för skada finns inte möjlighet att göra en djuplodande analys av det enskilda barnets bästa före ett beslut om exempelvis fastspänning. Dock måste principen finnas i medvetandet hos beslutsfattaren och det måste efter beslut dokumenteras vilka överväganden som gjorts. I detta torde också ligga att det fortlöpande måste övervägas om fastspänningen kan hävas, vilket bör framgå av bestämmelsen. I händelse av att ett beslut om t.ex. *fastspänning* måste förlängas ytterligare, om det finns synnerliga skäl, torde det finnas tid att bedöma barnets bästa. Därvid finns skäl att erinra om att redan enligt gällande lag avses med synnerliga skäl *extrema undantagssituationer*.

Utredningen föreslår att fastspänning, liksom vad som gäller i dag samt fasthållning som enligt vad som framgått ovan föreslås regleras i lagen, endast bör få förekomma i *omedelbara* faresituationer. I omedelbarhetskravet ligger att det ska vara fråga om att avvärja en plötslig händelse. Det är inte något som får tillgripas i förebyggande syfte, för att förhindra något som man anar är under uppsegling.⁹⁷ Det handlar om *hastigt uppkomna* situationer som inte kan bemästras

⁹⁷ Gustafsson (2010), s. 375. Se även Svenska psykiatriska föreningen (2013), s. 45.

på något annat sätt.⁹⁸Så snart det inte längre föreligger en omedelbar fara för allvarlig *fysisk* skada ska åtgärden upphöra.⁹⁹

När det gäller *fasthållning* föreslås detta kunna komma i fråga för att förhindra att barnet allvarligt skadar sig själv eller någon annan. När det däremot gäller *fastspänning* är det utredningens mening att detta endast kan komma i fråga i förhållande till det enskilda barnet, inte för att förhindra att någon *annan* kommer till skada. Det kan t.ex. handla om situationer där barnet oundgängligen behöver en viss behandling, exempelvis sonndmatning eller medicintillförsel, eller på annat sätt lider allvarlig skada och detta uppenbarligen inte kan utföras på något annat sätt än när barnet är fastspänt. Bedöms det föreligga en omedelbar fara för att någon annan allvarligt skadas får detta hanteras med mindre ingripande åtgärder exempelvis genom avskiljning.

Det är utredningens mening att det är nödvändigt att det i vården aktivt utvecklas arbetssätt som minskar behovet av tvångsåtgärder i allmänhet och av fastspänning i synnerhet. Svenska psykiatriska föreningen har i sina riktlinjer för psykiatrisk tvångsvård pekat på en rad strategier för att förhindra att en konfliktsituation eskalerar med målet att undvika tvångsåtgärder. Det handlar t.ex. om vikten av att patienten upplever sig sedd, lyssnad till och känner sig respekterad och att man som hälso- och sjukvårdspersonal är tydlig och låter kommunikationen ta tid och att vikten av trygghet betonas.¹⁰⁰ Detta är självklart inte minst viktigt i fråga om barn där även principen om barnets bästa ska vägas in. För att kunna bedöma barnets bästa krävs också att barnet får information och ges möjlighet att framföra sina åsikter.¹⁰¹

Eftersom utredningens uppdrag avser barn i tvångsvården begränsas utredningens förslag om det kompletterande rekvisitet till att gälla för barn. Det är emellertid utredningens mening att det finns skäl att även beakta vuxna i det fortsatta lagstiftningsarbetet.

Nuvarande bestämmelse i 6 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård som medger vissa tvångsåtgärder före beslut om intagning ändras så

⁹⁸ Prop. 1990/91:58, s. 260.

⁹⁹ En patient kan *inte* spännas fast *enbart* av den anledningen att det föreligger en allvarlig risk för att patienten skall åsamka allvarlig skada på inredning eller annat materiellt. Jfr Gustafsson (2010), s. 375.

¹⁰⁰ Svenska psykiatriska föreningen (2013), s. 21.

¹⁰¹ Se avsnitt 7.3.3–7.3.5.

att det framgår vilka bestämmelser som kan tillämpas i fråga om barn.

Bälte eller liknande anordning

Bestämmelserna i 6 a § LPT och 19 § LPT ger legitimerad läkare respektive chefsöverläkare befogenhet att besluta om att spänna fast en patient med *bälte eller liknande anordning*. Vad som avses med liknande anordning är inte entydigt förklarat i förarbetena. Det talas endast om att det inom den psykiatriska vården förekommer fastspänning i bälte eller liknande mekanisk anordning och att det finns flera olika typer av bältesliknande fixeringsanordningar.¹⁰²

Psykiatrilagsutredningen konstaterade att den nuvarande lagtextens utformning bidragit till att det uppkommit oklarheter i vården om hur och med vilka hjälpmedel en patient får spännas fast. För att tydligare klargöra på vilket sätt en persons rörelsefrihet får begränsas föreslog utredningen att bestämmelsen om fastspänning skulle ges en annan lydelse och att begreppet ”annan liknande anordning” skulle utmönstras ur lagtexten och att mobilt bälte skulle få användas.¹⁰³

I promemorian Ds 2014:28 delades psykiatrilagsutredningens uppfattning att ”liknande anordning” borde utmönstras ur lagstiftningen. I promemorian föreslogs att patienten skulle få spännas fast med bälte eller mobilt bälte. Med bälte avsågs fast fixering i säng eller liknande. Ett mobilt bälte skulle få användas som alternativ till fysisk fasthållning, och inte få användas vid transporter, dusch eller i liknande situationer.¹⁰⁴

I remissbehandlingen av promemorian var flera instanser positiva till utmönstrandet av ”liknande anordning” och till tydliggörandet i fråga om mobilt bälte. JO anförde dock, liksom i fråga om psykiatrilagsutredningens förslag, att vid användandet av ett mobilt bälte måste stor hänsyn tas till den integritetskränkning det kan innebära för patienten. JO anmärkte dock att någon redogörelse för hur integritetsskyddet för den enskilde patienten ska tillgodoses varken lämnades i betänkandet eller i promemorian.¹⁰⁵

¹⁰² Prop. 1990/91:58, s. 141 f.

¹⁰³ Psykiatrilagsutredningen (SOU 2012:17), s. 404.

¹⁰⁴ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014d), s. 63 och 107.

¹⁰⁵ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2015b), s. 41 f.

Det är utredningens uppfattning att en fixering i bälte, varmed avses en fast fixering t.ex. i en bältessäng, kan innebära ett stort trauma för den enskilde patienten, antingen det är fråga om ett barn eller en vuxen. Det är viktigt att den lagstiftning som reglerar så integritetskränkande åtgärder som bl.a. en fastspänning innebär är tydlig så att ingen oklarhet råder om vad som får göras eller inte. Därför ska ”liknande anordning” utmönstras ur lagstiftningen när det gäller barn.

Utredningen föreslår däremot *inte* att mobilt bälte ska få användas, inte ens som ett alternativ till fasthållning.

Skälen till detta övervägande är flera. Psykiatrilagsutredningen redogjorde för att man genom Socialstyrelsens tillsynsenhet tagit del av ett antal ärenden där mobila bälten, skyddshjälmarna och tvångshandskar kommit till användning rutinmässigt och långvarigt i vården av mycket svårt sjuka patienter. Mobila bälten användes främst för patienter som vid upprepade tillfällen tagit till fysiskt våld mot andra eller försökt att skada sig själva allvarligt. Psykiatrilagsutredningen föreslog att extraordinära åtgärder skulle kunna användas men menade att det inte är möjligt att i lag ange i vilka situationer extraordinära åtgärder skulle få vidtas. En sådan bestämmelse skulle behöva formuleras så allmänt och vagt att det inte skulle medge någon förbättrad förutsebarhet av vilka åtgärder som får eller inte får vidtas inom vården. Av detta skäl föreslogs en dispensförfarande, som emellertid fick ett blandat mottagande i remissbehandlingen.

Socialstyrelsen konstaterar i sitt meddelandeblad om tvångsåtgärder att mobila bälten ibland används för att möjliggöra att en person kan förflyttas men ändå vara fastspänd. Myndigheten konstaterar vidare att en patient enligt 19 § LPT kortvarigt får spännas fast med bälte eller liknande anordning om det finns omedelbar fara för att patienten skadar sig själv eller någon annan. Socialstyrelsen bedömde emellertid att bestämmelsen inte omfattar användning av mobila bälten för att till exempel förflytta, medicinera eller duscha patienter, då det saknas stöd i förarbeten och andra källor.¹⁰⁶ Enligt de riktlinjer som lämnas för användandet i Stockholms läns sjukvårdsområde ska mobilt bälte heller inte användas för transport eller förflyttningar av en patient, då en användning i dessa situationer är förknippad med stor olycksrisk. Vid förflyttning kan patienten lätt snubbla

¹⁰⁶ Socialstyrelsen (2011), s. 1.

och han eller hon kan då inte använda sina armar för att lindra fallet eller ta emot sig.¹⁰⁷ Socialstyrelsen gjorde i sammanhanget bedömningen att om situationen inte är så allvarlig att faktisk fastlåsning behövs kan heller inte någon annan form av mindre tvingande fastlåsning komma i fråga. Denna uppfattning delas av utredningen.¹⁰⁸

Vidare innebär det förslag till reglering av fasthållning som beskrivs ovan att tillfälliga inskränkningar av en patients rörelsefrihet regleras på det sättet och att utökning av möjliga ytterligare tvångsåtgärder som fyller samma syfte inte är relevant. Ett nytt arbetsredskap som möjliggör en ytterligare vidareutveckling av bruket av tvång i vården står också i strid med regeringens ambition att minska, eller helt avskaffa, tvångsåtgärder.

Tiden för fastspänning med bälte

Som framgått ovan avses tiden för utredningens förslag angående *fasthållning* att den får vara tillfällig, av momentan karaktär. En fasthållning är inte avsedd att pågå mer än några minuter, för att kunna avstyra en akut situation.

Såvitt gäller *fastspänning* med bälte framgår inte uttryckligen av nu gällande lag (19 § första stycket LPT, 8 § LRV) hur lång tid en fastspänning får pågå. Det anges endast att en patient får spännas fast *kortvarigt*. Den närmare innebörden anges inte heller i förarbetena. Fastspänning ska, sägs det, ”med visst undantag” få ske bara kortvarigt¹⁰⁹ och det talas om att bälte inte bör användas längre än *någon eller högst några timmar*.¹¹⁰ I förarbetena uttalas vidare att fastspänning i regel bör vara en kortvarig åtgärd som snarast bör ersättas med andra insatser. Otillräckliga personalresurser får t.ex. inte medföra att patienten hålls fastspänd en längre tid än som är absolut nödvändigt med hänsyn till faresituationen. Av Socialstyrelsens handbok framgår att åtgärden ska vara kortvarig, dvs. tid *understigande fyra timmar*, och att åtgärden så snart som möjligt bör ersättas med andra aktiva behandlingsinsatser.¹¹¹

¹⁰⁷ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014d), s. 61.

¹⁰⁸ Socialstyrelsen (2011), s. 1.

¹⁰⁹ Prop. 1990/91:58, s. 140.

¹¹⁰ Prop. 1990/91:58, s. 260.

¹¹¹ Socialstyrelsen (2008), s. 51.

Av 19 § andra stycket LPT följer att om det finns *synnerliga* skäl, får beslutas att patienten ska hållas fastspänd längre än som anges i första stycket, dvs. längre än kortvarigt. Det innebär enligt förarbetena att i vissa *extrema undantagssituationer* får en patient spännas fast med bälte *mer än några timmar* om förutsättningarna i första stycket är uppfyllda. Det kan enligt lagens förarbeten vara fråga om djupt störda patienter där risken att de tillfogar sig själva eller någon annan en allvarlig skada är överhängande under någon tid.¹¹² Hur lång tid det kan röra sig om är inte reglerat i lagen. Av 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:18) framgår att innan ett beslut fattas om fastspänning enligt 19 § andra stycket under längre tid än fyra timmar ska den beslutande läkaren själv undersöka patienten.

I juridisk doktrin har framhållits att det är tvivelaktigt från rättssäkerhetssynpunkt att tiden för fastspänning inte anges i lagen. Det skulle främja förutsebarheten för patienten och sätta tydliga gränser för dem som har att tillämpa bestämmelsen om detta explicit framgår av lagens text.¹¹³ Psykiatrilagsutredningen föreslog också att det i lagen bör framgå en fastställd längsta tid för fastspänning i bälte. I promemorian Ds 2014:28 anammades detta synsätt och det föreslogs att en patient som huvudregel skulle få spännas fast kortvarigt och att sådan fastspänning skulle få pågå högst fyra timmar. I fråga om barn skulle tiden begränsas till högst två timmar. I promemorian föreslogs vidare att vid synnerliga skäl, dvs. beslut enligt 19 § andra stycket, skulle få beslutas om fastspänning längre tid än fyra respektive två timmar. Genom ett nytt beslut, skulle tiden kunna förlängas med högst fyra respektive två timmar vid varje tillfälle.¹¹⁴ Promemorians förslag fick i huvudsak ett positivt mottagande av remissinstanserna.

Som framgått inledningsvis har utredningen gått igenom totalt 164 underrättelser om tvångsåtgärder – avseende 37 unika individer – som skickats till IVO under åren 2015–2016, varvid totalt 39 underrättelser avsåg fastspänning längre tid än fyra timmar. Genomgången har visat att det finns barn och ungdomar som varit föremål för fastspänning flera dagar i en följd, där underrättelse efter underrättelse

¹¹² Prop. 1990/91:58, s. 142.

¹¹³ Gustafsson (2010), s. 386.

¹¹⁴ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014d), s. 64 f.

skickats till IVO. Trots att lagen ska tillämpas restriktivt, de begränsande rekvisiten i bestämmelsen om fastspänning och Socialstyrelsens föreskrifter synes undantagsregeln, som kräver synnerliga skäl, i vissa fall fått en alltför extensiv tillämpning. Den av Socialstyrelsen stipulerade fyratimmarsregeln kan också tas till intäkt för att också låta fastspänningen pågå så lång tid. Utredningen har tagit del av barns och personals berättelser som indikerar att det förekommer att en omprövning av beslutet inte görs förrän det börjar närma sig gränsen för underrättelse till IVO.

En annan faktor att beakta är att den blankett på vilken IVO ska underrättas om fastspänningsbeslut som varar mer än fyra timmar innehåller en ruta som kan kryssas i om underrättelsen är en komplettering. Som förklarande text anges ”fyll i ny rapportblankett och markera med kryss om fastspänning eller avskiljande pågått längre tid än 72 timmar.” Det framgår också av Socialstyrelsens handbok att om patienten är fastspänd eller avskild längre tid än 72 timmar ska en ny blankett med kompletterande uppgifter skickas till IVO. Denna tidsangivelse, som varken framgår av lagen eller dess förarbeten och som enbart talar om när en kompletterande underrättelseblankett ska skickas till IVO, kan uppfattas som någon typ av bortre gräns.

Ett beslut om fastspänning ska enligt nu gällande bestämmelse som huvudregel vara kortvarigt och högst fyra timmar – fyratimmarsregeln i enlighet med 3 kap. 2 § SOSFS 2008:18. Utredningens genomgång av underrättelserna visar att 72-timmarsgränsen – som alltså *enbart* gäller frågan om när en kompletterande underrättelse ska skickas in till IVO – leder till en tillämpning som inte är avsedd och som strider mot lagstiftningen. En fastspänning är en starkt integritetskränkande åtgärd som i regel bör vara en kortvarig åtgärd som snarast bör ersättas med andra insatser. Det bör därför också fortlöpande prövas om dylika beslut kan hävas. Av detta skäl är det olyckligt att 72-timmarsgränsen skapar otydlighet i fråga om vad som gäller enligt lagstiftningen. Vårdinrättningarna förleds att tro att man kan besluta om fastspänning – eller avskiljning – i 72 timmar utan fortlöpande prövning om åtgärden kan hävas. JO har i protokoll (Dnr 5735-2015) i sammanhanget uttalat att

Med hänsyn till att en fastspänning ska vara kortvarig och normalt endast användas under någon eller några timmar måste patientens tillstånd fortlöpande kontrolleras under den tid fastspänningen pågår. Det är inte tillräckligt att denna kontroll verkställs av den omvårdnadspersonal som vakar över patienten. Ansvarig läkare måste göra återkommande

bedömningar av patienten. Den ansvariga läkaren ska personligen undersöka patienten inför varje nytt beslut om omprövning och omprövningsbesluten får fattas med högst fyra timmars intervaller. Om det i ett beslut som gäller fastspänning anges att beslutet ”ska kvarstå till som längst 72 timmar från påbörjad fastspänning” framstår det som om fastspänningen skulle kunna pågå under så lång tid som 72 timmar i sträck utan att det behövs fattas något nytt beslut. Formuleringen är direkt missvisande.¹¹⁵

Det är tydligt att vårdinrättningarna inte har en klar och entydig uppfattning om hur bestämmelserna om tvångsåtgärder ska tillämpas och varför underrättelserna ska skickas till tillsynsmyndigheten. Det är också tydligt att 72-timmarsgränsen i vart fall på vissa kliniker synes medföra att kliniken anser att detta är en gräns för bedömning – vilket är felaktigt – i stället för en gräns för kompletterande underrättelse till IVO.¹¹⁶ Som påpekats i Ds 2014:28 får den omständligheten att en kompletterande underrättelse kan ske efter 72 timmar inte tas till intäkt för att ett fastspännings- eller avskiljningsbeslut kan omfatta så lång tid vid beslutstillfället.¹¹⁷

Mot bakgrund av det anförda anser utredningen att det finns skäl att ifrågasätta om det i lagstiftningen över huvud taget ska anges hur lång tid åtgärden får pågå. En given yttersta tidsgräns riskerar att bli den tid som en patient också blir föremål för åtgärden. Utredningen har dock stannat för att det bäst gagnar rättssäkerheten om det i lagen anges den tid som åtgärden längst får pågå. Eftersom förslaget avser barn bör den tid fastspänning kan ske vara högst en timme dock, om synnerliga skäl föreligger, med möjlighet till förlängning ytterligare högst en timme vid varje tillfälle. Enligt utredningens mening bör det ge incitament till att chefsöverläkaren som beslutsfattare noga överväger andra åtgärder och arbetar för att finna andra metoder för att minska användningen av fastspänningsåtgärden. Det är utredningens mening att fyratimmarsgränsen, för att anses som kortvarig enligt dagens regelverk, är för lång tid. Det är chefsöverläkaren som har befogenhet att besluta om fastspänning varför det också är chefsöverläkaren som måste undersöka patienten och fatta ett nytt formellt beslut vid en förlängning

¹¹⁵ JO hänvisade även till JO 2014/15 s. 461, dnr 4471-2011, JO (2012a), s. 488 och dnr 6615-2012.

¹¹⁶ 72-timmarsgränsen har också varit föremål för påpekande i en rad JO-beslut. Se t.ex. Dnr 6615-2012, 5735-2015 och 3032-2007.

¹¹⁷ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014d), s. 66 och 71.

Utredningen bedömer att IVO bör få i uppdrag att se över underrättelseblankettens utformning så att där angivna tidsgränser inte uppfattas som regler som får tillämpas. Det bör tydligt framgå att lagens intention är att varje tvångsåtgärd ska genomföras under kortast möjliga tid.

Övrigt

I nu gällande lag framgår att underrättelse om fastspänning enligt undantagsregeln i 19 § andra stycket utan dröjsmål ska skickas till IVO. Utredningen föreslår, i fråga om barn, att det i stället ska anges att underrättelsen ska skickas till den myndighet regeringen bestämmer. Det är utredningens mening att underrättelsen ska skickas till den av utredningen föreslagna Nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård (avsnitt 7.4). Underrättelsen ska skickas utan dröjsmål vilket ska gälla vid varje förlängning av ett beslut.

Det är vidare ett undantagslöst krav att vårdpersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd. Som framgår i avsnitt 6.3.3 är en iakttagelse från utredningens genomgång av underrättelserna till IVO och de samtal utredningen haft med olika vårdinrättningar att det förekommer att väktare anlitas ibland i förebyggande syfte och ibland – som det verkar – för att hålla viss uppsikt över en patient. I vilken mån det över huvud taget är tillrådligt med väktare på en vårdavdelning är ingenting utredningen tar ställning till. Det ska dock i sammanhanget anmärkas att i exempelvis fängelselagen (2010:610), som har ett annat syfte än vårdlagarna, finns särskilt reglerat att Kriminalvården får förordna väktare inom en anstalt om det finns särskilda skäl. Något sådant lagstöd finns inte i LPT och LRV. Det torde dock stå klart att en väktare *aldrig* kan komma i fråga för att ersätta den vårdpersonal som vid en bältesläggning ska vara närvarande under den tid patienten är fastspänd. För att tydliggöra detta föreslås att det i bestämmelsen uttryckligen ska anges att det är hälso- och sjukvårdspersonal som ska vara närvarande den tid patienten hålls fastspänd. Som JO har framhållit i ett flertal ärenden bör det i journalanteckningarna anges *vem eller vilka* som har haft tillsyn över patienten under fastspänningen vilket bör tydliggöras i 2 § FPT.

Eftersom utredningens uppdrag är begränsat till att avse barn är utredningens förslag också begränsat. Eftersom förslagen torde kunna ha relevans även i fråga om vuxna bör detta beaktas i det fortsatta lagstiftningsärendet.

7.3.10 Avskiljning och vård i enskildhet

Utredningens förslag: Det ska införas en ny paragraf som avser avskiljning av barn. Ett barn får hållas avskild från andra barn om det är uppenbart att andra åtgärder är otillräckliga och endast om det är nödvändigt på grund av att han eller hon genom aggressivt eller våldsamt beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst två timmar. Frågan om upphörande ska övervägas fortlöpande. Om det finns synnerliga skäl får tiden, efter ny undersökning och nytt beslut, förlängas med högst två timmar vid varje tillfälle. Chefsöverläkaren beslutar om avskiljande. Den myndighet som regeringen bestämmer ska utan dröjsmål underrättas om varje förlängningsbeslut. En patient ska under avskiljningen stå under fortlöpande uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal.

Det ska införas en ny paragraf som avser barn som kan vårdas i enskildhet om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av barnet. Ett beslut om vård i enskildhet ska övervägas minst en gång per dygn och gäller högst en vecka. Om det finns synnerliga skäl får tiden, efter ny undersökning och genom nytt beslut, förlängas med högst en vecka vid varje tillfälle. Chefsöverläkaren beslutar om vård i enskildhet. Den myndighet som regeringen bestämmer ska utan dröjsmål underrättas om varje förlängningsbeslut.

Nuvarande bestämmelse i 6 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård som medger vissa tvångsåtgärder före beslut om intagning ändras så att det framgår vilka bestämmelser som kan tillämpas i fråga om barn.

Utredningens bedömning: IVO bör få i uppdrag att se över den blankett på vilken underrättelser om tvångsåtgärder ska göras.

Avskiljning

Nuvarande reglering

Enligt 20 § första stycket LPT (8 § LRV) får en patient hållas avskild från andra patienter *endast* om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende *allvarligt* försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar. Tiden får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar. Enligt lagens motiv avses med "isolering" att en person hålls instängd på ett rum, antingen på det egna rummet eller i ett särskilt isoleringsrum.¹¹⁸ Åtgärden kan endast komma i fråga om patienten genom aggressivt eller störande beteende *allvarligt* försvårar vården av *de andra patienterna*. Nu gällande lag ger inte möjlighet till avskiljning vid förhållanden hänförliga till patienten själv eller för att förhindra att hälso- och sjukvårdspersonal kommer till skada. Avsikten är att avskiljande ska komma till användning *endast i rena undantagssituationer* och då främst i skyddssyfte. Det är inte tillåtet med rutinmässig isolering, t.ex. under natten, och det får inte heller tillgripas i bestraffningssyfte. I motiven till bestämmelsen framhålls att man naturligtvis alltid noga bör pröva möjligheterna att med personalinsatser uppnå det syfte som en isoleringsåtgärd avser.¹¹⁹

Eftersom avskiljande av en patient från andra patienter är en starkt integritetskränkande åtgärd bör den, enligt förarbetena, avslutas så snart det är möjligt. Det bör därför fortlöpande prövas om ett beslut om avskiljande kan hävas.¹²⁰ Den längsta tiden för ett avskiljande har, enligt huvudregeln i 20 § första stycket LPT, bestämts till högst åtta timmar. Anses det nödvändigt får tiden för avskiljande genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar. Enligt förarbetena får ett förlängningsbeslut fattas flera gånger.¹²¹

Enligt 20 § andra stycket LPT får, om det finns *synnerliga skäl*, ett beslut om avskiljande enligt första stycket avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. Det är en *särregel* om längre giltighetstid av ett beslut om avskiljande.¹²² Hänvisningen till första stycket innebär

¹¹⁸ Prop. 1990/91:58, s. 142.

¹¹⁹ Prop. 1990/91:58, s. 142 och 261.

¹²⁰ Prop. 1990/91:58, s. 261.

¹²¹ Prop. 1990/91:5, s. 261.

¹²² Prop. 1990/91:58, s. 143.

att förutsättningarna för avskiljande enligt detta stycke ska vara uppfyllda för att få besluta om avskiljande enligt andra stycket. Dessutom tillkommer kravet på synnerliga skäl. Bestämmelsen tar enligt förarbetena sikte på vissa *extrema fall* då patientens situation är så svår att ett avskiljande måste ske för en längre tid än några dagar. Detta, sägs det, torde behövas endast i *särpräglade undantagsfall*.¹²³ Enligt Socialberedningen (SOU 1984:64) kunde synnerliga skäl vara att en patient gjort allvarliga och upprepade försök att skada sina medpatienter och personalen inte har kunnat finna något annat sätt att klara situationen än att avskilja patienten.¹²⁴

Enligt 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18) ska, innan ett beslut fattas om avskiljning under längre tid än åtta timmar enligt 20 § första och andra stycket LPT (8 § LRV) den beslutande läkaren själv undersöka patienten.

Det är chefsöverläkaren som, enligt 20 § tredje stycket LPT, beslutar om avskiljande. Beslutsbefogenheten kan enligt 39 § LPT, såvitt gäller beslut enligt 20 § första stycket, delegeras till erfaren läkare med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna och, om det finns särskilda skäl, även åt en annan läkare vid sjukvårdsinrättningen. Eftersom det inte ställs krav på att "annan läkare" ska vara legitimerad torde delegation även kunna ges till AT-läkare.¹²⁵ Vad gäller beslut enligt särregeln i 20 a § andra stycket LPT kan delegation dock, enligt 39 § 6, endast ske till specialist.

Om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd ska, enligt 20 § tredje stycket LPT, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utan dröjsmål underrättas om detta. Om en patient hålls avskild under lång tid, är det lämpligt att tillsynsmyndigheten fortlöpande hålls underrättad om detta.¹²⁶ Enligt 49 § LPT och 24 § LRV ska chefsöverläkaren fortlöpande lämna IVO uppgifter om åtgärder som vidtagits enligt lagen.

Av 4 kap. 7 § SOSFS 2008:18 om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård framgår på vilken blankett chefsöverläkaren ska fullgöra underrättelseskyldigheten. På blanketten ska bl.a. anges när åtgärden inleddes och avslutades och, om det avser avskiljande längre

¹²³ Prop. 1990/91:58, s. 261.

¹²⁴ Socialberedningen (SOU 1984:64), s. 249.

¹²⁵ Jfr prop. 1999/2000:44, s. 115.

¹²⁶ Prop. 1990/91:58, s. 261.

tid än åtta timmar, en beskrivning av hur situationen uppstod, varför mindre ingripande åtgärder inte var tillräckliga, vari den omedelbara faran bestod samt vad som ansågs vara synnerliga skäl. På blanketten framgår också att ny rapportblankett ska fyllas i om avskiljande pågått längre tid än 72 timmar. Som framgått ovan i fråga om fastspänning gäller även här att detta inte är någon tidsgräns som framgår av lagen eller dess förarbeten.

En patient ska, enligt 20 § tredje stycket LPT, under den tid han eller hon hålls avskild stå under *fortlöpande uppsikt av vårdpersonal*. I förarbetena har framförts tveksamheter till att införa ett krav på att vårdpersonal ska vara närvarande när en patient hålls avskild från övriga patienter. Är patienten mycket aggressiv kan det finnas en risk för att personalen skadas. Det kan också, sägs det, finnas en risk för att patienten vid avskiljande från övriga patienter skadar sig själv. I vissa fall kan det därför vara lämpligare och humanare att patienten vid aggressivt beteende läggs i bälte med vårdpersonal närvarande än att han eller hon hålls avskild.¹²⁷

Bestämmelsen i 20 § gäller patienter för vilka intagningsbeslut har fattats. Enligt 6 a § LPT får, i sådana fall som anges i 20 §, även en patient som hålls kvar enligt 6 § kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna. I förarbetena anges att det kan vara fråga om en patient som uppträder mycket aggressivt och som inte går att lugna genom samtal eller andra mindre ingripande åtgärder.¹²⁸

Beslut enligt 6 a § fattas av legitimerad läkare. Genom att ange att det är legitimerad läkare som kan fatta beslut om avskiljning enligt 6 a § undantas AT-läkare från den rätten.

Enligt 2 § 8 och 9 förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, förkortad FPT, ska uppgift om tvångsåtgärden och, i förekommande fall, underrättelse till IVO jämte skälen för åtgärden noteras i patientens journal.

Ett beslut om avskiljning kan inte överklagas.

¹²⁷ Prop. 1990/91:58, s. 261.

¹²⁸ Prop. 1999/2000:44, s. 115.

Bakgrund

År 2016 vårdades, enligt patientregistret, 302 barn enligt LPT och LRV. Enligt statistiken förekom avskiljning 153 gånger avseende 28 barn (se kapitel 5). Trots att avskiljning är en av de mest integritetskränkande åtgärderna som enligt lagstiftningen får vidtas under särskilda förutsättningar är tvångsåtgärden tämligen frekvent förekommande.

Utredningen har gått igenom 164 underrättelser (59 år 2015 och 105 år 2016) avseende 37 barn. De flesta underrättelserna avser avskiljning, inte sällan därför att patienterna i första hand synes ha varit i behov av stimulifattig miljö, vilket inte är förenligt med gällande lagstiftning, snarare än att patienten varit så aggressiv eller störande att patientens beteende allvarligt försvårat vården av de *andra* patienterna. Som exempel har i någon underrättelse angivits att patienten på grund av en särskild anledning¹²⁹ behövde speciell vård och att det därför behövdes stimulifattig miljö. Patienten uppgavs dessutom vara agiterad och aggressiv.

Det finns även underrättelser som kan inge tvivel om förutsättningarna för en avskiljning eller fastspänning är i enlighet med nu gällande lagstiftning. Det framgår t.ex. som skäl för avskiljning att patienten "kan vara" aggressiv. Om detta kan anses vara av sådan art att ifrågavarande patient allvarligt försvårar vården av de andra patienterna går inte att avgöra enbart av underrättelserna utan tillgång till patientens journal. Dessutom förefaller skrivningen ge uttryck för att avskiljningen vidtagits i förebyggande syfte vilket inte är förenligt med lagstiftningen.

Någon underrättelse uttrycker att personalsituationen medför ett beslut om avskiljning. Det framgår att patienten

är hotfull, skriker vilket dels gör andra patienter rädda, de får inte den ro som behövs på en psykiatrisk klinik vare sig dag eller nattetid. Dessutom krävs all personal för att hantera denna patient vilket gör att resterande patienter inte kan få den vård av personal som de behöver.

Det är också tydligt att 72-timmarsgränsen som anges på blanketten för underrättelse till IVO även i fråga om avskiljning förefaller medföra att vissa kliniker tolkar detta som en gräns för bedömning –

¹²⁹ Här ej återgivet för att patienten inte ska kunna identifieras.

vilket är felaktigt – i stället för en gräns för kompletterande underrättelse till IVO.

Det finns också underrättelser till IVO som tyder på att vårdinrättningen begär IVO:s tillstånd att få avskilja 72 timmar. Som exempel har man i beskrivningen av synnerliga skäl för avskiljning noterat att

Denna IVO-ansökan är beslut om förlängning av avskiljning mer än 72 timmar.¹³⁰

Det förefaller sålunda som om vårdinrättningen tror sig kunna ansöka hos IVO om avskiljning för ifrågavarande patient för längre tid än vad lagstiftningen stipulerar.

I ett annat fall avseende avskiljning bedöms patienten behöva avskild vård närmaste framtiden utifrån tidigare erfarenhet av patienten. I underrättelsen anges

Man avser att söka förlängning då pat. ej kan vistas i avdelningsmiljön.

Kliniken kan inte ansöka om förlängning hos IVO. Det är chefsöverläkaren som har beslutsbefogenheten och ansvarar för att besluten är i enlighet med lagstiftningen. I senare rapport i samma ärende återkommer skrivningen om att kliniken *ansöker om* att en bedömning av avskiljningen endast behöver göras en gång per dygn. I underrättelsen skrivs:

Undertecknad ansöker därför, vilket man även gjort tidigare under denna vårdperiod, i samråd med chefsöverläkaren, om att bedömning av avskiljningen ska kunna göras en gång per dygn omkring kl. 13:00 och att rapportering kan göras i perioder om 72 timmar.

Huruvida IVO vidtagit någon åtgärd med anledning av detta har utredningen inte kännedom om. Inte heller om IVO vidtagit någon åtgärd i fråga om att kliniken uppenbarligen missuppfattat såväl 72-timmarsgränsen som syftet med underrättelserna.

En annan iakttagelse från underrättelserna är att i något fall har en ung patient avskilts omväxlande på sitt rum och i avskiljningsrummet med väktare som skydd för personal och andra på avdelningen, dygnet runt. Patienten bedömdes må dåligt och vara farlig för både andra patienter och personal på avdelningen. Avskiljning på detta

¹³⁰ Samma skrivning men med varierande antal timmar återkommer flera gånger för samma patient.

sätt synes ha pågått i vart fall i 10 dagar. När avskiljningen upphörde framgår inte. I den sista underrättelsen framgår att tillsyn av sjuksköterska var 15:e minut skulle fortsätta. Vårdpersonal har uppenbarligen haft kontroll över patienten. Liksom vad som anförts ovan i fråga om fastspänning kan lämpligheten av att ha väktare i den omedelbara närheten av patienterna, eller över huvud taget på vårdenheter, diskuteras. Frågan har av utredningen inte närmare utretts. Det torde dock stå klart att en väktare aldrig kan komma i fråga för att ersätta den vårdpersonal som fortlöpande ska hålla uppsikt över patienten vid en avskiljning.

Mot bakgrund av innehållet i de underrättelser som utredningen tagit del av är det utredningens uppfattning att avskiljning eller fastspänning kan fortgå många timmar utan att det går att uppfatta av redovisningen hur och på vilket sätt andra alternativ än tvångsåtgärder prövats.

Förutsättningar för avskiljande

Enligt nu gällande lag, 20 § första stycket LPT (8 § LRV), får en patient hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett avskiljande får användas i skyddssyfte¹³¹ i förhållande till *medpatienterna*. Avskiljande kan *inte* komma ifråga av skäl hänförliga till patienten själv eller till personalen. Det är *inte* tillåtet med rutinmässig isolering, t.ex. under natten, och åtgärden får självfallet heller aldrig tillgripas i bestraffningssyfte. Redan i förarbetena till 1991 års lag påtalades att man alltid noga bör pröva möjligheterna att med personalinsatser uppnå det syfte som en isoleringsåtgärd avser.¹³²

Nödvändighetskriteriet innebär enligt lagens förarbeten att åtgärden ska komma till användning *endast i rena undantagssituationer*.¹³³ Därtill ska den allmänna proportionalitetsregeln i 2 a § beaktas.

Vad gäller patientens beteende som ska kunna föranleda en avskiljning talas i lagens text om *aggressivt eller störande beteende*. Vad som avses därmed klargörs inte i förarbetena. Det aggressiva eller

¹³¹ Prop. 1990/91:58, s. 261.

¹³² Prop. 1990/91:58, s. 261.

¹³³ Prop. 1990/91:58, s. 261.

störande beteendet måste dock nå upp till en viss nivå och vara av sådan karaktär att vården av de andra patienterna försvåras *allvarligt*.

Även om förutsättningarna för en avskiljning redan enligt nu gällande lag sätter relativt tydliga gränser för när åtgärden får vidtas är det utredningens mening att rekvisiten ytterligare bör stramas åt. Som anförts vad gäller fastspänning föreslås att det av en ny bestämmelse avseende barn bör framgå att åtgärden får vidtas om det är uppenbart att andra åtgärder är otillräckliga, vilket kan sägas komplettera proportionalitetsbestämmelsen i 2 a §. Därutöver tillkommer kravet på att barnets bästa ska utredas och särskilt beaktas vilket föreslås regleras i 2 c §. För att kunna bedöma barnets bästa måste barnet också få information och ges tillfälle att uttrycka sina åsikter. I en akut situation får bedömningen av barnets bästa bli relativt summarisk. Det ska dock dokumenteras vilka överväganden och avvägningar som gjorts. Vid ett eventuellt beslut om förlängning torde det finnas tid att noga överväga barnets bästa och vilken eller vilka andra åtgärder som skulle kunna komma i fråga i stället. Det ska erinras om att för att kunna bedöma barnets bästa ska barnet åsikter beaktas. Hur och på vilket sätt barnets bästa bedömts och hur barnets åsikter beaktats ska dokumenteras i patientens journal. Liksom i fråga om fastspänning måste det fortlöpande övervägas om åtgärden kan hävas.

Det är vidare utredningens mening att begreppet ”störande” bör utmönstras ur lagstiftningen när det gäller barn, även om det störande beteendet, enligt gällande lag, *allvarligt* ska försvåra vården av de andra patienterna. Begreppet störande är vagt och det är mycket som kan verka störande på en klinik för psykiatrisk vård. Alla barn måste ha en möjlighet till en trygg och säker miljö när de vårdas i heldygnsvården. Samtidigt får tvångsåtgärder inte bli ett sätt att hantera barnens symtom, som ibland kan uttryckas som ett störande beteende. Enligt utredningens mening bör det i stället framgå att om patienten genom ett aggressivt eller *våldsamt* beteende allvarligt försvårar vården för de andra patienterna kan åtgärden eventuellt komma i fråga. Därmed kommer också skyddssyftet i bestämmelsen till tydligare uttryck.

Nuvarande bestämmelse i 6 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård som medger vissa tvångsåtgärder före beslut om intagning ändras så att det framgår vilka bestämmelser som kan tillämpas i fråga om barn.

Tiden för avskiljande

Enligt gällande bestämmelse gäller ett beslut om avskiljande högst åtta timmar, men det får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar (20 § första stycket LPT, 8 § LRV).

Avskiljande är en mycket ingripande åtgärd som endast ska användas under en snävt begränsad tid. Utgångspunkten är att tvång när det gäller barn ska begränsas så mycket som möjligt och användas med stor försiktighet och endast om det är förenligt med barnets bästa. Mot bakgrund av vad som anförts i avsnitt 7.3.9 angående fastspänning bör tiden för avskiljning starkt begränsas i fråga om barn. Behöver patienten på grund av aggressivt eller våldsamt beteende avskiljas från andra patienter ska det vara kortvarigt och åtgärden bör snarast ersättas med andra aktiva behandlingsinsatser. Det är utredningens mening att nuvarande tidsgräns om åtta timmar är för lång tid för en avskiljning till följd av aggressivt eller våldsamt beteende. Utredningen föreslår därför att när det gäller barn får avskiljningen pågå högst två timmar.

Skulle det i särpräglade undantagsfall krävas ett avskiljande som pågår längre än två timmar förutsätter detta att det föreligger synnerliga skäl därför att det föreligger en fortsatt risk för medpatienternas liv och hälsa som inte kan hanteras genom mindre ingripande åtgärder. I sådana fall får efter en ny undersökning och genom ett nytt beslut tiden förlängas med högst två timmar vid varje tillfälle och den myndighet som regeringen bestämmer ska underrättas om detta. Det är utredningens mening att underrättelsen ska skickas till den av utredningen föreslagna Nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård (se avsnitt 7.4).

En patient ska enligt gällande lag stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal under den tid han eller hon hålls avskild. För att tydliggöra vikten av att det är hälso- och sjukvårdspersonal som måste hålla uppsikt över patienten bör detta uttryckligen framgå av lagen.

Vård i enskildhet

Bakgrund

Som framgått inledningsvis ger nuvarande bestämmelse i 20 § LPT (8 § LRV) inte utrymme för att en patient ska kunna hållas avskild med hänsyn till patientens egen vård och behandling. Psykiatrilagsutredningen föreslog att en patient skulle kunna avskiljas inte bara i fall som avses i nu gällande lag utan också när det är nödvändigt av hänsyn till patientens egen vård. Enligt Psykiatrilagsutredningen finns behov i verksamheterna av att kunna avskilja en patient i de fall hans eller hennes psykiska tillstånd är sådant att det kräver en kortare tids vistelse i en miljö av stillhet, skild från övriga patienter. Ett typexempel uppgavs vara när en svårt manisk patient behöver ha begränsning av yttre stimuli för att på det sättet ges förutsättningar för att kunna ”varva ner”. En avskiljning för det ändamålet menade Psykiatrilagsutredningen vara till gagn för patientens vård.

De flesta landsting som kommenterat Psykiatrilagsutredningens förslag ställde sig positiva till förslaget. Dock önskas i flera fall förtydliganden om den närmare innebörden. Vissa remissinstanser, bl.a. Justitieombudsmannen (JO) och Barnombudsmannen (BO), ställde sig dock tveksamma eller avvisande till ett sådant förslag.

I promemorian Ds 2014:28 föreslogs *inte* att avskiljning skulle få ske även av hänsyn till patientens egen vård eftersom det inte finns något stöd för att det är nödvändigt att utvidga tvånget till att omfatta situationer hänförliga till den enskilde patienten.¹³⁴

Som framgått av framställningen ovan har ungdomarna i den referensgrupp som varit knuten till utredningen bl.a. framfört att, barn kan behöva att kortvarigt vårdas i en miljö med låg kognitiv stimulans även om han eller hon i stunden inte själv är av samma uppfattning (avsnitt 6.3.1). De underrättelser som skickats till IVO och som utredningen tagit del av ger också vid handen att behovet att vårdas i en stimulifattig vårdmiljö ofta är orsaken till att beslut om avskiljning förlängts.

Enligt 34 § andra stycket lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, och 15 b § i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU får, om det

¹³⁴ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014d), s. 70 f.

krävs med hänsyn till den intagnes speciella behov av vård, hans eller hennes säkerhet eller övriga intagnas säkerhet, en intagen på en låsbar eller på annat sätt för särskilt noggrann tillsyn inrättad enhet, hindras från att träffa andra intagna (vård i enskildhet). Den intagne får vårdas inom en sådan enhet under högst två månader i följd, dock med viss möjlighet till förlängning. Frågan om vård i enskildhet ska prövas fortlöpande och alltid omprövas inom sju dagar från senaste prövning.

Vård i enskildhet enligt LVM och LVU skiljer sig från vård i avskildhet på avgörande punkter. Det svarar mot ett väl definierat vårdbehov hos den enskilde klienten som inte uppträder akut utan kan förutses. Ett sådant vårdbehov kan naturligtvis, sägs i förarbetena, upptäckas vid en situation som föranlett avskiljning men bör normalt vara av sådan art att det klart och tydligt kan beskrivas i den individuella behandlingsplanen. Vård i enskildhet innebär också att den intagne ständigt vistas tillsammans med personal.¹³⁵

Utredningens förslag

Det är utredningens mening att det kan finnas situationer då barn för sin egen skull kan behöva vårdas i en lugnare miljö. Det bör därför införas en bestämmelse om att om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av barnet får han eller hon vårdas i enskildhet. Samma terminologi används alltså som gäller enligt LVM och LVU för att skilja det från sådana situationer som följer av ett aggressivt och våldsamt beteende. Till skillnad från vad som gäller enligt de sociala tvångslagarna är inte avsikten att vård i enskildhet ska kunna komma i fråga för andra intagnas säkerhet. Vård i enskildhet enligt LPT och LRV är enbart knutet till den enskilde och dennes behov av en lugn vårdmiljö.

I likhet med vad som gäller för övriga tvångsåtgärder och alla andra beslut enligt LPT och LRV ska åtgärden bedömas förenlig med barnets bästa som ska utredas, dokumenteras och särskilt beaktas. För att kunna bedöma barnets bästa måste barnet också få information och ges tillfälle att uttrycka sina åsikter. Därtill kommer kravet på proportionalitet enligt 2 a §.

¹³⁵ Prop. 2002/03:53, s. 97 f.

Liksom vad som gäller enligt LVM och LVU svarar vård i enskildhet mot ett väl definierat vård- eller rehabiliteringsbehov hos det enskilda barnet. Det är som regel inte något som uppträder akut utan det kan förutses, även om behovet kan uppdagas i samband med en akut avskiljning eller annan tvångsåtgärd.

Vård i enskildhet innebär inte att patienten, som vid en avskiljning, vistas i ett låst rum. Patienten kan t.ex. vistas i en avskärmad del av en korridor och det ska alltid finnas ständig tillgång till personal. Det är heller inget som hindrar att flera barn vårdas i samma avskärmade del. Det är dock att betrakta som en tvångsåtgärd så länge som det inte är patienten själv som bestämmer när han eller hon kan röra sig fritt på avdelningen.

Tiden för vård i enskildhet enligt LVM och LVU är, som huvudregel, högst två månader i följd. Frågan om upphörande ska dock prövas fortlöpande och alltid omprövas inom sju dagar från senaste prövning. Det är utredningens mening att vård i enskildhet enligt LPT eller LRV högst får pågå i en vecka vilket ska övervägas minst en gång per dygn. Om det finns synnerliga skäl får efter ny undersökning och nytt beslut vård i enskildhet förlängas med högst en vecka vid varje tillfälle, vilket den myndighet regeringen bestämmer ska underrättas om – enligt utredningens mening den nämnd som föreslås i avsnitt 7.4. Liksom vad som gäller i fråga om avskildhet ska beslut om vård i enskildhet dokumenteras i patientens journal, skälen därtill samt vilka överväganden som gjorts i fråga om proportionalitet och barnets bästa.

Det är chefsöverläkaren som beslutar om vård i enskildhet vilket får delegeras till en specialistkompetent läkare.

Nuvarande bestämmelse i 6 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård som medger vissa tvångsåtgärder före beslut om intagning ändras så att det framgår vilka bestämmelser som kan tillämpas i fråga om barn.

7.3.11 Elektroniska kommunikationstjänster

Utredningens förslag: En ny bestämmelse avseende barn införs där det framgår att beslut om inskränkning i rätten till elektroniska kommunikationstjänster får gälla högst i en vecka. Frågan om upphörande ska övervägas minst en gång per dygn. Tiden för inskränkningen får genom nytt beslut förlängas med högst en

vecka vid varje tillfälle. Den myndighet som regeringen bestämmer ska underrättas om beslut om inskränkning och om tiden för inskränkningen förlängs.

Nuvarande reglering

Var och en är, enligt 2 kap. 1 § regeringsformen, förkortad RF, gentemot det allmänna bl.a. tillförsäkrad yttrandefrihet och informationsfrihet. Yttrandefriheten innebär frihet att i tal, skrift eller bild eller på annat sätt meddela upplysningar samt uttrycka tankar, åsikter och känslor. Informationsfriheten ger frihet att inhämta och ta emot upplysningar samt att i övrigt ta del av andras yttranden.

Skyddet i ovan nämnda rättigheter får enligt 2 kap. 20 § RF begränsas genom lag under förutsättning att det, enligt 2 kap. 21 § RF, görs för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsningen får inte göras enbart på grund av politiskt, religiös eller annan sådan åskådning.

Vad särskilt gäller yttrandefriheten och informationsfriheten, får dessa enligt 2 kap. 23 § första stycket RF bl.a. begränsas med hänsyn till rikets säkerhet, allmän ordning och säkerhet, enskildas anseende, privatlivets helgd eller förebyggandet och beivrandet av brott.

Ett krav på att säkerställa skyddet för grundläggande fri- och rättigheter följer också av flera internationella överenskommelser som Sverige anslutit sig till. Av störst betydelse för utvecklingen av skyddet torde Europakonventionen ha haft, inte minst efter inkorporeringen i svensk rätt 1995. Av artikel 10 Europakonventionen framgår att var och en har rätt till yttrandefrihet. Denna rätt innefattar åsiktsfrihet samt frihet att ta emot och sprida uppgifter och tankar utan offentlig myndighets inblandning och oberoende av territoriella gränser. Inskränkningar får göras om de är föreskrivna i lag och om de i ett demokratiskt samhälle är nödvändiga med hänsyn till vissa i artikeln angivna ändamål, t.ex. för att förebygga oordning eller brott, till skydd för hälsa eller moral eller för annans goda namn och rykte eller rättigheter. Var och en, vars i konventionen angivna fri- och rättigheter kränkts, ska enligt artikel 13 ha tillgång till ett

effektivt rättsmedel inför en nationell myndighet och detta även om kränkningen förövats av någon under utövning av offentlig myndighet.

Av artikel 13.1 i barnkonventionen framgår att barn ska ha rätt till yttrandefrihet vilket innefattar frihet att oberoende av territoriella gränser söka, motta och sprida information och tankar av alla slag, i tal, skrift eller tryck, i konstnärlig form eller genom annat uttrycksmedel som barnet väljer. Enligt artikel 13.2 får utövandet av rättigheten underkastas vissa inskränkningar men endast sådana som är föreskrivna i lag och som är nödvändiga a) för att respektera andra personer rättigheter eller anseende eller b) för att skydda den nationella säkerheten, den allmänna ordningen eller folkhälsan eller den allmänna sedligheten.

Både LPT och LRV ger lagstöd för att begränsa den enskildes fri- och rättigheter genom frihetsberövandet i sig, men även genom att det i respektive lag ges utrymme för att under särskilda förutsättningar vidta också annat tvång under frihetsberövandet som ytterligare inkräftar på fri- och rättighetsskyddet i RF och konventionerna.

Enligt 20 a § första stycket LPT får chefsöverläkaren besluta att inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster, om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada. Den tekniska utrustning som möjliggör användningen får, enligt samma bestämmelse andra stycket, omhändertas under den tid beslutet gäller. Omhändertagen utrustning ska återlämnas till patienten senast när beslutet om inskränkning upphör att gälla. Patienten får, enligt 32 § fjärde stycket LPT, överklaga ett beslut om inskränkning enligt 20 a § hos förvaltningsrätten.

Ett beslut enligt 20 a § gäller, enligt 22 b § första stycket LPT, i högst två månader. När det inte längre finns förutsättningar för beslutet ska chefsöverläkaren genast besluta att inskränkningen ska upphöra. Frågan om upphörande ska övervägas fortlöpande. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska, enligt andra stycket, utan dröjsmål underrättas om beslut enligt 20 a §.

Bestämmelserna i LPT gäller i tillämpliga delar även vid vård enligt LRV (8 och 8 a §§).

Överväganden och förslag

Inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster förekommer i relativt liten omfattning när det gäller barn. Under 2016 har totalt fem beslut inrapporterats i Socialstyrelsens patientregister, avseende tre individer. Också utredningens genomgång av underrättelser till IVO visar att under 2015–2016 underrättades myndigheten om totalt sex beslut.

Ett beslut om att inskränka rätten till att använda elektroniska kommunikationstjänster innebär en inskränkning i den grundlagsstadgade rätten till yttrande- och informationsfrihet. Patienten har som huvudregel rätt att använda sådana tjänster men denna rätt *får* inskränkas under vissa förutsättningar. Det krävs ett särskilt övervägande i varje enskilt fall om bestämmelsen kan tillämpas. I förarbetena till nu gällande lag framhålls också, att beslut om inskränkning aldrig får fattas kollektivt för en grupp av patienter eller för en särskild avdelning, utan får enbart avse enskilda patienter. Det ska i varje enskilt fall göras en samlad bedömning av förutsättningarna för beslutet.¹³⁶ Därtill kommer att åtgärden ska vara proportionerlig i enlighet med 2 a § och frågan om barnets bästa ska utredas och särskilt beaktas. I det sammanhanget ska barnet få komma till tals och barnets åsikter ska beaktas i förhållande till dess ålder och mognad.

Självfallet får ett beslut att inskränka patientens rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster aldrig användas som bestraffningsåtgärd.¹³⁷ Vid utredningens samtal med barn har framkommit att det ibland finns restriktioner när det gäller användningen av smartphones och surfplattor. Som framgått ovan får inte interna ordningsregler gå utöver vad lagstiftningen tillåter. Det finns också uppgifter om att föräldrar till tvångsvårdade barn blir ombedda att ta hand om t.ex. mobiltelefon, ett förfaringsätt som förefaller tveksamt oaktat föräldrarnas vårdnadsansvar. Ett beslut om inskränkning i rätten till elektroniska kommunikationstjänster är ett överklagbart beslut. Av förvaltningslagen (1986:223) följer att en patient ska underrättas om beslut och om att patienten kan överklaga beslutet. Genom att be föräldrarna ta hand om barnets mobiltelefon förtas patienten rätten att överklaga. Inte heller respekteras den i lagen

¹³⁶ Prop. 2005/06:195, s. 25.

¹³⁷ Prop. 2005/06:195, s. 25.

stipulerade tidsgränsen som ett sådant beslut får gälla. I sammanhanget bör också beaktas att barn och unga uttrycker att de hittar merparten av information om rättigheter i tvångsvården på internet, och att denna möjlighet att söka information, på det sätt som är mest naturligt för barnet, begränsas vid inskränkningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster.

Ett beslut om inskränkning enligt 20 a § och övervakning av försändelser från en patient enligt 22 a § LPT gäller enligt nuvarande regelverk i högst två månader. Mot bakgrund av att beslutet ska upphöra så fort förutsättningar för åtgärden inte längre är uppfyllda och att det åligger chefsöverläkaren att fortlöpande ompröva beslutet och så snart förutsättningarna brister i något hänseende, häva beslutet, har lagstiftaren ansett att två månader framstår som rimlig.¹³⁸

Barn och unga lever till stor del sina liv genom att använda elektroniska kommunikationstjänster och ett sådant beslut kan innebära ett långt större ingrepp i deras liv, jämfört med en vuxen. Därtill kommer den omständigheten att den genomsnittliga vårdtiden för barn i tvångsvård är 24 dagar. Ett beslut om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster bör därför vara väsentligt kortare i fråga om barn. Utredningen föreslår därför att tidsgränsen för ett beslut enligt den föreslagna 20 c § ska begränsas till en vecka. Frågan om upphörande ska övervägas minst en gång per dygn. Tiden för inskränkningen får genom ett nytt beslut förlängas med högst en vecka vid varje tillfälle.

Den myndighet som regeringen bestämmer ska utan dröjsmål underrättas om beslut att inskränka rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster vilket, enligt utredningens uppfattning, i fråga om barn bör vara den föreslagna Nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård (avsnitt 7.4).

7.3.12 Särskild underrättelse om tvångsåtgärder

Utredningens förslag: Det ska införas en ny paragraf om att en särskild underrättelse ska skickas till den myndighet som regeringen bestämmer om ett barn varit föremål för fasthållning,

¹³⁸ Prop. 2005/06:195, s. 30 f.

fastspänning, avskiljning, vård i enskildhet och/eller inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster vid tre olika tillfällen under en vårdperiod.
--

Allmänt

Regleringen av vilka särskilda tvångsåtgärder som kan komma i fråga under slutna psykiatrisk tvångsvård ska ses mot bakgrund av fri- och rättighetsskyddet i grundlagen och andra internationella människorättsdokument. För att tillgodose regeringsformens krav ska en tvångslagstiftning tydligt ange vilka "särskilda tvångsåtgärder" som får tillgripas och under vilka förutsättningar detta får ske. Lagstiftarens utgångspunkt har därvid varit att försöka åstadkomma sådana begränsningar som gör att tvångsåtgärderna kommer till användning bara när det inte finns någon annan utväg att tillgå i en verkligt besvärlig situation¹³⁹ och föreskrifterna skall säkerställa att tvångsbehandling och andra tvångsåtgärder används restriktivt.¹⁴⁰

Ett beslut om tvångsvård innebär inte i sig att det med automatik följer åtgärder om inlåsning, kroppsvisitation m.m. Också den som är frihetsberövad omfattas av grundlagsskyddet och de rättighetsbevarande föreskrifterna i t.ex. Europakonventionen och barnkonventionen. Varje intrång i rättigheterna måste ha en rättslig grund och föregås av noggranna överväganden med strikt iakttagande av gällande bestämmelser.

Utredningens förslag

Utöver rent rättsliga aspekter på tvångsåtgärderna innebär de en integritetskränkning för den enskilde och det är av synnerlig vikt att den integritetssfär som kvarstår trots frihetsberövandet respekteras. De barn som utredningen talat med beskriver fastspänning med bälte som en obehaglig upplevelse som framkallat känslor av maktlöshet och de beskriver att stämningen i de situationer när bältesläggning används är ofta upprörd och att situationen kan upplevas som mycket våldsam och övergreppslig (se avsnitt 6.4.2). Iakttagel-

¹³⁹ Prop. 1990/91:58, s. 141.

¹⁴⁰ Prop. 1999/2000:44, s. 57.

ser som Barnombudsmannen (BO) gjort är att barn kan uppleva en fastspänning som en bestraffning¹⁴¹ – vilket inte är tillåtet – och som ett hot. Några barn i BO:s undersökning har varit utsatta för ett stort antal fastspänningar med bälte. Ett barn uppges ha varit fastspänt flera gånger varje dag under en knapp veckas tid och att det varit fråga om långa stunder i bälte. Enligt dokumentationen uppgavs fastspänning vara det enda sättet att få patienten att komma till ro. Ett annat barn hade varit fastspänt 64 gånger under den period BO gjorde granskningen. Tidvis hade patienten dagligen varit fastspänd med bälte och ibland flera gånger om dagen.¹⁴² Utredningens egna iakttagelser ger också vid handen att tvångsåtgärder förekommer i större utsträckning och under längre tid än vad som synes vara befogat, i vart fall med utgångspunkt från vad som uppgetts i de underrettelser som skickats till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Att blir fastspänd med bälte eller avskild från andra patienter kräver noggranna överväganden från chefsöverläkarens sida. Möjligheten att vidta tvångsåtgärder får inte utvecklas till en behandlingsmetod utan man måste se det för vad det är, dvs. en integritetskränkande åtgärd som bara får vidtas under särskilda förutsättningar. I den slutna miljön är omvårdnadsprocessen särskilt viktig. Metoder måste ständigt omprövas och utvecklas så att användningen av tvångsåtgärder kan minimeras och det krävs kunskap och självinsikt hos den personal som ansvarar för en tvångsomhändertagen patient. En fastspänning kan vara så pass traumatiserande att det kan riskera att medföra en vårdskada. Hälso- och sjukvårdspersonalen måste inse kraften i åtgärderna och arbeta för andra metoder i stället.

Mot bakgrund av vad som anförts ovan är det utredningens mening att i syfte att motverka vårdskador och att utveckla lärande och insikt måste det genomföras en särskild granskning om ett barn varit föremål för en fasthållning, fastspänning, avskiljning, vård i enskildhet och/eller inskränkning i rätten till elektronisk kommunikation vid tre olika tillfällen under en vårdperiod. Med *ett tillfälle* avses att en patient vid ett och samma tillfälle kan bli föremål för mer än en tvångsåtgärd. Det kan t.ex. bli aktuellt med både fasthållning och bältesläggning för att barnet ska kunna få den behandling som är nödvändig, vilket då anses som ett tillfälle. Syftet med bestämmelsen

¹⁴¹ Barnombudsmannen (2014a), s. 89 f.

¹⁴² Barnombudsmannen (2014a), s. 101.

är att motverka upprepade frihetsinskränkningar, varför flera åtgärder som är avhängiga av varandra sålunda ska räknas som ett *tvångsåtgärdstillfälle*. För att det ska anses som ett "nytt" tillfälle ska behovet av att tillgripa tvångsåtgärden ha upphört och därefter har ett nytt beslut fattats om sådana åtgärder som nämnts ovan.

Mot bakgrund av vad som anförts ovan föreslår utredningen att det ska skickas en särskild underrättelse till den myndighet som regeringen bestämmer så att det kan föras en diskussion kring vad som förevarit, t.ex. varför har åtgärderna behövt tillgripas vid flera tillfällen? Hur såg vårdens innehåll ut vid tiden för åtgärderna? Hur såg personalsituationen ut? Vilken tid på dygnet har det inträffat osv. Det är utredningens mening att underrättelsen ska skickas till den nämnd som föreslås inrättas enligt vad som framgår i avsnitt 7.4.

Om ett beslut om t.ex. fastspänning förlängs i enlighet med 19 a § tredje stycket ska på sedvanligt sätt en underrättelse skickas till den myndighet som regeringen föreskriver. Den särskilda underrättelsen enligt förevarande föreslagna bestämmelse är en åtgärd därutöver.

Åtgärden ska inte förväxlas med sådana underrättelser som ska skickas in enligt de föreslagna 19 a, 20 a och 20 b §§ dvs. vid beslut om att förlänga ett beslut om fastspänning, avskiljning, vård i enskildhet eller enligt 22 b § om inskränkning i rätten till elektronisk kommunikation och försändelseövervakning.

Med vårdperiod avses tiden från beslutet om intagning för tvångsvård till dagen för tvångsvårdens upphörande.

7.3.13 Överklagande av tvångsåtgärder

Utredningens förslag: Den som är förordnad som offentligt biträde för någon som är under 15 år ska utan särskilt förordnande vara den unges ställföreträdare i det mål eller ärende som förordnandet avser. Bestämmelsen om att barn som är yngre än 15 år får höras inskränks till att enbart gälla i domstol. Barnet får höras i domstol om han eller hon inte kan antas ta skada av det.

Utredningens bedömning: Rätten att till förvaltningsrätten överklaga tvångsåtgärderna bör utökas vilket bör gälla såväl barn som vuxna.

Utredningen delar den bedömning som gjordes av Barnrättighetsutredningen att regeringen bör utreda om Barnombudsmanen bör ges möjlighet att föra talan för enskilda i de fall frågan är av särskild betydelse för rättstillämpningen eller på annat sätt är av särskilt intresse för genomförandet av barnkonventionen.

Nuvarande reglering

De särskilda tvångsåtgärder i LPT och LRV som kan överklagas är, enligt 32 och 33 §§ LPT (18 § LRV), chefsöverläkarens beslut om inskränkningar att använda elektroniska kommunikationstjänster enligt nuvarande 20 a § LPT, övervakning av försändelser enligt 22 a § LPT och förordnande enligt 24 § LPT om förstöring eller försäljning av egendom. Andra tvångsåtgärder kan inte överklagas.

Av 38 a § LPT (22 a § LRV) framgår att offentligt biträde ska förordnas för den som åtgärden avser i mål hos allmän förvaltningsdomstol, bl.a. om målet gäller beslut om inskränkning enligt 20 a §, eller beslut om övervakning enligt 22 a §. Offentligt biträde ska dock inte förordnas, om det måste antas att det inte finns något behov av ett biträde.

Enligt 48 § LPT (30 § LRV) ska en patient, så snart hans eller hennes tillstånd medger det, genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt att enligt 32 och 33 §§ överklaga vissa beslut, att anlita ombud eller biträde och att, enligt 38 a §, få offentligt biträde. Det är inte tillräckligt att patienten informeras om sin rätt att överklaga i samband med intagningen. Patienten måste ha ett formellt beslut med överklagandehänvisning varje gång det fattas ett beslut som enligt lagen är överklagbart.

Det är endast patienten som är klagoberättigad. Chefsöverläkaren får *inte* överklaga rättens beslut enligt LPT (33 § andra stycket). I förarbetena framhålls att eftersom patienten på grund av sitt psykiska tillstånd, eller av andra skäl, kan ha svårigheter att överklaga ett beslut, är det viktigt att patienten får det stöd och den hjälp som han eller hon behöver i detta hänseende av vårdpersonalen eller genom dess förmedling.¹⁴³

¹⁴³ Prop. 1990/91:58, s. 274.

Av 44 § första stycket LPT (24 § LRV) framgår att om patienten har fyllt 15 år, har han eller hon rätt att själv föra sin talan i mål och ärenden enligt lagen. Av andra stycket framgår att en person som är yngre bör höras, om det kan vara till nytta för utredningen och det kan antas att patienten inte tar skada av att höras.

Överklagande enligt annan lagstiftning

Också de sociala tvångslagarna, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, innehåller bestämmelser om vissa tvångsåtgärder – benämnt särskilda befogenheter – bl.a. vistelse i avskildhet.¹⁴⁴ Enligt 34 § fjärde stycket LVM får, om det är särskilt påkallat på grund av att den intagne uppträder våldsamt eller är så påverkad av berusningsmedel att han eller hon inte kan hållas till ordningen, den intagne hållas i avskildhet. Den intagne får inte hållas i sådan avskildhet längre tid än vad som är oundgängligen nödvändigt och *inte i något fall* under längre tid än 24 timmar i följd.

En likalydande bestämmelse finns i 15 c § första stycket LVU. Av andra stycket den bestämmelsen framgår dessutom, att om den intagne är under 15 år ska läkare skyndsamt yttra sig om varje åtgärd som vidtas enligt första stycket. Om läkaren begär det ska åtgärden genast avbrytas.

Beslut om avskildhet enligt LVM eller LVU kunde initialt inte överklagas. Detta ändrades emellertid då den särskilda individuella vårdformen *vård i enskildhet* infördes, som innebär att den enskilde kan vårdas utan möjlighet att fritt träffa övriga intagna.¹⁴⁵ Numera gäller sålunda, enligt 44 § 3 LVM och 42 § 2 LVU att beslut av Statens institutionsstyrelse (SiS) som gäller vård i enskildhet eller avskildhet kan överklagas till förvaltningsrätt. Av respektive bestämmelse framgår att prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

SiS ansvarar för vården vid LVM-hemmen och de särskilda ungdomshemmen enligt LVM och LVU. SiS ansvarar också för verk-

¹⁴⁴ Tidigare talades om att den intagne fick "hållas avskild från de övriga vid hemmet" (se beträffande LVU SFS 2001:466 och SFS 2003:406).

¹⁴⁵ Prop. 2002/03:53, s. 204 f.

ställigheten av sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken (lag [1998:603] om verkställighet av sluten ungdomsvård, förkortad LSU). Enligt 15 § LSU gäller 16 § LVU om förbud mot innehav av vissa missbruksmedel, 17 § LVU om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning, 19 § LVU om övervakning av brev m.m. och 20 § LVU om förstöring eller försäljning av viss egendom. Enligt 14 § LSU får den dömda också, under vissa förutsättningar, vårdas i enskildhet och, enligt 17 § LSU, i avskildhet. Beslut av SiS enligt LSU får i särskilda fall, enligt 23 § LSU, överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kamrarrätten. Den dömda har alltså rätt att överklaga alla beslut av inskränkande karaktär. Uttryckssättet *i särskilda fall* har använts i syfte att markera att allmänna ordningsregler inom det särskilda ungdomshemmet inte får överklagas.¹⁴⁶

Utredningen om tvångsvård för barn och unga (SOU 2015:71) hade bl.a. i uppdrag att stärka rättssäkerheten för barn och unga. Utredningen konstaterade att en väsentlig del av rättssäkerhetsbegreppet är kontrollen av att reglerna iakttas. Utredningen föreslog bl.a. att rätten att överklaga tvångsåtgärderna skulle utökas och även omfatta beslut om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning, vård vid låsbar enhet, skyldighet att lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov samt övervakning av brev och andra försändelser.¹⁴⁷ Utredningens förslag bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Möjligheten att överklaga beslut om tvångsåtgärder enligt LPT och LRV bör utökas

Frågan om i vilken utsträckning beslut om tvångsmedicinering eller användning av tvångsåtgärder ska kunna överklagas togs upp i remissbehandlingen i 1991 års lagstiftningsärende. Föredragande statsråd anförde då att det inte var lämpligt att en rad olika frågor angående vårdens innehåll ska kunna bli föremål för prövning av domstol bl.a. för att det skulle kunna medföra problem med gränsdragningen gentemot andra myndigheters uppgifter, t.ex. tillsynsmyndigheten

¹⁴⁶ Prop. 1997/98:96, s. 188.

¹⁴⁷ Utredningen om tvångsvård för barn och unga, (SOU 2015:71), s. 902. Utredningen föreslog även två nya skyddsåtgärder; visitation av bostadsrum och avskiljning med öppen dörr och att dessa åtgärder också skulle kunna överklagas. Däremot föreslogs inte motsvarande ändring i LVM eftersom detta inte utretts.

eller Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.¹⁴⁸ Ett visst avsteg från detta synsätt gjordes emellertid i fråga om läkarbeslut om särskilda villkor i samband med permission, som sålunda kan överklagas i enlighet med 33 § 3 LPT. Detta eftersom Lagrådet påpekat att villkor av sådant slag ibland kan få betydelse under avsevärd tid och innebära kännbara begränsningar i patientens frihet.¹⁴⁹

I senare lagstiftningsärenden har införts möjlighet att även överklaga beslut om inskränkning i användningen av elektroniska kommunikationstjänster och beslut om försändelseövervakning. Detta har motiverats utifrån att sådana beslut skiljer sig från andra tvångsåtgärder eftersom de kan fattas inte endast utifrån behandlingshänsyn utan även för att undvika att någon annan lider skada samt att giltighetstiden för besluten är väsentligt längre än för andra tvångsåtgärder.¹⁵⁰

De särskilda tvångsåtgärder som regleras i 18–24 §§ LPT (8 § LRV) får vidtas i särskilda syften. Bestämmelserna medger att samhället genom hälso- och sjukvårdens försorg, förutom själva frihetsberövandet, ytterligare inkräktar på den enskildes person och det skydd man åtnjuter enligt grundlagen och internationella konventioner. Under förutsättning att rekvisiten är uppfyllda får vissa tvångsåtgärder också vidtas redan innan ett formellt beslut om intagning fattats (6 och 6 a §§ LPT).

Bestämmelserna har betydelse för att hälso- och sjukvården ska kunna bedriva en kvalificerad och effektiv och säker vård, men får inte innebära att klienternas trygghet till person och egendom eftersetts. Det handlar om allvarliga ingrepp mot den enskildes integritet varför det gäller att finna en ordning som tillfredsställer kraven på effektivitet vid vårdens bedrivande och rättssäkerheten för den enskilde. Bestämmelsernas relativa vaghet gör att det finns en klar risk att effektivitetsintresset får väga över i tillämpningen och den enskildes integritet får stå tillbaka.¹⁵¹ Det måste därför finnas kontrollmekanismer så att den enskildes rättssäkerhet, där förutsebarhet och kontrollerbarhet är viktiga beståndsdelar, tas tillvara. Sådana kontrollmekanismer är t.ex. utökad insyn och tillsyn, vilket i fråga om barn föreslås i avsnitt 7.4, men även möjligheter att få till stånd en

¹⁴⁸ Prop. 1990/91:58, s. 274.

¹⁴⁹ Prop. 1990/91:58, s. 273.

¹⁵⁰ Prop. 2005/06:195, s. 31.

¹⁵¹ Gustafsson (2010), s. 338.

domstolsprövning av fri- och rättighetsinskränkningar, även om de är av kortvarig natur.

Som framgått ovan var ett skäl till att beslut om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster (20 a §) och försändelseövervakning (22 a §) ska kunna överklagas att de kan fattas, inte endast utifrån behandlingshänsyn, utan även för att undvika att någon annan lider skada. Även övriga tvångsåtgärder har emellertid också, som regel, ett syfte att förhindra att andra kommer till skada. Det gäller användningen av tvång i 18 §, fastspänning enligt 19 §, avskildhet enligt 20 §, förbud mot innehav av viss egendom enligt 21 § och försändelsekontroll enligt 22 §. Det är alla tvångsåtgärder som enligt 2 § förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, förkortad FPT, kräver särskild dokumentation bl.a. om åtgärden i sig och om skälen för åtgärden.

När det i LVU och LVM infördes möjlighet till att besluta om vård i enskildhet var det ursprungliga lagförslaget att den enskilde skulle ha rätt att få ett sådant beslut – men *inte* ett beslut om avskildhet – prövat i domstol. Lagrådet konstaterade därvid, att ett beslut om avskildhet är en frihetsinskränkande åtgärd. De skäl som anförts i remissen för att inte ge möjlighet till en prövning i domstol ansågs av Lagrådet inte övertygande. Det är visserligen riktigt, anförde Lagrådet, att avskildheten, som enligt den lagstiftningen, inte får pågå längre än 24 timmar i följd, regelmässigt har upphört när prövning i domstol kan ske. Detta förhållande utesluter dock inte, menade Lagrådet, att den intagne kan ha ett berättigat intresse att få ett beslut om avskildhet prövat av domstol efter det att åtgärden upphört (jfr RÅ 81 2:44 och RÅ 1986 ref. 150). Lagrådet föreslog därför att 42 § LVU och 44 § LVM skulle kompletteras med en bestämmelse som ger den intagne rätt att även få ett beslut om avskildhet prövat av domstol.¹⁵²

Regeringen anförde med anledning av vad Lagrådet yttrat, att Regeringsrätten¹⁵³ i sin praxis funnit att domstol ska pröva ett överklagande av ett frihetsinskränkande beslut, oaktat att beslutet redan verkställts, om berörd enskild har ett beaktansvärt intresse av att i efterhand få beslutet överprövat. En sådan prövning bidrar dessutom till att tydliggöra kriterierna för när avskildhet är befogat. Mot bak-

¹⁵² Prop. 2002/03:53, s. 204 f. SFS 2003:406 och 2003:416.

¹⁵³ Numera Högsta förvaltningsdomstolen.

grund av detta instämde sålunda regeringen i Lagrådets bedömning att beslut om avskildhet borde tillföras de överklagbara föreståndarbesluten.¹⁵⁴

Mot bakgrund av vad som anförts ovan menar utredningen att också patienter i den slutna psykiatriska tvångsvården har ett beaktansvärt intresse att i efterhand få beslut om frihetsinskränkande åtgärder överprövat. Det är ett grundläggande krav att beslut om inskränkningar i fri- och rättigheter ska kunna överprövas. Artikel 37 (d) i barnkonventionen ställer krav på att varje frihetsberövat barn ska ha rätt att snarast få tillgång till såväl juridiskt biträde och annan lämplig hjälp som rätt att få lagligheten i sitt frihetsberövande prövad av en domstol eller annan behörig, oberoende och opartisk myndighet samt rätt till ett snabbt beslut i saken. Också Europakonventionen ger i artikel 13 var och en vars rättigheter kränkts rätten till ett effektivt rättsmedel.

En möjlighet att överklaga bidrar till en ökad rättssäkerhet och till att, genom utveckling av praxis, skapa en enhetlig rättstillämpning och därmed vara till stöd för de bedömningar som ska göras vid sjukvårdsinrättningarna.¹⁵⁵ Det finns enligt utredningens mening inget juridiskt eller annat skäl till att beslut om inskränkningar i den enskildes fri- och rättigheter ska kunna överklagas enligt annan lagstiftning med liknande syfte men inte enligt LPT eller LRV. Som Lagrådet anförut utesluter inte den omständigheten att åtgärden som regel har upphört vid domstolsprövningen att den enskilde har ett berättigat intresse att få saken prövad även i efterhand. Även om vissa av tvångsåtgärderna endast får pågå kortvarigt är det utredningens bedömning att rätten att överklaga ska utökas och att offentligt biträde ska förordnas för den som åtgärden avser.

Som framgått inledningsvis kan beslut om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster enligt nu gällande 20 a § eller övervakning av försändelser enligt 22 a § redan överklagas enligt 32 § LPT (8 § LRV). Bestämmelsen i 20 a § innebär enligt första stycket att rätten till användning får inskränkas. Enligt andra stycket får den tekniska utrustningen omhändertas under den tid beslutet gäller, och den ska återlämnas till patienten senast när beslutet om inskränkning upphör. Beslut att omhänderta den tekniska

¹⁵⁴ Prop. 2002/03:53, s. 100.

¹⁵⁵ Jfr. JO Dnr 1170-2012.

utrustningen som möjliggör användning av elektroniska kommunikationstjänster torde inte kunna överklagas eftersom omhändertagen utrustning ska återlämnas. Inte heller är omhändertagande av sådan egendom som anges i 21 § LPT överklagbart eftersom egendomen ska återlämnas senast när vården upphör såvida det inte är fråga om sådan egendom som enligt 24 § får förstöras eller säljas, vilket är överklagbart enligt 33 § LPT.

Utredningen menar sålunda att möjligheten att överklaga särskilda tvångsåtgärder bör utökas så att de mest integritetskränkande åtgärderna kan bli föremål för en domstolskontroll. Det innebär att sådana tvångsåtgärder som regleras i 19–24 §§ LPT, utom bestämmelserna som reglerar att viss egendom tillfälligt får eller ska omhändertas (nuvarande 20 a § andra stycket och 21 § andra stycket LPT), ska omfattas av rätten att överklaga.

Utredningen menar att det inte bör vara någon skillnad i fråga om vilka beslut som ska kunna överklagas beroende på om patienten är ett barn eller vuxen. Eftersom utredningens uppdrag är begränsat till att avse barn i psykiatrisk tvångsvård avstår utredningen från att lämna något förslag i denna del. Frågan bör dock beaktas i det fortsatta lagstiftningsarbetet.

Det är vidare utredningens bedömning, så som anfördes av Barnrättighetsutredningen, att regeringen bör utreda om Barnombudsmannen bör ges möjlighet att föra talan för enskilda i de fall frågan är av särskild betydelse för rättstillämpningen eller på annat sätt är av särskilt intresse för genomförandet av barnkonventionen.¹⁵⁶

Barns rätt att överklaga

Som framgått ovan är det enligt nuvarande lagstiftning endast patienten som är klagoberättigad. Av 44 § första stycket LPT (24 § LRV) framgår att om patienten har fyllt 15 år, har han eller hon rätt att själv föra sin talan i mål och ärenden enligt lagen. Bestämmelsen reglerar endast frågan om processbehörighet för den som har fyllt 15 år. Patientens ställning som part oavsett ålder berörs inte av bestämmelsen. Inte heller berörs föräldrarnas eller annan vårdnadshavares ställning som part av bestämmelsen. Den innebär endast att

¹⁵⁶ Barnrättighetsutredningen (SOU 2016:19), s. 328 f.

de som har fyllt 15 år har rätt att vid sidan av sina legala ställföreträdare eller ensamma föra sin talan i mål eller ärenden om psykiatrisk tvångsvård.

Av förarbetena framgår att lagstiftarens utgångspunkt i 1991 års lagstiftningsärende var att det endast undantagsvis torde bli aktuellt att ge psykiatrisk tvångsvård åt någon som är strax under 15 år. Avsikten var att den som är under 15 år inte själv ska få föra sin talan i ett mål om psykiatrisk tvångsvård. I ett mål som avser den som är under 15 år ska föräldrarna eller annan vårdnadshavare vara ställföreträdare för parten.¹⁵⁷

Av 44 § andra stycket LPT framgår att en person som är yngre bör höras, om det kan vara till nytta för utredningen och det kan antas att patienten inte tar skada av att höras. I förarbetena framgår att lämpligheten av att höra en patient som är under 15 år vid t.ex. en muntlig förhandling i domstol får avgöras med ledning av hans eller hennes ålder och psykiska tillstånd. I regel, sägs det, bör domstolen inhämta ställföreträdarens och chefsöverläkarens synpunkter på denna fråga.¹⁵⁸

Bestämmelsen i LPT och LRV har hämtats från, vid tiden för lagarnas ikraftträdande, motsvarande bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och LVU. Genom lagändring den 1 januari 2013 har bestämmelserna i SoL och LVU fått en något annorlunda lydelse.

Enligt gällande bestämmelser i LPT och LRV är barn som har fyllt 15 år processbehöriga och kan själva föra sin talan. När det gäller barn som är yngre än 15 år måste barnets talan utföras av ställföreträdare, som regel barnets vårdnadshavare. Den som förordnas som offentligt biträde är enligt gällande rätt inte ställföreträdare för barnet vilket innebär att yngre barn inte kan överklaga utan vårdnadshavarens medverkan. Ett offentligt biträde är alltså inte med automatik ställföreträdare för barnet och kan inte utan fullmakt från vårdnadshavaren, t.ex. överklaga ett beslut.¹⁵⁹

Som framgår i kapitel 5 vårdas de flesta patienterna under 18 år frivilligt enligt HSL. Under 2016 genomfördes 7 928 vårdtillfällen i den psykiatriska heldygnsvården, totalt 2 597 unika patienter.

¹⁵⁷ Prop. 1990/91:58, s. 284.

¹⁵⁸ Prop. 1990/91:58, s. 284.

¹⁵⁹ Prop. 1994/95:224.

302 barn, cirka 12 procent, vårdades med tvång enligt LPT. Enligt uppgift från Socialstyrelsens patientregister vårdades 57 barn upp till 15 år (ålder vid årets slut) enligt LPT år 2016.

Även om det är relativt få barn under 15 år som vårdas med stöd av tvångslagstiftningen är det utredningens mening att lagstiftningen måste ändras så att även barn under 15 år ska kunna överklaga och ta tillvara sin rätt utan vårdnadshavarens medverkan. Det är inte självklart att barnet alltid kan få hjälp av en vårdnadshavare. Det kan föreligga konflikter eller andra svårigheter mellan barnet och vårdnadshavaren, men det kan också vara så att vårdnadshavaren upplever det som problematiskt att överklaga hälso- och sjukvårdens beslut och åtgärder eftersom man kan känna sig beroende av goda relationer med behandlande läkare så att barnet får bästa möjliga vård. Därför måste det anses vara till gagn för barnet om han eller hon själv, genom en opartisk ställföreträdare, kan få sin rätt prövad utan att vara beroende av vårdnadshavarnas vilja eller möjlighet att överklaga eller inte.

Liksom vad som gäller enligt 36 § LVU föreslås sålunda att det i 44 § LPT ska regleras att den som är förordnad som offentligt biträde enligt 38 a § LPT för någon som är under 15 år, utan särskilt förordnande ska vara den unges ställföreträdare i det mål eller ärende som förordnandet avser. Bestämmelsen innebär att för det fall ett offentligt biträde förordnats för barnet eller den unge enligt LPT eller LRV, blir biträdet automatiskt barnets eller den unges ställföreträdare i det mål eller ärende som förordnandet avser. Barnet får en självständig ställning gentemot vårdnadshavaren och barnet kan genom ställföreträdaren överklaga såväl domstolens avgöranden som andra överklagbara chefsöverläkarbeslut.

Det offentliga biträdes huvudsakliga uppgift är att ge råd och stöd till barnet. Som ställföreträdare ska det offentliga biträdet företräda barnet i processen och i det sammanhanget framföra barnets åsikter.¹⁶⁰ Ställföreträdaren ska tillvarata barnets intresse och bör alltså framföra de synpunkter och önskemål barnet har. Skulle ställföreträdaren ha en annan uppfattning än barnet, bör han eller hon med beaktande av barnets åsikter hävda den uppfattning som han eller hon anser bäst tjänar barnets intresse. Om barnet så önskar, ska ställföreträdaren t.ex. se till att beslut och domar blir överklagade.

¹⁶⁰ Prop. 1994/95:224.

Enligt 38 a § andra stycket LPT ska offentligt biträde inte förordnas om det måste antas att det inte finns något behov av ett biträde. I sådana fall kan vårdnadshavaren vara ställföreträdare.

Mot bakgrund av artikel 12 i barnkonventionen och utredningens förslag att barn ska få komma till tals föreslås även att andra stycket i 44 § LPT ändras så att barn som är yngre än 15 år får höras i *domstol*, om han eller hon inte kan antas ta skada av det. På motsvarande sätt som i LVU inskränks alltså bestämmelsen till att gälla endast vid handläggning i domstol. För hälso- och sjukvården i övrigt gäller de föreslagna bestämmelserna i 2 c–2 e §§ LPT. Domstolen kan underlåta att höra barnet om barnet kan antas ta skada av det, t.ex. om barnet skulle känna stort obehag av att höras i domstol. Domstolarna måste alltså göra en bedömning i varje enskilt fall av om barnet kan antas ta skada av att höras där.

7.4 Utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård av barn

Utredningens bedömning: Det ska inrättas ett särskilt utvecklings- och kontrollorgan – Nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård av barn – med Inspektionen för vård och omsorg som värdmyndighet.

Inspektionen för vård och omsorg, bör genom ändrad lagstiftning i enlighet med Valfärdsutredningens förslag eller på annat sätt, säkerställa att de register som myndigheten ska föra enligt patientsäkerhetslagen är uppdaterade.

7.4.1 Inledning

Som framgått inledningsvis baseras all vård som meddelas inom hälso- och sjukvården på frivillighet och samtycke enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Detta till trots har samhället ändå getts befogenhet att under särskilda förutsättningar ingripa med tvång i fråga om patienter med en allvarlig psykisk störning. Vård mot den enskildes vilja får ske, dock endast i undantagsfall och, såvitt är aktuellt här, under sådana förutsättningar som anges i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, eller lag

(1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV. Genom LPT och LRV ges samhället befogenhet att avvika från den grundläggande frivillighetsprincipen och ges dessutom befogenhet att, under vissa förutsättningar, göra ytterligare ingrepp i den enskildes grundlags- och konventionsskyddade fri- och rättigheter genom beslut om särskilda tvångsåtgärder såsom fastspänning eller avskiljning.

Eftersom det handlar om tvångsvård och åtgärder som gör intrång i grundläggande fri- och rättigheter ska regelverket tolkas restriktivt. En sådan tolkning föreskrivs av Europadomstolen eftersom tvångsvård är ett undantag från den allmänna rätten till personlig frihet.¹⁶¹ Det har dessutom från lagstiftarens sida uttryckligen framhållits att av tvångslagarnas karaktär av *kompletterande undantagsreglering*, som medger vissa integritetskränkande åtgärder, följer ett allmänt krav på restriktivitet när den tillämpas.¹⁶²

En viktig beståndsdel i rättssäkerhetsbegreppet är bl.a. att det finns någon form av kontrollmekanism av maktapparaten i synnerhet då det är fråga om tvångsvård. I kontrollhänseende ger gällande regelverk patienten rätt att överklaga bl.a. beslut om tvångsvård och vissa beslut om tvångsåtgärder. Verksamheten är även föremål för tillsyn av bl.a. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Justitieombudsmannen (JO) vilket är exempel på sådana oberoende organ som kan medverka till att rättssäkerhetskravet tillgodoses och upprätthålls.

Frågan är om detta kan anses tillfyllest för att säkerställa att man i den praktiska vårdverksamheten, där tolkning och tillämpning av lagstiftningen i första hand sker, tar tillvara såväl patientsäkerheten som den enskildes rättssäkerhet.

7.4.2 Register över verksamheter

För att få kännedom om vilka kliniker som bedriver tvångsvård av barn har utredningen, i det inledande arbetet, försökt kartlägga hur många och vilka kliniker som bedriver sådan vård. En viktig källa är de automatiserade register som enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, ska föras av IVO.

¹⁶¹ Jfr Gustafsson (2010), s. 134.

¹⁶² Prop. 1990/91:58 s. 236.

Enligt 2 kap. 1 § PSL har den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn skyldighet att anmäla detta till IVO senast en månad innan verksamheten påbörjas. Även i de fall verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas, ska detta anmälas inom en månad efter genomförandet. Läggs verksamheten ned, ska det snarast anmälas till inspektionen (2 kap. 2 § PSL).

Ett anmälningförfarande har i första hand motiverats av att tillsynen förutsätter att tillsynsmyndigheten får kännedom om all verksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet och väsentliga förändringar däri.¹⁶³ IVO ska, enligt 2 kap. 4 § första stycket PSL, föra ett automatiserat register över de verksamheter som anmälts. Registret får användas för tillsyn och forskning samt för framställning av statistik. IVO ska också, enligt andra stycket, föra ett automatiserat register över sjukvårdsinrättningar och enheter som avses i 7 kap. 7 § PSL, dvs. sjukvårdsinrättningar där det får ges vård enligt LPT, LRV och enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Detta register får användas för tillsyn, forskning, framställning av statistik och för placering av patienter. Kompletterande föreskrifter till anmälnings-skyldigheten i PSL och vad ett register får innehålla finns i patient-säkerhetsförordningen (2010:1369), förkortad PSF. När det gäller sjukvårdsinrättningar som bedriver vård enligt LPT och LRV ska, enligt 2 kap. 1 § PSF, anmälan bl.a. innehålla uppgifter om verksamhetens inriktning, vem som är verksamhetschef, vem som är chefs-överläkare och vem som är säkerhetsansvarig.

Verksamheters uppsåtliga eller oaktsamma underlåtenhet att anmäla verksamhet eller förändringar av verksamheten är bötest sanktionerat i 10 kap. 1 § PSL. Av 7 kap. 23 § PSL framgår att om IVO får kännedom om att någon har brutit mot en bestämmelse som gäller verksamhet som står under inspektionens tillsyn, ska myndigheten vidta åtgärder så att bestämmelsen följs och, om det behövs, göra anmälan till åtal.¹⁶⁴

Utredningen har från ovan nämnda register inte kunnat få ett exakt underlag i fråga om hur många kliniker som vårdar barn och unga enligt LPT eller LRV eftersom IVO:s register inte är uppdä-

¹⁶³ Prop. 1995/96:175, s. 69.

¹⁶⁴ I mål B 116–14, Hovrätten över Skåne och Blekinge, dömde HovR för brott mot patient-säkerhetslagen enligt 10 kap. 4 §. Påföljden bestämdes till villkorlig dom och 40 dagsböter à 50 kronor.

terade. I ett yttrande till JO¹⁶⁵ uttalade IVO bl.a. att det i november 2013 påbörjats ett utvecklingsarbete, som till att börja med koncentrerats på att förbättra de tekniska förutsättningarna för registerföringen. En ny registerplattform beräknades vara på plats med migrerad data i juni 2015. I anslutning till det skulle göras en första kvalitetsrensning av de befintliga uppgifterna i registren. I yttrandet anförde IVO vidare att ett antal utvecklingsaktiviteter planerades med målet att IVO:s register ska ha en hög täckningsgrad och innehålla aktuella uppgifter. IVO uppgav att myndigheten kontinuerligt arbetar med att öka följsamheten till regelverket och förmå verksamheter att i högre grad anmäla såväl nya verksamheter som förändringar i befintliga. IVO påtalade att myndigheten inte har möjlighet att använda sig av sanktioner, t.ex. föreläggande vid vite, mot de verksamhetsutövare som inte fullgör sin skyldighet att anmäla till säkerhetsregistret. Ett sådant lagstöd finns på socialtjänstområdet (13 kap. 8 § och 7 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453)). I sin bedömning förutsatte JO att de åtgärder IVO redogjort för skulle komma att säkerställa att uppgifterna i registret är aktuella.

I IVO:s redovisning av ett regeringsuppdrag 2016¹⁶⁶ påtalades också att myndigheten inte har möjlighet att använda sig av föreläggande gentemot vårdgivarna. IVO konstaterade att om en vårdgivare underlåter att anmäla ny verksamhet eller förändringar av en verksamhet utgör det ett brott som myndigheten kan polisanmäla. IVO kan inte vidta några andra åtgärder som att förelägga verksamheten att vidta rättelse, anför det, vilket enligt IVO får till följd att vårdgivarregistret och omsorgsregistret inte är uppdaterade och tillförlitliga.

IVO:s svårigheter att få vårdgivarna att uppfylla sina skyldigheter har också observerats av Ägarprövningsutredningen som 2015 konstaterade att vårdgivarregistret inte var heltäckande vilket försvårade den utredningens uppskattning av antalet privata vårdgivare. IVO:s egen skattning var då att registret täckte ungefär 70 procent av alla verksamheter i landet.¹⁶⁷ IVO har senare, till Valfärdsutredningen, uppgett att registren är mer fullständiga för verksamhet som är tillståndspliktig, än för annan anmälningspliktig verksamhet.¹⁶⁸ Enligt

¹⁶⁵ Inspektionen för vård och omsorg (2015b) .

¹⁶⁶ Inspektionen för vård och omsorg (2016b).

¹⁶⁷ Ägarprövningsutredningen (SOU 2015:7), s. 218.

¹⁶⁸ Valfärdsutredningen (SOU 2017:38), s. 127.

uppgift från IVO till Valfärdsutredningen gjordes inga polisanmälningar vad gäller vårdgivarregistret under 2016. Däremot gjordes ett antal anmälningar mot bolag som bedrivit hem för vård eller boende (HVB) eller stödboende utan att ha tillstånd för verksamheten. Av de 34 polisanmälningar som IVO gjorde under 2016 lades samtliga ned.¹⁶⁹ IVO efterfrågade därför möjligheten att vidta andra åtgärder, exempelvis att förelägga vårdgivaren att vidta rättelse, vilket Valfärdsutredningen också föreslog.¹⁷⁰ IVO har till denna utredning uppgett att det inte heller under 2017 gjorts någon polisanmälan i fråga om verksamheter som inte uppfyllt sina skyldigheter.

Det är självfallet inte godtagbart att lagstadgad anmälningsplikt inte följs. Det är heller inte tillfredsställande att register vars syfte i grunden är att tillsynsmyndigheten ska ha kännedom om vilka vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet inte är uppdaterade och korrekta. Det ligger utanför denna utrednings uppdrag att föreslå något i fråga om registerhanteringen. Det är emellertid för denna utrednings förslag av stor vikt att det finns en total kontroll över vilka kliniker som bedriver tvångsvård av barn. Det är utredningens bedömning att IVO genom ändrad lagstiftning i enlighet med Valfärdsutredningens förslag, eller på annat sätt, måste säkerställa att registren är uppdaterade. Eftersom anmälan till åtal är den enda möjligheten för IVO enligt dagens lagstiftning bör enligt utredningens mening i vart fall den åtgärden vidtas.

7.4.3 Tillsyn

Allmänt

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har tillsyn över bl.a. socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Enligt 7 kap. 1 § PSL, står hälso- och sjukvården och dess personal under tillsyn av IVO. Med *hälso- och sjukvård* avses, enligt 1 kap. 2 § PSL, bl.a. verksamhet som omfattas av HSL vilket innebär att sådan verksamhet som bedrivs med stöd av LPT och LRV innefattas i tillsynen (jfr 1 § LPT).

Tillsyn enligt PSL innebär, enligt 7 kap. 3 § första stycket, granskning av att den verksamhet och den personal som avses i bl.a. 1 §

¹⁶⁹ Valfärdsutredningen (SOU 2017:38), s. 204.

¹⁷⁰ Valfärdsutredningen (SOU 2017:38), s. 127 f.

uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Denna generellt formulerade bestämmelse kompletteras av en bestämmelse i andra stycket där det preciseras vad tillsynen av hälso- och sjukvården främst syftar till; tillsynen ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. PSL, dvs. att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Med *patientsäkerhet* avses, enligt 1 kap. 6 § PSL, skydd mot vårdskada. Begreppet patientsäkerhet är nära förknippat med begreppet god vård vars innebörd bl.a. framgår av 5 kap. 1 § HSL. I begreppet god vård ligger bl.a. att vården är av god kvalitet och tillgodoser patientens behov av trygghet och säkerhet i vården. Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Hög patientsäkerhet förutsätter också att andra lagar och föreskrifter som gäller inom hälso- och sjukvården följs. Att t.ex. tillhandahålla vård som inte står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet kan innebära risker för vårdskada och därmed en fara för patientsäkerheten.¹⁷¹

Enligt förarbetena till PSL bör tillsynsuppdraget korrespondera med detta, i förhållande till tidigare lagstiftning, ökade fokus på vårdgivarnas ansvar. Verksamhetstillsynen bör således, sägs i motiven, i än högre utsträckning än vad som gällde tidigare, inriktas på kontroll av att vårdgivarna fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. PSL.¹⁷² Såvitt gäller tillsynsbegreppet har i förarbetena uttalats att tillsynens primära uppdrag ska vara att som oberoende och självständig myndighet utföra granskning som syftar till kontroll av att den som är föremål för tillsynen uppfyller de krav som följer av olika författningar på hälso- och sjukvårdsområdet. Därutöver ska tillsynen genom exempelvis råd och vägledning medverka till att skapa goda förutsättningar för god vård och hög patientsäkerhet.¹⁷³

IVO ska även, enligt 7 kap. 7 § första stycket PSL, utöva tillsyn över säkerheten vid sjukvårdsinrättningar där det får ges vård enligt LPT eller LRV samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Begreppet *säkerhet* avser i detta sammanhang dels samhällets skydd mot personer som är intagna för psykiatrisk tvångsvård eller rätts-

¹⁷¹ Prop. 2009/10:210, s. 191.

¹⁷² Prop. 2009/10:210, s. 127.

¹⁷³ Prop. 2009/10:210, s. 127.

psykiatrisk vård, dels säkerhet i vården för de intagna och för personalen på vårdinrättningarna.¹⁷⁴

När det gäller säkerheten i arbetsmiljön är det en annan lagstiftning. De förtroendevalda politikerna i fullmäktige och nämnderna har det yttersta ansvaret som arbetsgivare. Arbetsgivaren fördelar uppgifter för arbetsmiljöarbetet till andra, men det juridiska arbetsmiljöansvaret ligger alltid kvar hos arbetsgivaren. Arbetsgivaren ska säkerställa att de personer som har ansvar för en arbetsmiljöuppgift även har tillräckliga befogenheter, resurser och kunskaper för uppgiften. Alla arbetstagare ska ha tillräcklig kunskap och kompetens för att kunna arbeta så riskfritt som möjligt.¹⁷⁵

Samtal med barn vid tillsyn

Enligt 7 kap. 5 § PSL *får*, vid tillsyn som rör barns förhållanden, barnet höras om det kan antas att barnet inte tar skada av samtalet. Barnet får höras utan vårdnadshavarens samtycke och utan att vårdnadshavaren är närvarande. Bestämmelsen har införts mot bakgrund av att barnkonventionen bl.a. innebär att barn och unga ska ha rätt att komma till tals i frågor som rör dem.

I förarbetena har framhållits att i genomförandet av tillsyn är en viktig del i arbetet att få fram underlag för att bedöma om en verksamhet uppfyller de krav som kan ställas, bl.a. när det gäller kvalitet. Hur brukare och klienter uppfattar den verksamhet som man finns inom är då väsentlig. Även i samband med annan tillsyn kan det bli fråga om att på olika sätt ta del av brukares och klienters synpunkter över bemötande samt säkerhets- och rättssäkerhetsfrågor. I förarbetena har vidare anförts att barn och unga otvivelaktigt har rätt att själva bestämma i åtskilliga personliga frågor. I vissa fall följer detta av bestämmelser och i vissa fall anses barnet självt kunna agera om det har tillräcklig mognad och tillräckligt omdöme utan att det finns

¹⁷⁴ Prop. 2009/10:210, s. 215. I andra stycket finns ett bemyndigande enligt vilket regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om säkerhetsanpassning och säkerhetsklassificering av sjukvårdsinrättningar och enheter som ger vård enligt nämnda lagar. Se Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

¹⁷⁵ www.av.se

några regler om det. Flickors och pojkars rätt att själva bestämma ökar successivt allt eftersom de blir äldre och mognare.

Barnkonventionens artikel 12 har av lagstiftaren ansetts vara en viktig utgångspunkt vid tillsyn över hälso- och sjukvården. Det är viktigt att barn och unga som får vård inom hälso- och sjukvården blir synliga och att deras erfarenheter tillmäts betydelse. Regeringen har därför ansett att barns och ungas möjligheter att framföra hur de upplever förhållandena inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård måste underlättas. För att säkerställa att deras åsikter och erfarenheter alltid kan framföras och därigenom kan utgöra underlag för tillsynsmyndighetens granskning av att lagstiftningen efterlevs, måste det inom ramen för ett tillsynsärende finnas möjlighet att höra barn utan att vårdnadshavaren är närvarande eller har samtyckt till detta. Behovet av denna möjlighet ter sig enligt lagstiftaren så starkt att det är berättigat att vårdnadshavarens rätt att bestämma över sitt barn får stå tillbaka till förmån för principen om barns rätt att komma till tals. Barnens egen inställning måste beaktas och samtalen genomföras med respekt för dess integritet. Barnets ålder och mognad har också betydelse för hur ett samtal ska genomföras. Principen om barnets bästa kan innebära att något samtal inte ska genomföras alls. Barnet ska naturligtvis inte höras om det kan tänkas ta skada av samtalet.¹⁷⁶ Bestämmelsen ger tillsynsmyndigheten stöd för att vid tillsyn även tala med små barn om deras upplevelser av olika åtgärder inom hälso- och sjukvården. Regeringen underströk i förarbetena att det är viktigt att tillsynsmyndigheten använder möjligheten att samtala med barn på ett omdömesgillt sätt, och också lyssnar på vårdnadshavare om de kommit med erinringar. Att samtala med barn, utan vårdnadshavares samtycke, innebär ett stort ansvar. Samtalen med barn och unga kräver särskild kunskap och kompetens hos tillsynsmyndigheten, varför tillsynsmyndigheten bör utveckla metoder för hur tillsyn som rör barn och ungdomar ska genomföras.¹⁷⁷

Från den 1 januari 2018 införs en ny bestämmelse i 7 kap. 4 a § PSL enligt vilken IVO, inom ramen för sin tillsyn, ska höra patienter och deras närstående om de förhållanden som tillsynen rör, om detta inte är olämpligt eller obehövligt. Bestämmelsen innebär att IVO i sin tillsyn, t.ex. vid inspektioner, ska inhämta patienters och när-

¹⁷⁶ Prop. 2008/09:160, s. 60 f.

¹⁷⁷ Prop. 2008/09:160, s. 61.

stående synpunkter på den vård som bedrivs. Inhämtandet av patientsynpunkter är inte begränsat till inspektioner.

Synpunkter behöver inte inhämtas om det är olämpligt eller obehövligt. Det kan enligt förarbetena t.ex. vara olämpligt om det på grund av patientens sjukdom vore alltför påträngande att ställa frågor. Om det är obehövligt måste bedömas utifrån tillsynens inriktning. IVO kan t.ex. utan att höra patienten ha tillräckligt underlag för att ta ställning i ärendet. Bestämmelsen gäller även i samband med tillsyn av barns förhållanden.¹⁷⁸ Vad som sägs i förarbetena till 5 § kan vägleda i vilka fall det kan anses olämpligt att höra en patient om patienten är ett barn eller en ungdom. Enbart patientens ålder ska dock inte vara ett skäl för att avstå från att höra patienten, men om patienten är ett barn ska hänsyn tas till ålder och mognad när barnet hörs.¹⁷⁹

Enligt 7 kap. 6 § första stycket PSL, i dess lydelse fr.o.m. den 1 januari 2018, ska IVO säkerställa att patienters erfarenheter fortlopande används som underlag för beslut om tillsynens inriktning. IVO ska, enligt samma bestämmelse andra stycket, kontinuerligt samverka med patientnämnderna och systematiskt tillvarata sådan information som anges i bestämmelsen.¹⁸⁰

Tillsynsärenden

IVO har att hantera en mängd tillsynsärenden som kan initieras på olika sätt. Vid anmälningar från vårdgivare enligt 3 kap. 5–6 §§ PSL, ska IVO säkerställa att händelser som har anmälts till myndigheten utretts i nödvändig omfattning och att vårdgivaren har vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet (7 kap. 8 § PSL).

IVO har också att, enligt 7 kap. 10 § PSL, efter anmälan pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Från den 1 januari 2018 införs ett nytt klagomålssystem (SFS 2017:378) som bl.a. innebär att det i första hand ska vara vårdgivarna som tar emot och besvarar klagomål från patienter och deras närstående. IVO får därmed en begränsad utredningsskyldighet i klagomålsärenden. I anslutning till det förändrade klagomålssystemet införs även en ny

¹⁷⁸ Prop. 2016/17:122, s. 87.

¹⁷⁹ Prop. 2016/17:122, s. 87.

¹⁸⁰ SFS 2017:378.

lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (SFS 2017:372) som reglerar patientnämndernas verksamhet. I den lagen förtydligas att nämndernas huvuduppgift är att hjälpa och stödja patienter med att få sina klagomål besvarade av vårdgivarna. Patientnämnderna ska tillsammans med vårdgivarna utgöra första linjen i det nya klagomålssystemet.

I 7 kap. 11 § första stycket definieras IVO:s utredningsskyldighet enligt den nya lagstiftningen. IVO ska, om berörd vårdgivare har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter enligt 3 kap. 8 b §, enligt *första punkten* utreda klagomål som rör kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård och som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Enligt 7 kap. 11 § första stycket *andra punkten* ska IVO vidare utreda klagomål som rör tvångsvård enligt LPT, LRV eller isolering enligt smittskyddslagen (2004:168). Av samma bestämmelse tredje stycket framgår att klagomål enligt första stycket 2 inte behöver utredas om 1) det är *uppenbart* att klagomålet är obefogat, 2) klagomålet saknar *direkt betydelse* för patientsäkerheten och det *saknas skäl att överväga åtalsanmälan* enligt 23 eller 29 §§ eller 3) det rör ett *beslut som går att överklaga* med stöd av någon av de i första stycket 2 angivna lagarna. Bestämmelserna innebär att klagomål som rör händelser som förekommit under tvångsvård *alltid ska utredas*, såvida klagomålet inte är av sådan beskaffenhet som anges i tredje stycket. Utredningsskyldigheten gäller händelser av *både medicinsk och frihetsinskränkande karaktär* och det finns inget krav på att patienten ska ha drabbats av en skada eller sjukdom under vårdtiden.¹⁸¹

Av 11 § första stycket *tredje punkten* följer att klagomål som rör händelser i samband med hälso- och sjukvård som allvarligt och på ett negativt sätt påverkat eller hotat patientens *självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning* också *alltid* ska utredas. Enligt förarbetena avses med sådana situationer exempelvis om hälso- och sjukvårdspersonal lämnar underlag till straff- eller förvaltningsrättsliga beslut men är jävig i förhållande till den som underlaget gäller.¹⁸² För att den *rättsliga ställningen* ska anses ha blivit *allvarligt* hotad krävs att konsekvenserna av handlandet varit av en viss betydelse. Det kan

¹⁸¹ Prop. 2016/17:122 s. 90.

¹⁸² Prop. 2016/17:122 s. 90.

t.ex. handla om ett intyg som avser rätten till umgänge med barn eller ett intyg som får omfattande ekonomiska konsekvenser för patienten. Det kan också handla om att patientens *samtycke* till en medicinsk åtgärd inte inhämtats eller att patienten utsatts för *frihetsinskränkningar utan stöd av lag*. Vidare omfattas fall där en patient utsatts för en handling som hotat dennes *integritet*. Så kan t.ex. vara fallet vid journalintrång, om patienten blivit *fastspänd*, eller om patienten utsatts för ett *övergrepp* i vården som inte har föranlett något ökat vårdbehov eller en bestående skada. Det bör enligt förarbetena noteras att IVO i dessa fall inte ska göra en straffrättslig utredning. Däremot kan myndigheten komma att behöva göra en åtalsanmälan enligt 7 kap. 23 eller 29 §§ PSL.¹⁸³

IVO ska, enligt 7 kap. 18 § PSL, avgöra ärenden om klagomål genom beslut. Om ett klagomål utretts ska IVO i beslutet uttala sig om huruvida en åtgärd eller underlåtenhet av vårdgivare eller hälso- och sjukvårdspersonal strider mot lag eller annan föreskrift eller är olämplig med hänsyn till patientsäkerheten. Av detta följer, uttalas i förarbetena, att IVO *ska* bedöma om ett handlande varit förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet. Ställningstagandet innebär inte att IVO ska göra en straffrättslig bedömning. Myndigheten har i stället att i vissa fall göra en åtalsanmälan enligt 7 kap. 23 eller 29 §§ PSL. Myndigheten får rikta kritik mot hälso- och sjukvårdspersonal eller mot den vårdgivare som bedriver verksamheten.¹⁸⁴

IVO kan också, på eget initiativ, inleda en utredning mot en vårdgivare eller mot hälso- och sjukvårdspersonal (7 kap. 19 § PSL). Även i initiativärenden gäller bl.a. bestämmelserna om möjligheten att i beslut uttala kritik mot vårdgivare eller hälso- och sjukvårdspersonal (18 §).¹⁸⁵

IVO:s befogenheter

I PSL regleras vilka befogenheter IVO har i sin tillsyn. Enligt 7 kap. 20 § PSL är den som bedriver verksamhet som står under IVO:s tillsyn skyldig att på inspektionens begäran lämna över handlingar, prover och annat material som rör verksamheten och lämna de upplys-

¹⁸³ Prop. 2009/10:210, s. 90.

¹⁸⁴ Prop. 2009/10:210, s. 97 ff. och 221 ff. och prop. 2016/17:122, s. 91.

¹⁸⁵ Prop. 2009/10:210, s. 224.

ningar om verksamheten som inspektionen behöver för sin tillsyn. IVO får förelägga den som bedriver verksamheten eller hälso- och sjukvårdspersonalen att lämna vad som begärs. Ett beslut om föreläggande får förenas med vite.

IVO har enligt PSL rätt att inspektera verksamheter som står under dess tillsyn och hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövning vilket kan ske både genom anmälda och oanmälda inspektioner. Det senare förs uttryckligen in i 7 kap. 21 § PSL den 1 januari 2018. Av förarbetena framgår att enligt Klagomålsutredningen genomförs i praktiken sällan oanmälda inspektioner och att regeringen inte anser att detta är tillfredsställande. Oanmälda inspektioner gör det möjligt att granska hur vården fungerar utan att några förberedelser från verksamhetens ledning har kunnat göras vilket kan vara värdefullt för att få information om hur verksamheten faktiskt och i praktiken fungerar. Regeringen menar att det är en självklarhet att vissa inspektioner ska vara oanmälda, men att det också är viktigt att ha en så hög grad av öppenhet som möjligt och fokusera på god dialog och samverkan med vårdgivare.¹⁸⁶

Regeringen ansåg i likhet med Klagomålsutredningen att oanmälda inspektioner inte alltid är lämpliga i alla typer av verksamheter och därför inte bör vara huvudregel. Det kan dock vara lämpligt med oanmälda inspektioner då det t.ex. är fråga om förhållanden inom *psykiatrisk slutenvård* där förekomsten av tvångsåtgärder, vårdinnehållet och tillgången till aktiviteter för patienterna kan tjäna på att granskas oanmält.¹⁸⁷

Av 7 kap. 22 § PSL framgår att den som utför inspektionen enligt 21 § har rätt att av Polismyndigheten, under de förutsättningar som anges i bestämmelsen, få den hjälp som behövs för att inspektionen ska kunna genomföras.

IVO:s tillsyn av psykiatrisk tvångsvård av barn

Som framgått ovan säger hälso- och sjukvårdslagstiftningen i sig ingenting om vilka verksamheter eller vilken personal som ska bli föremål för tillsyn eller vilka prioriteringar som tillsynsmyndigheten

¹⁸⁶ Prop. 2016/17:122 s. 50.

¹⁸⁷ Prop. 2016/17:122, s. 50.

ska göra. Däremot framgår av IVO:s instruktion (förordning [2013:176] med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg) att tillsynen ska planeras och genomföras med utgångspunkt i myndighetens egna riskanalyser om inte annat följer av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen. IVO kan också på andra sätt få impuls till att öppna ett tillsynsärende t.ex. genom en anmälan enligt Lex Maria eller genom ett enskilt klagomål.

Ett viktigt incitament för IVO:s tillsyn är de underrättelser om vissa tvångsåtgärder som enligt LPT och LRV ska skickas till myndigheten. IVO skall utan dröjsmål underrättas om sådana beslut för att man ska kunna fullgöra sin uppgift som tillsynsmyndighet på bästa möjliga sätt.¹⁸⁸ Att IVO underrättas på föreskrivet sätt är av fundamental betydelse för den enskildes rättssäkerhet och för patientsäkerheten. Enligt förarbetena syftar bestämmelserna till att informera ansvarig tillsynsmyndighet om den tvångsanvändning som förekommer inom vården och det har, för den enskildes trygghet och för utvecklingen av vården, ansetts speciellt viktigt att tillsynsmyndigheten fortlöpande kan följa och studera användningen av olika typer av tvångsåtgärder.¹⁸⁹ Underrättelserna ger också tillsynsmyndigheten möjlighet att ingripa i fall åtgärden i något avseende förefaller tvivelaktig. Föreskrifterna om underrättelseskyldighet har därför av Regeringsrätten¹⁹⁰ ansetts vara av direkt betydelse för säkerheten i vården och att underrättelserna i hög grad rör en fråga där patientsäkerhetsintresset gör sig gällande (RÅ 1988 ref. 14).

Utredningen har från IVO begärt att, i aidentifierat skick, få ta del av samtliga underrättelser avseende tvångsåtgärder rörande barn under åren 2015–2016, dock med uppgift om födelseår och kön. Det kan därvid konstateras att det från IVO inte finns någon möjlighet att få en nationell överblick i fråga om vilka tvångsåtgärder som förekommer, i vilken omfattning och på vilka kliniker de används varken beträffande barn eller vuxna eftersom underrättelserna skickas till respektive regional avdelning. IVO har meddelat att myndigheten inte har någon samlad statistik över underrättelser om beslut av ifrågasvarande tvångsåtgärder och att det heller inte går att skapa den

¹⁸⁸ Prop. 1990/91:58, s. 260 f, prop. 2005/06:195, s. 35.

¹⁸⁹ Prop. 1990/91:58, s. 151. Se även Socialstyrelsens patientregister vari det registreras antal tvångsåtgärder, även de som inte är underrättelsepliktiga.

¹⁹⁰ Numera Högsta förvaltningsdomstolen.

statistiken ur IVO:s ärendehanteringssystem eftersom det skulle krävas en manuell genomgång av de inkomna ärendena.

Som framgått av framställningen ovan har utredningen gått igenom 164 underrättelser avseende fastspänning, avskiljning och inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster i fråga om totalt 37 barn. Så långt det gått att få fram har, enligt uppgift från IVO, underrättelserna föranlett tillsyn i fyra ärenden. I dessa ärenden har IVO exempelvis påtalat vikten av korrekt dokumentation i ett ärende där hälso- och sjukvårdens agerande gav intryck av att man kringgått reglerna om tiden för avskiljning. I ett annat ärende hade en avskiljning avslutats samma dag som inspektionen ägde rum och IVO fann inte skäl att kritisera verksamheten. I det tredje ärendet identifierades en rad brister avseende tillämpningen av tvångsåtgärder och det konstaterades att vissa rutiner för LPT inte var förenliga med gällande lag och föreskrifter. IVO bedömde dock efter ett dialogmöte med verksamheten att de vidtagit tillfredsställande åtgärder.

I IVO:s årsredovisning för 2016 redovisas inte huruvida tillsynen avsett psykiatrisk tvångsvård eller barn i sådan vård. Inte heller i tillsynsrapporten för 2016 är barnen särskilt framträdande, vare sig i den psykiatriska vården generellt eller i tvångsvården. I rapporten konstateras i fråga om psykiatrisk specialistsjukvård att patientsäkerhetsrisker uppstår när samverkan brister och att bl.a. barn och unga med psykiatriska diagnoser är sårbara.¹⁹¹ Detta kan jämföras med vad som gäller i fråga om barn i socialtjänstens verksamhet där det finns en författningsreglerad styrning att inspektioner av varje verksamhet ska ske minst en gång per år. Av årsredovisningen framgår att år 2016 gjorde IVO drygt 1 900 inspektioner av boenden för barn och ungdomar.¹⁹²

¹⁹¹ Inspektionen för vård och omsorg (2017a), s. 39.

¹⁹² Inspektionen för vård och omsorg (2017b), s. 16.

7.4.4 Utredningens överväganden och förslag

Ökad insyn och kontroll

Psykiatrisk tvångsvård innefattar i stor utsträckning myndighetsutövning mot enskilda och tvångsvården behöver omgärdas av särskilda rättssäkerhetsgarantier. Det gäller vuxna, men i än högre grad i fråga om barn som har nedsatt autonomi och därför kan ha svårigheter att ta tillvara sina rättigheter. När det gäller barn finns det skäl att vara särskilt restriktiv när det gäller tvångsåtgärder och det finns därför också skäl att tvångsvården av barn ska vara föremål för särskild kontroll.

Artikel 25 i barnkonventionen ställer krav på att ett barn som har omhändertagits av behöriga myndigheter för omvårdnad, skydd eller behandling av sin fysiska eller psykiska hälsa får rätt till regelbunden översyn av den behandling som barnet får och alla andra omständigheter rörande barnets omhändertagande. Enligt artikel 16 får inget barn utsättas för godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt privat- och familjeliv, sitt hem eller sin korrespondens och inte heller för olagliga angrepp på sin heder och sitt anseende. Barnet har enligt artikel 16.2 rätt till lagens skydd mot sådana ingripanden eller angrepp.

Det är av stor vikt för barn i tvångsvården att deras situation blir föremål för en regelbunden granskning. De barn som utredningen varit i kontakt med har framhållit att en regelbunden insyn i verksamheterna kan motverka missförhållanden och integritetskränkande behandling. Det kan bidra till att stärka barns delaktighet och ge barnet stärkta möjligheter att komma till tals och en upplevelse av att barnets rättigheter tas på allvar.

I Norge finns, vid sidan av Statens helsetilsyn, i psykisk helsevernloven reglerat att det ska finnas en kontrollkommission som efter närmare regler från departementet ska fatta vissa beslut som ålagts dem (§ 6–1). Kommissionens verksamhet avser såväl barn som vuxna. Kontrollkommissionen ska ledas av en jurist, kvalificerad att tjänstgöra som domare, och i övrigt bestå av en läkare och två andra medlemmar. Av de två sistnämnda ska en person ha egen erfarenhet av att vårdas i psykiatri eller ha representerat patientintresset på annat sätt. Medlemmarna utnämns för fyra år åt gången.

Kontrollkommissionen är ålagd en rad olika uppgifter som regleras i psykisk helsevernloven. Exempelvis kan begränsningar i rätten att stå i förbindelse med omvärlden överklagas till kommissionen

(§ 4–5). Samma gäller vid beslut om undersökning av rum och ägodelar och vid kroppsvisitation (§ 4–6). Också användningen av mekaniska tvångsmedel, såsom fastspänning i bälte, avskiljning och fasthållning kan överklagas till kontrollkommissionen (§ 4–8). Enligt psykisk helsevernforakriften ska kontrollkommissionen minst en gång per månad besöka institutioner eller avdelningar som är godkända för att ha ansvar för patienter i slutna psykiatrisk tvångsvård (§ 62). Andra institutioner och privat vård ska besök ske minst fyra gånger per år. Något av besöken bör vara oanmält. I Norge finns ett sextiototal kommissioner, en eller flera knutna till de vårdinrättningar som bedriver psykiatrisk vård.

Det är utredningens mening att det är angeläget att barnrättsperspektivet införlivas i den psykiatriska vården och i de olika kontrollfunktioner som finns. Flera av utredningens förslag avser att verka i den riktningen. Det följer ett stort ansvar när samhället griper in i barns och deras familjers liv. Det är en legitimitetsfråga att det ställs höga krav på rättssäkerhet och kvalitet i vården och på att beslut hanteras på ett korrekt sätt. Det behövs också en kunskapsuppbyggnad i fråga om tolkning och tillämpning av rättighetsinskränkande lagstiftning och implementering av kunskapsbaserade och väl beprövade metoder för att minska användningen av tvångsåtgärder.

En förutsättning för att säkerställa att de rättigheter barn tillförsäkras genom barnkonventionen är en ändamålsenlig, regelbunden tillsyn avseende såväl rättssäkerhet som vårdinnehåll. Tillsyn av psykiatrisk tvångsvård där barn vårdas med stöd av LPT eller LRV sker inte regelbundet i dag (se avsnitt 6.3.2). Utredningen menar att en oregelbunden och sporadisk tillsyn inte är tillräcklig när det gäller barn i en slutna miljö där samhället har påtagit sig ett särskilt ansvar.

Regeringen har ansett att barn och unga som placerats på hem för vård eller boende (HVB) är en särskilt utsatt grupp och att det inte är acceptabelt att barn och unga som samhället tagit över ansvaret för, inte får den omvårdnad och trygghet de har rätt till. Regeringen har vidare ansett det viktigt med kontinuitet i tillsynen av HVB särskilt när det gäller verksamheter som riktar sig till barn och unga, att det behöver ske löpande och med förhållandevis korta intervaller. Särskilt viktigt är detta, menade regeringen, när det gäller sådana institutionsmiljöer som kan betraktas som mer eller mindre slutna.

Regeringen har även påtalat vikten av att de som utövar tillsynen träffar barnen och de unga och har möjlighet att tala med dem.¹⁹³ För att markera vikten av kontinuerlig tillsyn och barnrättsperspektivet i denna tillsyn har regeringen i socialtjänstförordningen (2001:937), förkortad SoF, infört en bestämmelse om kontinuerlig tillsyn av barn.

Samma resonemang är direkt överförbart i fråga om barn som vårdas i slutna psykiatrisk tvångsvård. Det handlar om ett relativt litet antal barn, 302 stycken, som vårdas med tvång på cirka 15 kliniker. Klinikerna bör enligt utredningens mening bli föremål för kontinuerliga besök, där även barn ska ha rätt att få komma till tals i den mån barnet så önskar. Besök ska även göras om det under vårdtiden uppkommer skäl därtill, t.ex. med anledning av de underättelser som enligt särskilda bestämmelser ska skickas in till myndigheten. Besöken avses inte enbart vara fråga om en kontroll utan de bör i hög grad präglas av ett stöd till klinikerna där det utifrån lagstiftning, vetenskap och beprövad erfarenhet m.m. kan föras ett resonemang som i förlängningen kan leda till ett minskat behov av tvångsåtgärder. Besöken ska utgöra ett stöd till vårdgivarna i arbetet med att ge tvångsvårdade patienter en god vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och bidra till att höga rättssäkerhetskrav tillgodoses. I arbetet kan med fördel det underlag för rutiner vid kollegial revision som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tagit fram tjäna som modell. I materialet ges en utförlig beskrivning av hur en kollegial revision kan genomföras, vilka områden som behöver belysas, viktiga frågor att ställa till patienterna och hur resultatet bör återkopplas.¹⁹⁴

Den närmare regleringen av en intensifierad kontrollverksamhet behandlas i det följande.

Vem ska utföra kontrollen?

Som framgått ovan har IVO i enlighet med regleringen i PSL tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal. I förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg anges i 1 § att IVO har som huvudsakliga uppgifter att 1) svara för

¹⁹³ Prop. 2008/09:160, s. 63.

¹⁹⁴ Sveriges Kommuner och landsting (2012).

tillsyn inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet, socialtjänst samt verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, 2) som en del av tillsynen pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal enligt bestämmelserna i PSL, och 3) svara för tillståndsprovning inom de områden som anges i 1. Verksamheten ska bedrivas strategiskt och effektivt samt på ett enhetligt sätt inom landet.

Syftet med tillsynen är, enligt 2 § instruktionen, att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Tillsynen ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser om inte annat följer av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen. Tillsynen ska även innefatta kontroll av hur verksamheterna fullgör sin skyldighet att bedriva egenkontroll.

En reglering om regelbunden tillsyn, s.k. frekvenstillsyn, finns inom ramen för IVO:s verksamhet i bl.a. socialtjänstförordningen (2001:937), förkortad SoF. Enligt 3 kap. 19 § SoF ska IVO:s tillsyn över stödboenden och hem för vård eller boende (HVB) som tar emot barn eller unga omfatta regelbundna inspektioner. Inspektioner ska göras minst en gång per år. IVO ska i anslutning till en inspektion samtala med de barn och unga som samtycker till det.

Vid införandet av regleringen i SoF år 2010 skulle IVO, regelbundet och kontinuerligt, inspektera bl.a. HVB-hem minst två gånger per år, varav en av inspektionerna skulle vara oanmäld. Bakgrunden till att frekvenstillsynen numera, från och med den 1 januari 2016 (SFS 2015:995), endast ska göras en gång per år och att kravet på minst en oanmäld inspektion tagits bort är att IVO vid ett flertal tillfällen efter tiden för inrättandet av myndigheten lyft fram och föreslagit att regeringen ska avskaffa det förordningsstyrda kravet på frekvenstillsyn för boende för barn och unga, bl.a. i myndighetens budgetunderlag för 2016–2018 samt i remissvar över delbetänkandet Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga (SOU 2014:3). Enligt IVO är regeländringen viktig för att myndigheten ska kunna bedriva en effektiv tillsyn och för att möjliggöra en mer effektiv fördelning av tillsynens resurser. IVO har ansett att tillsynen av boenden för barn och unga i likhet med övrig verksamhet som IVO har tillsyn över ska omfattas av myndighetens riskanalys. Ett borttagande av frekvenskravet skulle enligt IVO öka utrymmet för att genomföra egeninitierad tillsyn baserad på myndig-

hetens egna riskanalyser. IVO menade att frekvenskravet gör att omfattande personalresurser läggs på att granska boenden som vid tidigare inspektioner visat på en god kvalitet och som vid en riskbedömning skulle prioriteras lågt. Det hänvisas även till att i förarbetena inför bildandet av IVO betonats vikten av att den nya myndigheten i större utsträckning än tidigare tillsynsmyndighet ska planera sin tillsyn utifrån egen riskanalys och bedömning vilket finns tydligt formulerat i myndighetens regleringsbrev. IVO har också hänvisat till att de senaste årens frekvenstillsyn inneburit att myndigheten har en god kännedom om boenden för barn och unga och vilka verksamheter som fungerar bra och är av god kvalitet.¹⁹⁵

Regeringen fann emellertid att det alltjämt är viktigt med kontinuitet i tillsynen av HVB som riktas till barn och unga, och att detsamma bör gälla även stödboenden. Detta är viktigt för att upprätthålla en god kännedom om verksamheterna och säkerställa att barn och unga som samhället övertagit ansvaret för får den omvårdnad och trygghet som de har rätt till. Särskilt viktigt är detta, menade regeringen, när det gäller boendemiljöer för barn och unga som kan betraktas som mer eller mindre slutna. Tillsynen i dessa verksamheter behöver ske löpande och med regelbundna intervaller.¹⁹⁶

Regeringen menade att hela den sociala tillsynen i hög utsträckning berör människor som av olika skäl är särskilt utsatta, varav många inte förmår hävda sina egna rättigheter och intressen eller föra sin egen talan. Det är därför viktigt, anförde regeringen, med en tillsyn som fungerar trovärdigt och rättssäkert för alla socialtjänstens målgrupper. För att tillsynen ska fungera och för att resurserna ska räcka till är det också angeläget att den är effektiv och utövas med tydliga prioriteringar och strategiska riskanalyser, vilket ansågs tala för att ta bort frekvenskravet. De invändningar som finns mot en författningsreglerad frekvenstillsyn bl.a. när det gäller resurser och tillsynsmyndighetens möjligheter att bedriva en riskbaserad tillsyn måste dock, anförde regeringen, vägas mot samhällets ansvar och åtaganden gentemot de av socialtjänsten placerade barnen. Regeringen underströk att en förändring av frekvenskravet endast innebär en ändring av tillsynsmyndighetens *minimiskylldighet* och att verksamheterna ska inspekteras flera gånger per år om det behövs. Det

¹⁹⁵ Prop. 2015/16:43, s. 54 f.

¹⁹⁶ Prop. 2015/16:43, s. 55.

bör innebära, anförde regeringen vidare, att IVO kommer att inspektera verksamheter som brister vid fler tillfällen än en gång under ett år. Regeringen överlämnade åt tillsynsmyndigheten att bedöma när inspektionerna bör vara anmälda och när de bör genomföras oanmälda. Regeringen ansåg dock att det är viktigt att IVO i sin tillsyn använder sig av båda metoderna och att val av metod bör utgå från syftet med inspektionen.¹⁹⁷

Barn som vårdas i psykiatrisk tvångsvård är i lika hög grad som barn inom den sociala verksamheten särskilt utsatta. Inte heller dessa barn förmår att hävda sina rättigheter och intressen eller föra sin egen talan. De riskerar dessutom att, om förutsättningarna är uppfyllda, i den slutna vårdmiljön utsättas för olika tvångsåtgärder som regleras i tvångslagarna. Det är därför viktigt att även denna verksamhet blir föremål för en regelbunden insyn och kontroll. Tillsyn bör därför ske löpande och kontinuerligt. Därvid är det inte tillräckligt att man på ett generellt plan har kännedom om vilka verksamheter som fungerar väl. Det handlar också om att i det enskilda fallet säkerställa att rättssäkerhets- och patientsäkerhetsintresset tillgodoses.

Enligt utredningens mening ligger det närmast till hands att föreslå att en frekvenstillsyn i fråga om barn och unga i psykiatrisk tvångsvård ska ankomma på IVO. Detta kan i så fall kan regleras i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), förkortad PSF. Att IVO har tillsyn över hälso- och sjukvården och att myndigheten vid tillsynen får och ska samtala med barn framgår redan av PSL.

Mot bakgrund av det resonemang som redogjorts för ovan i fråga om IVO:s riskbaserade tillsyn och möjligheten att ta bort frekvenskravet i fråga om HVB är utredningen dock tveksam till att föreslå en sådan konstruktion som riskerar att påverka effektiviteten i IVO:s tillsynsverksamhet.

Därtill kommer den omständigheten att utredningen ser en nationell funktion som en förutsättning för en reell kunskapsuppbyggnad i fråga om den psykiatriska tvångsvården av barn. Utredningen anser att det är väsentligt att en kontinuerlig uppföljning och kontroll av den psykiatriska tvångsvården av barn har en nationell totalbild vad avser vilka kliniker som bedriver sådan vård, hur många barn det rör sig om, förekomsten av tvångsåtgärder, anledningen till att tvångsåtgärder behöver vidtas, personal- och kompetensfrågor i samband

¹⁹⁷ Prop. 2015/16:43 s. 55.

med tvångsåtgärder m.m. Enligt utredningens mening finns inte ett sådant nationellt perspektiv i dag, utan information får sökas hos varje regional avdelning hos IVO.

I Bergwallkommissionens betänkande, som i och för sig rör rättspsykiatrisk vård, framfördes i en särskild underlagspromemoria en rad iakttagelser avseende tillsynen. Bl.a. framkom att verksamheterna efterfrågat en mindre repressiv och mer stödjande tillsyn och det påtalades att tillsynsmyndighetens bedömningar påtagligt varierade mellan de sex regionala tillsynsenheterna. I underlagspromemorian föreslogs att det borde övervägas att samla den rättspsykiatriska tillsynen till en nationell enhet vid myndigheten.¹⁹⁸ Vad gäller att samla tillsynen av den rättspsykiatriska vården i en nationell enhet vid myndigheten anförde IVO i sitt remissvar¹⁹⁹ att myndigheten har byggt upp strukturer för enhetliga bedömningar och beslut inom befintlig organisation vilket ansågs möta det efterfrågade behovet.

Utredningen har inte på något enkelt sätt hos IVO kunnat få uppgifter om vilka kliniker som vårdar barn med tvång, hur många de är och vilken tillsyn som genomförts m.m. Utredningen menar att den nationella struktur IVO talar om i remissvaret i praktiken inte medger kunskapsuppbyggnad och riskbedömning ur ett nationellt perspektiv, utan en manuell genomgång av ärenden hos respektive avdelning. Det är utredningens uppfattning att den regionala handläggningen är en nackdel för samsynen när det gäller verksamhet med små och få enheter som barn- och ungdomspsykiatriska kliniker om inte erfarenheterna samlas nationellt. En nationell samordning och kunskapsbank är viktigt för att tillgodose berättigade krav på rättssäkerhet och patientsäkerhet i den slutna psykiatriska tvångsvården.

Mot bakgrund av vad som anförts ovan avstår utredningen från att föreslå att IVO, inom ramen för sin tillsyn, även ska ansvara för en frekvenstillsyn på detta område. Det hindrar emellertid inte att utredningen ändå menar att en regelbunden tillsyn och insyn i verksamheterna är nödvändig. Utredningen föreslår i stället att det, vid sidan av IVO:s tillsyn, ska finnas ett nationellt organ som särskilt har att hantera den psykiatriska tvångsvården av barn. IVO:s tillsyn avses inte påverkas annat än marginellt i fråga om tillsynsinsatser och

¹⁹⁸ Bergwallkommissionen (SOU 2015:52), s. 681 f.

¹⁹⁹ Inspektionen för vård och omsorg (2015a).

befogenheter utan det ligger fast utifrån PSL, myndighetsinstruktion och regleringsbrev.

Frågan är då hur en regelbunden tillsyn ska organiseras. En möjlighet är att det inrättas en särskild centralt belägen myndighet som ska ha ett visst utvecklings- och kontrollansvar över psykiatrisk tvångsvård, initialt såvitt gäller barn. En modell som därvid kan tjäna som utgångspunkt är regleringen av Säkerhets- och integritetsskyddsnämnden (lag [2007:980] om tillsyn över viss brottsbekämpande verksamhet). I en särskild lag – lag om särskild kontroll av psykiatrisk tvångsvård – kan regleras att lagen ska gälla vid vård enligt LPT och LRV och att det ska finnas ett särskilt kontrollorgan, Nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård för barn, som enligt vad regeringen, eller den myndighet regeringen föreskriver, ska utföra ett visst kontroll- och utvecklingsarbete. Frågan om sekretess kan i likhet med vad som gäller för Säkerhets- och integritetsskyddsnämnden regleras i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL. Nämndens närmare uppgifter och sammansättning kan regleras i förordning.

En annan möjlighet är, vilket också är utredningens bedömning, att det inrättas ett särskilt utvecklings- och kontrollorgan – nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård för barn – med IVO som värmyndighet. Nämndens uppgifter och sammansättning bör regleras i förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

Nämndens uppgifter bör innefatta besök på vårdinrättningar som bedriver psykiatrisk tvångsvård av barn en gång per månad och annars när skäl därtill uppkommer. Nämnden ska vidare vara mottagare av de underrättelser om vissa tvångsåtgärder avseende barn som i dag ska skickas till IVO. Den föreslagna särskilda underrättelsen om tvångsåtgärder vid tre tillfällen under en vårdperiod bör också tillställas nämnden och föranleda en kontakt och ett resonemang med vården vilket också kan medföra att nämnden bedömer att det behövs ytterligare besök. Vid besöken bör såväl vårdmiljö som personalsituation uppmärksammas liksom användningen av tvångsåtgärder, medicinering utan samtycke, om eventuellt förekommande ordningsregler går utöver vad lagstiftningen medger, att patienten fått erforderlig information, att barn fått komma till tals

och att barnets bästa beaktats gärna i enlighet med det underlag för kollegiala revisioner som beskrivs ovan.²⁰⁰ Det bör ankomma på nämnden att vid sina besök, och på annat sätt, sprida information om t.ex. rättspraxis, JO:s beslut och om IVO:s beslut av relevans för psykiatrin. Nämnden bör även göra genusbaserade kartläggningar avseende förekomsten av tvångsåtgärder liksom annan kartläggning där behov finns. Eftersom underrättelser om tvångsåtgärder avseende barn ska skickas till nämnden bör nämnden, i likhet med vad som gäller IVO, lämna uppgifter till Socialstyrelsen i enlighet med 22 § SoF.

Nämnden ska ha rätt att ta del av journalhandlingar och andra uppgifter som behövs för nämndens verksamhet liksom att samtala med barn, även utan vårdnadshavares samtycke. Nämnden ska ha befogenhet att uttala sig om iakttagna förhållanden, påtala brister och föreslå hur hanteringen kan förbättras, men ska vara skyldig att underrätta IVO om förhållanden som kan föranleda någon åtgärd av tillsynsmyndigheten eller om vårdinrättningen inte vidtar rättelse efter påpekanden. Ett inrättande av en särskild nämnd avses alltså inte annat än marginellt påverka IVO:s ordinarie tillsynsverksamhet. Befogenheterna att ålägga vårdgivarna att vidta rättelse genom föreläggande eller andra åtgärder ska alltså ankomma på IVO. Det måste också finnas en ömsesidig underrättelseskyldighet mellan IVO och den föreslagna nämnden så att respektive verksamhet på ett övergripande plan tillsammans kan verka i främjande riktning.

Utredningen menar att sammansättningen i nämnden är viktig för nämndens legitimitet både i förhållande till vårdgivarna och i förhållande till IVO. Nämnden bör bestå av en jurist, en specialistläkare, en specialistsjuksköterska och en legitimerad psykolog – med ersättare för dessa – samt företrädare för patientorganisationer och för barn och unga.

Nämnden bör utses av regeringen efter förslag från Socialstyrelsen och IVO. Det bör vidare finnas en styrgrupp med representanter från IVO, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt företrädare från patientorganisationer och intresseorganisationer för barn och unga.

Verksamheten i nämnden bör dokumenteras och besöken vid de olika klinikerna protokollföras. Nämnden bör årligen till regeringen

²⁰⁰ Sveriges Kommuner och landsting (2015).

redovisa sin verksamhet med särskilt fokus på hur den faktiska användningen av tvångsåtgärder ser ut och hur de minskar. Redovisningen bör även innefatta hur många ärenden som överlämnats till tillsynsmyndigheten och vilka eventuella åtgärder som tillsynsmyndigheten har vidtagit i förhållande till hälso- och sjukvården.

I likhet med vad som gäller i fråga om Socialstyrelsens rättsliga råd blir verksamheten i nämnden att betrakta som annan medicinsk verksamhet och kommer därför att omfattas av hälso- och sjukvårdsssekretessen i 25 kap. 1 § OSL. Nämndens rätt att ta del av handlingar vid vårdinrättningarna bör regleras i PSL.

7.5 Särskilda uppdrag

För att de nya bestämmelserna ska få genomslag och för att säkerställa att barnrättsperspektivet blir avgörande vid beslut enligt lagen krävs satsningar på kunskaps- och kvalitetsutveckling. Utredningen lämnar därför flera förslag till regeringsuppdrag som syftar till att driva utveckling och öka kvaliteten i den psykiatriska heldygnsvården, inklusive den psykiatriska tvångsvården, för barn. Det är utredningens bedömning att Socialstyrelsen, av regeringen, bör ges i uppdrag att:

7.5.1 Inrätta ett nationellt kunskapscentrum för utveckling av psykiatrisk heldygnsvård för barn

Utredningens bedömning: Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett nationellt kunskapscentrum för utveckling av psykiatrisk heldygnsvård för barn. Kunskapscentrumet ska integreras som en särskild funktion inom myndigheten och syfta till att stimulera och stärka det nationella arbetet med att utveckla och sprida relevant och aktuell kunskap samt ändamålsenliga kunskapsstöd, metoder och arbetssätt till hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med barn i den psykiatriska heldygnsvården, inklusive den psykiatriska tvångsvården. Arbetet i centrumet ska bidra till att de yrkesverksamma som möter och arbetar med barn i den psykiatriska heldygnsvården och tvångsvården har goda förutsätt-

ningar att ge barnen vård av god kvalitet som utgår från barnets behov och rättigheter.

En utgångspunkt för arbetet med innehåll, kvalitet och uppföljning i den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården, inklusive den psykiatriska tvångsvården, är att det finns väl fungerande former för styrning med kunskap. Detta är en förutsättning för den psykiatriska heldygnsvårdens kvalitetsutveckling och för att barnrättsperspektivet ska få genomslag i vården. En effektiv, ändamålsenlig och behovsanpassad styrning med kunskap kräver en systematisk uppföljning av innehåll och resultat och ett sammanhållet arbete på flera nivåer. Staten har dock en särskild roll i att stödja och utveckla effektiva strukturer för kunskapsstyrning genom ett samarbete med hälso- och sjukvårdens huvudmän, verksamheter, professioner, patienter och brukare.

För att stimulera och stärka det nationella arbetet med att utveckla och sprida relevant och aktuell kunskap samt ändamålsenliga kunskapsstöd, metoder och arbetssätt till hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med barn i den psykiatriska heldygnsvården, inklusive den psykiatriska tvångsvården, anser utredningen att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett nationellt kunskapscentrum för utveckling av psykiatrisk heldygnsvård. Arbetet i centrumet ska bidra till att de yrkesverksamma som möter och arbetar med barn i den psykiatriska heldygnsvården har goda förutsättningar att ge barnen vård av god kvalitet som utgår från barnets behov och rättigheter. De frågor som ska aktualiseras i arbetet bör kunna variera över tid, beroende på behoven hos barn och hos vårdens professioner. Utredningen anser emellertid att det är angeläget att vissa frågor särskilt ska belysas i centrumets arbete, bl.a. bemötandefrågor och systematiskt kvalitetsarbete för att undvika tvångsåtgärder. Kunskapscentret bör integreras som en särskild funktion inom myndigheten och vara verksamt under en tvåårsperiod. Därefter bör övervägas om kunskapscentrumet ska införlivas i den nämnd som föreslås i avsnitt 7.4.

7.5.2 Utredda om det finns skäl att reglera krav på kompetens hos verksamhetschefer och chefsöverläkare vid de kliniker som bedriver psykiatrisk tvångsvård för barn

Utredningens bedömning: Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda om det finns skäl att reglera ytterligare krav på kompetens hos verksamhetschefer och chefsöverläkare vid de kliniker som bedriver psykiatrisk heldygnsvård, inklusive tvångsvård, för barn samt se över vilka författningsändringar, och eventuella övergångsregler, som kan behövas för detta.

Arbetet med barn som lider av en allvarlig psykisk störning och som är intagna för vård och behandling vid en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik är ett av hälso- och sjukvårdens svåraste uppdrag. Arbetet är komplext och handlar många gånger om att fatta svåra, och för barn och deras föräldrar, mycket ingripande beslut. Enligt utredningens mening är en förutsättning för att uppnå de högt ställda kraven på rättssäkerhet vid användandet av tvångsåtgärder samt för att uppfylla förpliktelsen om att barnrättsperspektivet tillgodoses vid alla beslut och åtgärder som rör barn att personalen har tillräckliga och relevanta kunskaper. Det yttersta ansvaret för att verksamheten inom den psykiatriska tvångsvården är rättssäker, erbjuder en god vård och att barnperspektivet beaktas vid alla åtgärder som rör barn vilar på verksamhetschefen respektive chefsöverläkaren.

I syfte att öka förutsättningarna för att barn får lämpliga insatser av god kvalitet samt att kraven på rättssäkerhet och barnrättsperspektivets tillämpning tillgodoses i verksamheterna bör regeringen ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda om det finns skäl att reglera krav på kompetens hos verksamhetschefer och chefsöverläkare vid de kliniker som bedriver psykiatrisk heldygnsvård, inklusive tvångsvård, för barn samt se över vilka författningsändringar, och eventuella övergångsregler, som kan behövas för detta. Arbetet bör ske i nära samverkan med Barnombudsmannen (BO) och det arbete som utförs inom ramen för den treåriga satsningen "Barnrätt i praktiken" i syfte att höja kompetensen om barnrättsperspektivet hos myndigheter, kommuner och landsting.

7.5.3 Ta fram en vidareutbildning för verksamhetschefer och chefsöverläkare vid de kliniker som bedriver psykiatrisk tvångsvård för barn

Utredningens bedömning: Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att, tillsammans lämpligt lärosäte, ta fram en vidareutbildning för verksamhetschefer och chefsöverläkare vid de kliniker som bedriver psykiatrisk tvångsvård för barn samt se över om utbildningen ska göras obligatorisk för utövandet av ledningsuppgifter i den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården, inklusive tvångsvården.

I betänkandet föreslår utredningen att flera nya bestämmelser införs i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, vad gäller barn i den psykiatriska tvångsvården. De föreslagna bestämmelserna syftar ytterst till att stärka rättssäkerheten för de barn som tvångsvårdas samt säkerställa att barnrättsperspektivet får ett faktiskt genomslag vid alla åtgärder och beslut som rör barn. Som ovan framgått är verksamhetschefen respektive chefsöverläkaren ytterst ansvariga för verksamheten och att dessa innehar tillräcklig kunskap för att tolka lagens bestämmelser och säkerställa att barnets bästa beaktas och utreds i alla frågor som rör barn är en viktig förutsättning för att utredningens förslag ska få ett faktiskt genomslag i verksamheterna. Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att, tillsammans med lämpligt lärosäte, ta fram en vidareutbildning för verksamhetschefer och chefsöverläkare vid de kliniker som bedriver psykiatrisk heldygnsvård, inklusive tvångsvård, för barn. Innehållet i utbildningen bör avgöras tillsammans med lärosätet och de aktörer som Socialstyrelsen ska samråda med inom ramen för uppdraget. Grundläggande kunskaper om tvångsvårdslagstiftningen, barns rättigheter samt metoder för utredning och bedömning av barnets bästa bör emellertid ges utrymme inom ramen för utbildningen. Utbildningen bör kunna läsas parallellt med ordinarie arbete och genomföras på halvtid under två terminer. I framtagandet av utbildningen bör Socialstyrelsen samverka med Barnombudsmannen (BO), professionsföreningar, barn med egen erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård och tvångsåtgärder, patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt de övriga aktörer som Socialstyrelsen finner relevanta för uppdragets genomförande. Inom ramen för uppdraget bör Socialstyrelsen utreda

om utbildningen ska göras obligatorisk för utövandet av ledningsuppgifter i den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården, inklusive tvångsvården, samt se över vilka författningsändringar, och eventuella övergångsregler, som kan behövas för detta.

7.5.4 Genomföra en särskild översyn av bestämmelserna om medicinskt ledningsansvar i den psykiatriska tvångsvården för barn

Utredningens bedömning: Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en särskild översyn av bestämmelserna om medicinskt ledningsansvar i den psykiatriska heldygnsvården, inklusive, tvångsvården för barn. Översynen ska genomföras i syfte att tydliggöra hur ledningsansvaret inom den psykiatriska heldygnsvården bör vara utformat för att säkerställa att de barn som tvångsvårdas får tillgång till allsidiga vård- och behandlingsinsatser av såväl medicinsk som psykologisk och omvårdande karaktär. Socialstyrelsen ska vid behov föreslå ny lagstiftning inom området.

Frågan om det medicinska ledningsansvaret inom hälso- och sjukvården är på många sätt komplex. Vad gäller den psykiatriska tvångsvården kan det emellertid konstateras att ledningsansvaret är långt ifrån oviktigt när det kommer till frågor om vård- och behandlingsinnehåll samt förutsättningar för verksamheternas kvalitetsutveckling. Det är utredningens uppfattning att tillgången till ett allsidigt vård- och behandlingsutbud med såväl medicinska som psykologiska, psykosociala och omvårdande inslag är en viktig kvalitetsfråga inom den psykiatriska heldygnsvården, inklusive tvångsvården. Att säkerställa tillgången till medicinsk, psykologisk och omvårdande kompetens är särskilt angeläget när vården sker med tvång, och i synnerhet om verksamheten har en inriktning mot barn med allvarlig psykisk ohälsa. För att möjliggöra ökad effektivitet, bättre resultat och säkerställa att de barn som vårdas inom den psykiatriska heldygnsvården får tillgång till allsidiga behandlingsinsatser torde det vara av betydelse att olika kunskapsområden ska kunna hävda sig jämbördigt.

Socialstyrelsen bör därför genomföra en särskild översyn av bestämmelserna om medicinskt ledningsansvar i den psykiatriska heldygnsvården, inklusive tvångsvården, för barn. Inom ramen för översynen ska Socialstyrelsen bedöma om det kan finnas förutsättningar för att inom den psykiatriska vården för barn, komplettera det nuvarande medicinska ledningsansvaret med psykologiskt ledningsansvar och omvårdnadsledningsansvar samt överväga hur ansvarsförhållandena mellan dessa ledningsfunktioner skulle vara utformat. Under uppdragets genomförande bör Socialstyrelsen samråda med berörda professionsföreningar och de övriga aktörer som Socialstyrelsen finner relevanta för uppdragets genomförande. Socialstyrelsen ska vid behov föreslå ny lagstiftning.

7.5.5 Utreda om det finns skäl att reglera ytterligare krav på den barn- och ungdomspsykiatriska tvångsvårdens lokaler

Utredningens bedömning: Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda om det finns skäl att reglera ytterligare krav på den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvårdens lokaler med hänsyn till patientsäkerhet och vårdens ändamålsenlighet. Socialstyrelsen bör vidare se över vilka författningsändringar, och övergångsregler, som kan behövas för detta samt föreslå författningsförslag.

I avsnitt 6.3.3 har utredningen konstaterat att den psykiatriska heldygnsvårdens lokaler har betydelse för det vård- och behandlingsinnehåll som bedrivs på vårdenheter och för barnens möjligheter till utevistelse i samband med vården. I samtal med barn och unga med erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård och med vårdens professioner har vidare framkommit att ett hinder för att bedriva en god och säker vård är trånga och icke-ändamålsenliga lokaler och en vårdmiljö som inte bidrar till en god vård och rehabilitering. Professionerna uppger att de nuvarande vårdlokalerna oftast är anpassade efter den somatiska vården och därmed saknar ändamålsenliga ytor för t.ex. avskiljning. Det finns inte sällan behov av mer ändamålsenliga intag, i syfte att undvika våldsamma situationer, och på de flesta vårdenheter saknas s.k. ”lugna rum” som är en förebyggande insats

mot oro och ångest samt rum för sysselsättning eller fysisk aktivitet. De barn och unga samt de professionsföreträdare som utredningen har talat med menar att dessa typer av brister vad gäller lokalernas utformning sammantaget ökar risken för att tvångsåtgärder ska behöva vidtas och påpekar att lokalernas utformning således måste ägnas särskild uppmärksamhet i planeringen och genomförandet av hälso- och sjukvårdens insatser.

Det är utredningens uppfattning att barn som är under samhällets skydd och vårdas mot sin vilja i den psykiatriska tvångsvården till det yttersta måste garanteras en fysisk och emotionell vårdmiljö som är trygg och säker för barnet. En viktig förutsättning för att vården ska vara trygg och säker för barnet är att de lokaler där vården bedrivs är ändamålsenliga i förhållande till verksamhetens uppdrag och inriktning samt att lokalerna är fysiskt och materiellt utformade för att tillgodose patientsäkerheten i vården. Sådana krav måste, enligt utredningens mening, vad gäller barn i den psykiatriska tvångsvården, ställas högt. Alla barn måste skyddas mot integritetskränkande behandling och erbjudas en god vård som upprätthåller respekten för barnets mänskliga rättigheter. För att säkerställa detta är en förutsättning att de lokaler där barn vårdas är utformade så att tvångsåtgärder i största möjliga mån kan undvikas och att – när tvång ändå måste användas – att åtgärderna är försvarliga och kan genomföras med största möjliga hänsyn och respekt för barnet.

Socialstyrelsen bör mot bakgrund av det ovanstående utreda om det finns skäl att reglera ytterligare krav på den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvårdens lokaler med hänsyn till patientsäkerhet och vårdens ändamålsenlighet. Socialstyrelsen bör vidare se över vilka författningsändringar, och övergångsregler, som kan behövas för detta. Under uppdragets genomförande bör Socialstyrelsen särskilt beakta barnets bästa, i enlighet med barnkonventionens artikel 3 varigenom det bl.a. framgår att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid *alla* åtgärder som rör barn, vilket även torde inbegripa vid planering och utformning av lokaler där barn vårdas.

8 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Utredningens förslag: Förslagen torde inte kräva något särskilt förberedelsearbete och bör därför kunna träda i kraft den 1 januari 2019. Förslagen kräver ingen övergångsreglering.

Utredningen bedömer att förslagen i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och i patient-säkerhetslagen (2010:659) inte kräver något särskilt förberedelsearbete. Förslagen bör därför kunna träda i kraft den 1 januari 2019.

Förslagen kräver ingen övergångsreglering.

9 Konsekvenser av utredningens förslag

9.1 Inledning

I det följande redovisas konsekvenserna av utredningens överväganden och förslag. Av 14–15 §§ kommittéförordningen (1998:1474) framgår att utredningen ska lämna kostnadsberäkningar och andra konsekvensbeskrivningar med avseende på kostnader eller intäkter för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda. Utredningen ska även bedöma konsekvenserna för den kommunala självstyrelsen, samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt samt eventuella konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags. Utredningen ska också bedöma konsekvenserna för jämställdheten mellan kvinnor och män och för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

9.2 Konsekvenser för barn

Utredningens bedömning: Samtliga förslag syftar till att minska antalet tvångsåtgärder i den psykiatriska vården, stärka barnets rättigheter och bidra till en god vård av hög kvalitet som är trygg och säker för varje enskilt barn.

Syftet med utredningens uppdrag är att stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för de barn som tvångsvårdas och att bidra till kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på tvångsvården. Utgångspunkten för utredningens arbete har varit

att tillvarata barnets bästa och medverka till att barnets rätt att komma till tals och rätten till information förstärks och tydliggörs. I arbetet har utredningen beaktat barnkonventionen och särskilt dess grundprinciper: artikel 2 om icke-diskriminering, artikel 3 om barnets bästa, artikel 6 om rätt till liv, överlevnad och utveckling och artikel 12 om rätten att uttrycka sina åsikter m.m., samt konventionens övriga artiklar. Principen om barnets bästa har varit vägledande i alla delar av arbetet. Utredningen har vidare lagt stor vikt vid att inhämta synpunkter, åsikter och erfarenheter från barn och unga med egen erfarenhet av psykiatrisk heldygnsvård och tvångsåtgärder.

I betänkandet lämnar utredningen en rad författningsförslag och förslag på andra åtgärder som syftar till att användandet av tvångsåtgärder kraftigt minskar och att barns rättigheter stärks. Utredningens bedömning är att förslagen sammantaget kommer att stärka både barnperspektivet och barnrättsperspektivet i den psykiatriska tvångsvården och bidra till en god vård av hög kvalitet som är trygg och säker för varje enskilt barn.

9.3 Ekonomiska konsekvenser

9.3.1 Ekonomiska konsekvenser för staten

Utredningens bedömning: En ökad måltillströmning hos domstolarna kan medföra kostnadsökningar för domstolarna vilket kräver särskild finansiering.

Staten beräknas få nya permanenta kostnader med 10 000 000 kronor per år. Kostnaderna följer av förslaget om ett särskilt utvecklings- och kontrollorgan – nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård – med Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som värdmyndighet.

Utredningens bedömning att regeringen bör ge Socialstyrelsen vissa uppdrag kan komma att innebära vissa merkostnader för myndigheten. Utredningen har inte möjlighet att bedöma om merkostnaderna kan hanteras inom befintliga ekonomiska ramar eller om myndigheten ska tillföras särskilda medel för uppdragens genomförande.

Kostnad för ökat antal överklaganden

Om chefsöverläkarens beslut i fråga om de särskilda tvångsåtgärderna ska kunna överklagas, vilket är utredningens *bedömning* så som har framgått av avsnitt 7.3.13, kan det generera kostnader för staten. Förutom de beslut som kan överklagas enligt gällande bestämmelser (32 och 33 §§ lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, 18 § 6–8 lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV) är det utredningens bedömning att även beslut om fasthållning, fastspänning, avskiljning, vård i enskildhet, försändelsekontroll, kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning ska kunna överklagas.

Det finns ingen statistik som ger en tillförlitlig bild av hur många tvångsåtgärder som kan komma att överklagas. Socialstyrelsens patientregister redovisar uppgifter om antalet inrapporterade tvångsåtgärder som utredningen menar bör kunna överklagas. Totalt inrapporterades till Socialstyrelsens patientregister 680 sådana beslut enligt LPT avseende barn under 2016 (inga redovisade åtgärder enligt LRV).

Det finns heller inga uppgifter i fråga om hur många beslut som i dag överklagas enligt 32 och 33 §§ LPT. Domstolsverket för inte statistik på en sådan detaljnivå att det går att utläsa vilken, eller vilka, typer av beslut som har överklagats.

En jämförelse med uppgifter från Statens institutionsstyrelse (SiS) visar att det år 2016 fattades 761 beslut om avskiljning enligt lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, och 29 beslut enligt lag (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, förkortad LSU, dvs. totalt 790 beslut år 2016. Enligt uppgift från SiS har fyra överklaganden registrerats, vilket motsvarar cirka 0,5 procent av besluten. Inom SiS fattades samma år 855 beslut om vård i enskildhet enligt LVU och 49 beslut enligt LSU, totalt 904 beslut. Av dessa har SiS registrerat åtta överklaganden, ungefär 0,9 procent av besluten. Utredningen om tvångsvård för barn och unga (SOU 2015:71) redovisar ett liknande antal. Utredningen räknade med att cirka 1 procent av de beslut som fattas kring de särskilda befogenheterna överklagats.¹

Av Socialstyrelsens patientregister framgår att det fattas ungefär 680 beslut om tvångsåtgärder enligt LPT och LRV per år, avseende

¹ Utredningen om tvångsvård för barn och unga, (SOU 2015:71), s. 990.

cirka 115 barn. Endast enstaka beslut som avser kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning finns dock inrapporterade. Utgår man ändå från det totala antalet beslut och beräknar att cirka en procent av besluten kommer att överklagas handlar det om sju överklaganden på ett år. Enligt uppgift från Domstolsverket är styckkostnaden för ett psykiatrimål år 2016, i både fasta och löpande priser, 6 937 kronor.² Det innebär i så fall en ökad kostnad för domstolarna med cirka 50 000 kronor per år.

Utredningen om tvångsvård för barn och unga (SOU 2015:71) beräknar att de utökade möjligheterna att överklaga de särskilda befogenheterna inom SiS kan medföra ett femfaldigande av antalet överklaganden.³ Utgår man i stället från en sådan beräkning skulle det innebära en ökning av antalet överklaganden avseende beslut fattade enligt LPT och LRV till i storleksordningen 35 mål per år. Det skulle innebära en kostnadsökning för Domstolsverket med omkring 245 000 kronor. Därtill tillkommer kostnader för ett offentligt biträde i sådana mål. Timkostnadsnormen, enligt förordning (2009:1237) om timkostnadsnorm inom rättshjälpsområdet, är för den som är godkänd för F-skatt 1 359 kronor år 2018, exklusive mervärdesskatt. Vid en uppskattad tidsåtgång om två timmar per mål skulle det innebära en kostnad för staten med cirka 100 000 kronor. För s.k. tidsspillan utgår dessutom 1 215 kronor per timme, dvs. totalt 85 000 kronor för 25 mål. Om sålunda fler tvångsåtgärder ska kunna överklagas, vilket är utredningens bedömning, blir det en sammanlagd kostnad för staten med cirka 430 000 kronor per år i denna del.

Utredningens *förslag* att den som är förordnad som offentligt biträde för någon som är under 15 år, utan särskilt förordnande är den unges ställföreträdare, genererar kostnader för staten. Förslaget innebär dels att fler beslut som redan i dag kan överklagas kan komma att öka något genom det offentliga biträdets roll som ställföreträdare och dels att statens kostnad för offentligt biträde ökar något. Enligt uppgift från Socialstyrelsens patientregister vårdades 57 barn mellan 0–15 år (ålder vid årets slut) enligt LPT år 2016 (inga barn bereddes vård enligt LRV). Det torde inte vara sannolikt att samtliga barn överklagar samtliga beslut. Det är heller inte sannolikt att förvaltningsrätten kommer att besluta i fler mål i fråga om medgivande till

² Se Sveriges Domstolar, (2016), s. 140.

³ Utredningen om tvångsvård för barn och unga, (SOU 2015:71), s. 990.

fortsatt tvångsvård eftersom den genomsnittliga vårdtiden för tvångsvård av barn är cirka 24 dagar. Utgår man från att knappt hälften av antalet vårdade barn, dvs. cirka 25 barn överklagar och har ett offentligt biträde som ställföreträdare torde, med utgångspunkt från de belopp som redovisats ovan, drygt 300 000 kronor komma att belastas staten i denna del.

Den sammanlagda kostnaden för Sveriges domstolar bör sålunda med utredningens *förslag* generera en kostnad om drygt 430 000 kronor per år. Läggts därtill utredningens *bedömning* att fler tvångsåtgärder ska kunna överklagas kommer detta, i fråga om barn, att leda till en kostnad om totalt 730 000 kronor per år. Finansieringen av de ökade kostnaderna bedöms kunna ske genom överföringar från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

Utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård av barn

Förslaget i avsnitt 7.4 att de kliniker som vårdar barn i psykiatrisk tvångsvård ska bli föremål för regelbundna besök i syfte att bidra till kvalitetsutveckling i vården, öka rättssäkerheten för de barn som tvångsvårdas och minska antalet tvångsåtgärder genererar kostnader för staten.

Utredningen föreslår att det i detta syfte ska inrättas ett särskilt utvecklings- och kontrollorgan – nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård – med Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som värdmyndighet. Nämndens uppgifter och sammansättning bör regleras i förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg. IVO:s tillsyn avses inte påverka annat än marginellt i fråga om tillsynsinsatser och befogenheter utan myndighetens uppdrag ligger fast utifrån patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, myndighetsinstruktion och regleringsbrev.

Inrättandet av nämnden medför kostnader för ersättningar till ledamöterna, löner till administrativ personal, reseersättning, expenser, ekonomi- och löneadministration samt diverse avgifter. Det torde också tillkomma kostnader för tekniskt handläggningsstöd. Vid bedömningen av vilken kostnad som kan uppstå för personal och lokaler har utredningen utgått från att nämndens kansli bör

bemannas av sex personer. Detta beräknas till en total årlig kostnad om 10 000 000 kronor. Därtill tillkommer kostnader hos IVO för lokaler, driftskostnader, finansiella kostnader, avskrivningar och nedskrivningar om cirka 150 000⁴ kronor per person, dvs. cirka 750 000 kronor.

Den sammanlagda kostnaden för nämnden bör, med utredningens förslag, generera en kostnad om drygt 10 750 000 kronor per år. Finansieringen av de ökade kostnaderna bedöms kunna ske genom överföringar från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

Särskilda uppdrag

Det är utredningens bedömning att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att:

- inrätta ett nationellt kunskapscentrum för utveckling av psykiatrisk heldygnsvård för barn (avsnitt 7.5.1),
- utreda om det finns skäl att reglera krav på kompetens hos verksamhetschefer och chefsöverläkare vid de kliniker som bedriver psykiatrisk heldygnsvård, inklusive tvångsvård, för barn (avsnitt 7.5.2),
- tillsammans med lämpligt lärosäte ta fram en vidareutbildning för verksamhetschefer och chefsöverläkare vid de kliniker som bedriver psykiatrisk heldygnsvård, inklusive tvångsvård, för barn (avsnitt 7.5.3),
- genomföra en särskild översyn av bestämmelserna om medicinskt ledningsansvar i den psykiatriska heldygnsvården, inklusive tvångsvården, för barn (avsnitt 7.5.4) samt
- utreda om det finns skäl att reglera ytterligare krav på den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvårdens lokaler (avsnitt 7.5.5).

De särskilda uppdragen kan komma att innebära vissa merkostnader för myndigheten. Utredningen har inte möjlighet att bedöma om dessa merkostnader kan hanteras inom befintliga ekonomiska ramar

⁴ Inspektionen för vård och omsorg (2017b), s. 46.

eller om myndigheten ska tillföras särskilda medel för uppdragens genomförande. Om regeringen anser att Socialstyrelsen bör tilldelas medel för uppdragens fullgörande bedöms detta kunna ske genom överföringar från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

9.3.2 Ekonomiska konsekvenser för landstingen

Utredningens bedömning: Förslagen bedöms kunna ge upphov till vissa kostnader för landstingen vilket kräver kompensation i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen.

Finansiering för utveckling av barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård

De författningsförslag som lämnas av utredningen kan innebära vissa merkostnader för landstingen. Mot bakgrund av de variationer som finns mellan landstingen när det kommer till den psykiatriska tvångsvårdens organisation, innehåll, kompetens och vårdmiljö har utredningen inte möjlighet att i detalj beräkna de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag i dessa delar. Generellt kan sägas att kostnadsökningar kan uppstå för de landsting som inte har fastställda vårdplatser för barn inom det egna landstinget och därför kan komma att behöva upprätta vårdavtal med andra landsting. Kostnader kan också uppkomma för de landsting som till följd av förslagen får ökade kostnader för kompetensutveckling eller ombyggnationer av lokaler.

Utredningens *bedömning* är att merparten av de medel som under 2016–2019 fördelas till landstingen i syfte att stimulera nya initiativ inom barn- och ungdomspsykiatri, inom ramen för överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa⁵ bör permanentas och föras över till landstingen för att finansiera en kraftfull och långsiktig satsning på ökad rättssäkerhet och kvalitet i den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården. Medelstilldel-

⁵ Regeringskansliet, Socialdepartementet (2015a), s. 7.

ningen bör uppgå till 100 000 000 kronor per år och fördelas efter en befolkningsnyckel. Huvudmännen ska kunna använda medlen utifrån sina respektive behov. Finansieringen av de ökade kostnaderna bedöms kunna ske genom överföringar från utgiftsområde 9 Hälso- vård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

Systematiskt kvalitetsarbete

Förslaget i avsnitt 7.3.1 att det i LPT och LRV ska införas ett krav på att kvalitetssäkringsarbetet i verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård även ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder medför inga nya kostnader för landstingen. Kravet på ett systematiskt och fortlöpande kvalitetssäkringsarbete finns redan i 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Det framgår dessutom av 2 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2008:18) att verksamhetenschefen fortlöpande ska följa upp bl.a. att ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet har getts en sådan utformning att användningen av tvång och tvångsåtgärder begränsas. Därför är den föreslagna bestämmelsen inte att betrakta som en ny skyldighet för landstingen utan dess syfte är att precisera innehållet i de krav på ett systematiskt kvalitetsarbete som redan finns i lag och föreskrift. Landstingen kan identifiera behov av åtgärder för att minska tvångsåtgärderna och genomföra dessa inom ramen för redan befintliga processer.

Val av behandlingsalternativ och ny medicinsk bedömning

Förslaget i avsnitt 7.3.2 att det i LPT och LRV ska föras in en erinran om att bestämmelserna i 7 och 8 kap. patientlagen (2014:821), förkortad PL, är tillämpliga även vid vård enligt dessa lagar är ingen ny skyldighet för landstingen och bedöms därför inte medföra några kostnader.

Att det i LRV föreslås regleras att föreskrifterna i HSL och PL gäller all psykiatrisk vård är endast ett förtydligande och innebär ingen ny skyldighet för landstingen och heller inga nya kostnader. Att föreskrifterna i HSL och PL är tillämpliga vid vård enligt LRV gäller redan enligt lagens förarbeten.

Barnets bästa, barns rätt till information och barns rätt att få framföra sina åsikter

Förslaget i avsnitt 7.3.3 att det i LPT ska införas en bestämmelse, som genom hänvisning även gäller vid rättspsykiatrisk vård, som klargör att vid alla beslut och åtgärder som rör ett barn ska barnets bästa utredas och särskilt beaktas kan inte anses medföra nya kostnader för landstingen. Principen om barnets bästa gäller redan genom regleringen i HSL och PL och förslaget innebär i princip endast ett förtydligande att detta även gäller vid psykiatrisk tvångsvård. Förslaget innebär inte några genomgripande förändringar utan får i huvudsak anses vara ett förtydligande av vad som redan kan anses gälla. och bedöms därmed inte medföra annat än obetydliga kostnadsökningar för landstingen.

På samma sätt innebär förslagen i avsnitt 7.3.4 om att barnet fortlöpande ska få relevant information anpassad efter barnets ålder, mognad och andra individuella förutsättningar i princip endast att redan gällande bestämmelser i PL om information till barn förtydligas. Förslaget bedöms därför inte medföra nya kostnadsåtaganden för landstingen.

Dagliga aktiviteter och utomhusvistelse

Förslagen i avsnitt 7.3.6 att landstingen ska erbjuda barn möjligheter till dagliga aktiviteter och utomhusvistelse kan innebära vissa merkostnader för landstingen.

Förslaget att det LPT ska införas en bestämmelse om att en patient som vårdas enligt lagen ska ha rätt till *dagliga aktiviteter* på vårdinrättningen bör inte innebära annat än marginella kostnader för de landsting som ännu inte sett till att sådana möjligheter finns. Som framgår av avsnitt 6.4.1 finns redan vissa möjligheter till sysselsättning på vårdenheterna i form av t.ex. pysselrum, lekterapi eller BUP-skola.

Vad gäller förslaget om *daglig utomhusvistelse* kan utredningen konstatera att det i landstingens grundläggande skyldighet enligt HSL ingår att se till så att hälso- och sjukvården bedrivs så att kraven på en god vård uppfylls. Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Av detta torde följa att

utomhusvistelse som regel redan i dag bör erbjudas patienterna under vårdtiden. Utredningen har emellertid erfarit att det inte alltid finns möjligheter att erbjuda utomhusvistelse i de lokaler där barn vårdas. Det saknas t.ex. inhägnade ytor utomhus där barn kan vistas utan personal och det finns inte alltid tid för personalen att följa med barnen på en promenad. Regleringen om daglig utomhusvistelse kan således innebära kostnader för de landsting som i dag inte har fysiska förutsättningar att erbjuda detta.

Förtydligad proportionalitetsprincip avseende tvångsåtgärder

Förslaget i avsnitt 7.3.9 och 7.3.10 att bland förutsättningarna för fastspänning och avskiljning förtydliga proportionalitetsprincipen som redan finns reglerad i 2 a och 2 b §§ LPT och LRV innebär inga kostnader för landstingen. Att det i lagen tydliggörs att tiden för en fastspänning eller avskiljning under vissa förutsättningar kan förlängas efter ny undersökning och att det krävs ett nytt beslut av ansvarig chefsöverläkare gäller redan enligt 3 kap. 2 § SOSFS 2008:18 och medför i sig inga kostnader.

Dagens lagstiftning ger inte möjlighet att vårda någon i avskildhet med hänvisning till patientens eget behov av en viss typ av miljö. Förslaget i avsnitt 7.3.10, att ett barn under särskilda förutsättningar ska kunna vårdas i enskildhet är en ny reglering. Eftersom barn, trots att lagstöd saknas, ändå avskiljts på grund av eget vårdbehov, vilket framgår av avsnitt 7.3.10, torde förslaget inte innebära några egentliga merkostnader för landstingen. Det handlar enbart om att det ges lagstöd för vad som redan sker.

Förslaget i avsnitt 7.3.11 att tiden för beslut om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster föreslås, såvitt gäller barn, begränsas till högst en vecka kan medföra vissa kostnader för landstingen eftersom det krävs en omprövning av beslutet en gång per dygn. Eftersom förslaget är begränsat till barn i tvångsvården där endast en handfull sådana beslut inrapporteras torde kostnadsökningen endast vara marginell.

Särskild underrättelse om tvångsåtgärder

Förslaget i avsnitt 7.3.12 att landstingen, till den myndighet som regeringen bestämmer, ska skicka in en särskild underrättelse om vissa tvångsåtgärder i det fall ett barn varit föremål för vissa tvångsåtgärder och/eller inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster vid tre olika tillfällen under en vårdperiod, kan medföra en mindre kostnadsökning för landstingen. Med hänsyn till att den särskilda underrättelsen är en ny reglering och innebär krav på ytterligare bedömningar kan ett visst merarbete uppstå. Då förslaget är begränsat till att omfatta de barn i tvångsvården som blir föremål för tre tvångsåtgärder per vårdtillfälle torde kostnadsökningarna för landstingen i denna del emellertid vara försumbara.

Barn får inte vårdas tillsammans med vuxna

Vad gäller förslaget i avsnitt 7.3.5 att barn inte får vårdas tillsammans med vuxna om det inte är för barnets bästa bedöms kunna medföra nya kostnader för landstingen. I den inventering av den barn- och ungdomspsykiatriska vården som genomfördes av SKL under 2017 uppger 15 landsting att de kan erbjuda psykiatrisk heldygnsvård för barn medan övriga sex landsting helt saknar fastställda platser i heldygnsvård för barn.⁶ En del av dessa landsting köper platser i andra landsting, med vilka de har vårdavtal, medan andra landsting regelmässigt placerar de barn som är i behov av psykiatrisk heldygnsvård i vuxenpsykiatri eller inom missbruks- och beroendevården. Av uppgifter från Socialstyrelsens patientregister framgår att 19 procent av de 302 barn som vårdats enligt LPT under 2016, dvs. 57 stycken, vårdades på enheter som inte tillhör barn- och ungdomspsykiatri. Utredningens bedömning är att förslaget om att barn inte får vårdas tillsammans med vuxna om det inte är förenligt med barnets bästa således kan medföra ökade kostnader för vissa landsting.

Förslaget att landstingen ska underrätta den myndighet som regeringen bestämmer om fall då barn placerats bland vuxna kan innebära ett mindre merarbete för landstingen. Av statistiken från Socialstyrelsens patientregister kan konstateras att en sådan under-

⁶ Sveriges Kommuner och Landsting (2017a), s. 9.

rättelseplikt skulle varit aktuell i cirka 57 fall under 2016. Då förslaget endast berör ett mindre antal barn bedömer utredningen att landstingens kostnader i denna del endast torde bli marginella.

Vård på rättspsykiatrisk avdelning

Förslaget i avsnitt 7.3.7 att ett barn endast får vårdas på en sjukvårdsinrättning där det ges rättspsykiatrisk vård om han eller hon omfattas av LRV torde inte innebära några kostnadsökningar för landstingen. Av uppgifter från de rättspsykiatriska klinikerna har ett intagningsstopp införts för LPT-patienter inom rättspsykiatrin. Enligt tillsynsbeslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) framgår dock att åtminstone ett barn har vårdats enligt LPT på en rättspsykiatrisk klinik under 2016. Under 2014–2015 förekom tre sådana fall. Mot bakgrund av att de barn som vårdas i rättspsykiatrin med stöd av LPT är till antalet få bedömer utredningen att förslaget inte innebär några ökade kostnader för landstingen.

9.3.3 Samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt

Utredningens bedömning: Att barn får sina rättigheter tillgodosedda och synliggörs som rättighetsbärare har generellt en positiv inverkan på samhällsekonomin då barns behov kan tillgodoses i ett tidigare skede.

Förslagen ger barns rättigheter ett tydligt fokus i den psykiatriska tvångsvården. Medvetenheten om barns rättigheter kan förväntas öka både bland barn och inom den psykiatriska vården. I förlängningen förväntas detta i sin tur leda till att användandet av tvångsåtgärder minskar, att förtroendet för den psykiatriska tvångsvården ökar och att återinskrivningar på sikt kan komma att minska. Att barn får sina rättigheter tillgodosedda och synliggörs som rättighetsbärare har generellt en positiv inverkan på samhällsekonomin då barns behov kan tillgodoses i ett tidigare skede. Att barnets rättigheter tydliggörs och synliggörs bör leda till en ökad rättssäkerhet och en ökad effektivitet vilket på sikt kan inverka gynnsamt på samhällsekonomin.

9.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Utredningens bedömning: Flera förslag medför vissa inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. Samtliga inskränkningar är dock proportionerliga med hänsyn till de ändamål som har föranlett dem och får därmed anses godtagbara.

Av 1 kap. 1 § regeringsformen, förkortad RF, framgår att den svenska folkstyrelsen förverkligas genom kommunal självstyrelse. Enligt 14 kap. 2 § RF sköter kommunerna lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör enligt 14 kap. 3 § RF inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Bestämmelsen ger uttryck för en proportionalitetsprincip vad gäller inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

Systematiskt kvalitetsarbete, val av behandlingsalternativ och ny medicinsk bedömning

Förslagen i avsnitt 7.3.1 och 7.3.2 att det i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och i lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, ska framgå att kvalitetssäkringsarbetet som ska göras enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, även ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder innebär i praktiken ingen inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Åliggandet att bedriva ett fortlöpande kvalitetssäkringsarbete finns redan i HSL. Det är endast den omständigheten att kvalitetssäkringsarbetet även ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder som innebär ett nytt åliggande för landstingen. Förslaget innebär alltså en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Tvångsåtgärder är emellertid ett långtgående ingrepp i den enskildes rättsfär som ofta uppfattas som starkt negativt av patienten, även i efterhand. Det får även betraktas som en patientsäkerhetsrisk att vidta åtgärder som t.ex. fastspänning då åtgärden kan få såväl psykiska som fysiska konsekvenser för patienten. Det är därför angeläget att det ordinarie kvalitetsarbetet även omfattar åtgärder för att minska

förekomsten av tvångsåtgärder. Den begränsade inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget innebär bedöms därför vara proportionerlig och godtagbar. Förslaget att i 1 § LRV även införa en hänvisning till att föreskrifterna i HSL och patientlagen (2014:821), förkortad PL, gäller vid vård enligt lagen gäller redan enligt lagens förarbeten och påverkar inte den kommunala självstyrelsen.

Förslaget i avsnitt 7.3.1 att det i LPT och LRV ska erinras om att bestämmelserna i vissa bestämmelser i PL också gäller vid vård enligt dessa lagar innebär ingen ytterligare inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

Principen om barnets bästa, barns rätt att få information och att få framföra sina åsikter

Förslagen i avsnitt 7.3.3 och 7.3.4 att barnets bästa ska utredas och särskilt beaktas samt barns rätt att få information och få uttrycka sina åsikter syftar i huvudsak till att förtydliga vad som redan kan anses gälla enligt HSL och PL. Förslagen bedöms därför inte påverka den kommunala självstyrelsen annat än marginellt eftersom det uttryckligen föreskrivs att barnets bästa ska utredas. Det är angeläget att stärka och tydliggöra barnets ställning i den psykiatriska tvångsvården. Förslagen bedöms därför proportionerliga och godtagbara.

Daglig utomhusvistelse och dagliga aktiviteter

Förslaget i avsnitt 7.3.6 att det i en ny bestämmelse ska regleras att barn som vårdas enligt LPT, som genom hänvisning gäller även vid vård enligt LRV, ska ha möjlighet till daglig vistelse utomhus liksom till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen innebär ett nytt åliggande för landstingen och en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Redan i förarbetena till nu gällande lag har regeringen påpekat vikten av dagliga aktiviteter så att patienten inte passiviseras. När det gäller utomhusvistelse har Europarådets kommitté mot tortyr m.m. påpekat vikten av möjlighet till utevistelse.

För barn i psykiatrisk tvångsvård är vårdmiljön av särskild betydelse liksom patienternas möjligheter till struktur i vardagen och en möjlighet till frisk luft och rörelse. Inskränkningen får därigenom anses proportionerlig och därmed godtagbar.

Barn får inte vårdas tillsammans med vuxna

Förslaget i avsnitt 7.3.5 att det ska införas en ny bestämmelse enligt vilken barn inte får vårdas tillsammans med vuxna om det inte i det enskilda fallet bedöms vara förenligt med barnets bästa innebär ett nytt åliggande för landstingen och en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Så även förslaget att den myndighet som regeringen bestämmer ska underrättas om fall då barn placerats bland vuxna.

I förarbetena till nu gällande lag har uttryckts att det är angeläget att lagstiftningen genom sin grundläggande uppbyggnad inte bidrar till att patienter med inbördes mycket olika vårdbehov förs samman. Barn och unga som vårdas tillsammans med vuxna kan uppleva detta som obehagligt och skrämmande vilket i förlängningen kan inverka menligt på möjligheten att uppnå syftet med tvångsvården, dvs. att sätta barnet i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård. Den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget innebär får anses proportionerlig och därmed godtagbar.

Sjukvårdsinrättning för rättspsykiatrisk vård

Förslaget i avsnitt 7.3.7 att den som är under 18 år endast får vårdas på en sjukvårdsinrättning där det ges rättspsykiatrisk vård om han eller hon omfattas av 1 § LRV innebär en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Eftersom det får anses angeläget att grupper av patienter med inbördes mycket olika vårdbehov förs samman, i synnerhet när det gäller barn, får förslaget anses proportionerligt och därmed godtagbart.

Tvångsåtgärder

Förslagen i avsnitt 7.3.9–7.3.10 där tiden för tvångsåtgärderna, när det gäller barn, begränsas i fråga om fastspänning, avskiljande och inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Mot bakgrund av att det är fråga om barn och att det är starkt integritetskränkande åtgärder som lagstiftningen medger i förhållande till dessa är det av såväl patientsäkerhets- som rättssäkerhetsskäl angeläget att möjligheten att vidta dessa åtgärder begränsas. Den

inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget innebär bedöms därför vara proportionerlig och godtagbar.

Vad gäller förslaget i avsnitt 7.3.10 om att det ska införas en bestämmelse om att det ska finnas möjlighet att besluta att en patient under 18 år ska kunna vårdas i enskildhet av vård- eller behandlings-skäl är inte tvingande för landstinget och innebär därför ingen inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

Förslaget i avsnitt 7.3.12 att det ska införas en bestämmelse om att en särskild underrättelse ska skickas till den myndighet som regeringen bestämmer om ett barn varit föremål för vissa tvångsåtgärder vid tre olika tillfällen under en vårdperiod innebär ett nytt åliggande för landstingen och därmed en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Bestämmelsen införs i syfte att motverka vårdskador och att utveckla lärande och insikt i den psykiatriska vården av barn. Med hänsyn till vikten av att användningen av tvångsåtgärder minskar, särskilt när det gäller barn, och att det utvecklas metoder för att åstadkomma detta bedöms förslaget som proportionerligt och godtagbart.

Förslaget i avsnitt 1.12 om att barn under 15 år ska kunna överklaga genom det offentliga biträdets ställföreträdarskap bedöms inte påverka den kommunala självstyrelsen.

Utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård

Förslaget i avsnitt 7.4 att det ska inrättas en särskild nämnd för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Där det bedrivs tvångsvård av barn kommer klinikerna att bli föremål för kontinuerliga besök av den föreslagna nämnden. Hälso- och sjukvården åläggs också genom förslaget i patientsäkerhetslagen (2010:659) att lämna ut sådana uppgifter som nämnden behöver för sin verksamhet. Det är av vikt att den psykiatriska tvångsvården av barn blir föremål för regelbundna besök som syftar till såväl en kunskapsuppbyggnad som en ökad insyn för att åstadkomma en minskning av förekomsten av tvångsåtgärder. Den inskränkning det innebär i den kommunala självstyrelsen bedöms vara proportionerlig och godtagbar.

9.5 Konsekvenser för enskilda och för personlig integritet

Utredningens bedömning: Förslagen stärker rättssäkerheten och patientsäkerheten för de barn som tvångsvårdas och verkar således gynnsamt för den personliga integriteten.

Förslagen har betydelse för enskilda barn då de generellt syftar till att stärka rättssäkerheten och patientsäkerheten. Ändrade förutsättningar för vissa tvångsåtgärder och regelbundna besök från den av utredningen föreslagna nämnden verkar gynnsamt för den personliga integriteten.

9.6 Konsekvenser för jämställdheten och för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen

Utredningens bedömning: Ett stärkt barnrättsperspektiv inom den psykiatriska tvångsvården kan bidra till att stärka jämställdheten mellan flickor och pojkar och uppnå de integrationspolitiska målen.

Ett stärkt barnrättsperspektiv inom den psykiatriska tvångsvården innebär ett starkare fokus på barns individuella rättigheter och behov, vilket innefattar förhållanden som kan vara olika bland flickor och pojkar. I kapitel 5 och 6 har utredningen kunnat konstatera att det är vanligare att flickor blir föremål för tvångsåtgärder inom den psykiatriska tvångsvården samt att flickor, blir föremål för fler tvångsåtgärder per unik individ. Genom utredningens förslag införs bl.a. krav på att barnets bästa ska bedömas och utredas i frågor som rör tvångsåtgärder samt insatser för att stärka kvalitet i den psykiatriska tvångsvården genom kunskaps- och kompetensutveckling. Det innebär ett tydliggörande av att man i den psykiatriska tvångsvården måste utgå från det enskilda barnets behov och systematiskt arbeta för att identifiera och tillgodose behoven hos flickor respektive pojkar. Utredningens förslag kan därmed ha en positiv inverkan på jämställdheten. Utredningens förslag kan även

stärka barns utsikter till lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund och på så vis bidra till att förverkliga de integrationspolitiska målen.

9.7 Övriga konsekvenser

Utredningens bedömning: Förslagen bedöms inte ha några konsekvenser för brottsligheten, det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service eller för små företag.

Förslagen har inga konsekvenser för brottsligheten, det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service eller för små företag.

10 Författningskommentar

10.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

1 a §

Paragrafen som är ny behandlas i avsnitt 7.3.1 och 7.3.2. I *första* stycket införs en kompletterande bestämmelse som tydliggör att kvalitetssäkringsarbetet i tvångsvården även ska omfatta olika åtgärder vars syfte är att minska behovet av tvångsåtgärder.

I *andra* stycket införs en erinran om att bestämmelserna i 7 och 8 kap. patientlagen (2014:821) är tillämpliga även vid vård enligt denna lag.

2 c §

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 7.3.3. I *första* stycket regleras principen om barnets bästa. Enligt FN:s barnrättskommitté består begreppet barnets bästa av tre delar. Det är en materiell rättighet, en grundläggande rättslig tolkningsprincip och ett tillvägagångssätt.

Bestämmelsen innebär att vid alla beslut av såväl domstolar som i hälso- och sjukvården och vid alla åtgärder som vidtas i förhållande till ett barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Principen ska genomsyra alla delar i ett ärende som rör ett barn såväl i administrativa beslutsprocesser som i genomförandet av vården.

Att begreppet barnets bästa också ger uttryck för ett tillvägagångssätt (CRC/C/GC/14 p. 6) innebär att bedömningen av barnets bästa är en process med flera steg. Dels ska vetenskap och beprövad erfarenhet beaktas och underlag inhämtas från t.ex. närstående och yrkespersoner som har kunskap om barnet, dels ska man beakta det

som barnet själv ger uttryck för i enlighet med artikel 12 i barnkonventionen (se 2 e §).

Vad som är barnets bästa måste avgöras i varje enskilt fall. Processen att komma fram till barnets bästa kräver ett aktivt övervägande i det konkreta fallet. Det är inte tillräckligt att i allmänna ordalag utifrån ett generellt betraktelsesätt konstatera att något är till ett barns bästa. Det måste bedömas i det enskilda fallet och dokumenteras. Detta kommer till uttryck i bestämmelsen genom att det framgår att barnets bästa ska *utredas*.

Utgångspunkten i barnets bästa är respekten för barnets fulla människovärde och integritet. Ett barn måste ges utrymme att uttrycka sina åsikter och barnets inflytande och delaktighet i vården måste underlättas och respekteras. Att barnets bästa ska utredas ger också uttryck för att det är angeläget att beslutsfattare faktiskt gör en bedömning av vad som framkommit i utredningen av barnets bästa och dokumenterar detta. Häri inkluderas barnets berättelser och åsikter.

Att barnets bästa *särskilt* ska beaktas överensstämmer med vad som anges i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Det innebär ingen skillnad från vad som stadgas i artikel 3 i barnkonventionen, att barnets bästa ska komma i främsta rummet. Det får alltså avgöras från fall till fall vad som i det enskilda fallet är att bedöma som barnets bästa. Vid en avvägning av barnets intresse mot andra intressen ska barnets intresse väga tungt men det behöver inte vara avgörande (CRC/C/GC/14 p. 39 och 97). I sådant fall är det dock väsentligt att det i dokumentationen redovisas varför ett beslut i det enskilda fallet avviker från vad som kan anses vara barnets bästa.

I *andra* stycket görs en hänvisning till 2 e § som innehåller bestämmelser om att barnet ska ges möjlighet att få uttrycka sina åsikter i frågor som rör barnet. Hänvisningen till 2 e § har införts för att tydliggöra kopplingen mellan principen om barnets bästa och barnets rätt att uttrycka sina åsikter. Dessa regler kompletterar varandra och ska tolkas i förhållande till varandra. Den ena fastställer målet att uppnå det bästa för barnet och den andra innehåller metoden för att nå målet att barnet eller barnen ska bli hörda (CRC/C/GC/12 p. 74). Som framgår av kommentaren till 2 e § handlar det om en möjlighet för barnet, ingen skyldighet. Har barnet inte *förmåga* att framföra sina åsikter bör dessa klarläggas på annat sätt.

Av *tredje* stycket framgår att med barn avser personer under 18 år.

Vården ska enligt *fjärde* stycket präglas av omtanke och bygga på respekt för barnets människovärde och integritet. Bestämmelsen har haft 1 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga som utgångspunkt och återspeglar det grundläggande budskapet i barnkonventionen. Syftet med bestämmelsen är att markera att barnet är en självständig individ med egna rättigheter. Att vården ska präglas av omtanke ger uttryck för att till ett gott bemötande hör även vänlighet, lyhördhet, tillit, stöd och uppmuntran.

2 d §

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 7.3.4. Av *första* stycket framgår att vid alla beslut och åtgärder som rör ett barn ska barnet fortlöpande få relevant information som är anpassad till barnets ålder, mognad och andra individuella förutsättningar. Informationen ska anpassas utifrån förhållandena i det enskilda fallet så att barnet kan ta till sig informationen. Med andra individuella förutsättningar avses t.ex. barnets möjligheter att förstå till följd av funktionsnedsättning, sjukdom eller språkliga hinder. Bestämmelsen är i huvudsak ett förtydligande av vad som gäller enligt patientlagen (2014:821).

Att ett barn får information är en viktig förutsättning för att ge barnet möjlighet att uttrycka sina åsikter i alla frågor som rör barnet och bli delaktig i dessa. Barn behöver tillgång till information om alla frågor som rör dem, utformad så att den passar deras ålder och förmågor. Det gäller t.ex. information om deras rättigheter, alla förfaranden som kan påverka dem, lagstiftning, överklaganden, hur klagomål framställs osv.

Med relevant information avses information som är av betydelse i ärendet. Det är som regel inte tillräckligt att barnet får information endast i inledningsskedet av vården. Barnet bör fortlöpande få relevant information t.ex. om det fattas beslut om något som barnet har möjlighet att överklaga till förvaltningsrätten.

Den som lämnar informationen ska, enligt *andra* stycket, så långt det är möjligt försäkra sig om att barnet har förstått informationen. För att bestämmelsen om barnets bästa och barnets rätt att få uttrycka sina åsikter ska få genomslag krävs en dialog som bara kan komma till stånd om mottagaren förstår den information som ges.

Hur och vilken information som lämnats barnet liksom barnets åsikter ska framgå av dokumentationen.

2 e §

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 7.3.4. I *första* stycket ges uttryck för barnets rätt att enligt artikel 12 i barnkonventionen beredas möjlighet att, antingen direkt eller genom företrädare, komma till tals i alla domstolsförfaranden och administrativa förfaranden som rör barnet. Syftet med samtalet med barnet är att få fram ett fullödigt beslutsunderlag.

Ett barn ska ges möjlighet att framföra sina åsikter i alla frågor som rör barnet, oavsett om en domstol, hälso- och sjukvården eller annan myndighet anser att det tillför utredningen något eller inte. Barnet ska ges förutsättningar att vara delaktig och skyddas i sitt deltagande, inte skyddas genom att hindras från delaktighet (CRC/C/GC/12 p. 21). Barn som är i stånd att bilda egna åsikter ska tillförsäkras rätten att framföra dem. Detta ska inte ses som en begränsning utan som en skyldighet att i största möjliga utsträckning bedöma barnets kapacitet att bilda en egen åsikt. Man kan inte utgå från antagandet att barn inte är i stånd att bilda egna åsikter. Tvärtom ska förutsättas att barnet har förmåga till detta och erkänna barnets rätt att uttrycka dem.

Varken denna bestämmelse eller artikel 12 i barnkonventionen innehåller någon åldersgräns. Barn anses kunna bilda åsikter vid mycket ung ålder, även om barnet inte kan uttrycka dem verbalt. Icke verbal kommunikation kan ske genom lek, kroppsspråk, ansiktsuttryck, teckningar och målningar vilket även mycket små barn kan använda (CRC/C/GC/12 p. 19 f.)

Barnets rätt att få framföra sina åsikter måste säkerställas även för barn som av olika skäl kan ha svårt att framföra dessa. För t.ex. barn med en funktionsnedsättning bör man förse barnet med de kommunikationsverktyg som behövs för att de lättare ska kunna uttrycka sina åsikter. Beslutande myndighet, antingen det är fråga om en domstol eller hälso- och sjukvården, har ett stort ansvar att ge barn möjlighet att få uttrycka sina åsikter. Det är viktigt att barnet får möjlighet att framföra dessa i en trygg miljö och att metoder och arbetssätt är väl anpassade till barnets förutsättningar. Barnets förmåga

att förstå det han eller hon ska uttrycka sin åsikt om måste bedömas i varje enskilt fall och situationen och informationen anpassas utifrån det (CRC/C/GC/12 p. 21).

Rätten att få framföra sina åsikter och bli lyssnad på ska inte sammanblandas med *förmågan* att kunna tala eller uttrycka sig på annat sätt. I fråga om barn som inte har förmåga att ge uttryck för sina åsikter bör barnets åsikter, så långt det är möjligt, inhämtas på annat sätt. Med hänsyn till principen om barnets bästa är det därvid angeläget att barnets åsikter klargörs på ett sätt som iakttar respekten för barnets integritet och självbestämmande. Det kan ske genom inhämtande av uppgifter från experter, barnets närstående, någon annan företrädare för barnet, andra som känner barnet och genom dokumentation av vad barnet tidigare framfört.

Om barnet inte vill framföra sina åsikter ska detta respekteras och åsikterna ska heller inte eftersökas på annat sätt mot barnets vilja. Rätten att uttrycka sina åsikter handlar om en möjlighet för barnet, inte en skyldighet. Det bör framgå av dokumentationen att barnet valt att inte framföra några åsikter.

Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till dess ålder och mognad vilket framgår av *andra* stycket. Artikel 12 i barnkonventionen relaterar till artikel 5 i vilken uttrycks principen om den fortlöpande utvecklingen av barnets förmåga och att barn i allt större utsträckning tillägnar sig kunskaper, kompetenser och förståelse, bl.a. när det gäller att förstå vilka rättigheter de har och hur de bäst kan förverkligas.

2f§

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 7.3.5 och 7.3.6. Av *första* stycket framgår att barn inte får vårdas tillsammans med vuxna om det inte i det enskilda fallet bedöms förenligt med barnets bästa. Så kan exempelvis vara fallet i en akut situation då det inte finns tid att flytta patienten eller att barnet är nära 18-årsåldern och vården ska fortsätta på vuxenpsykiatrisk klinik eller det annars bedöms bäst för barnet. Vid bedömningen av barnets bästa ska barnets åsikter tillmätas betydelse i förhållande till dess ålder och mognad. Bristande resurser kan aldrig utgöra skäl att frångå huvudregeln. Om det beslutas att barn ska vårdas tillsammans med vuxna ska, enligt *tredje*

stycket, den myndighet regeringen bestämmer underrättas om detta, vilket bör vara den av utredningen föreslagna nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård (avsnitt 7.4).

Enligt *andra* stycket ska ett barn ha möjlighet till daglig vistelse utomhus liksom till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen. Vårdmiljön är av särskild betydelse för den som vårdas med tvång. Det är också viktigt att patienten har en struktur i vardagen, en meningsfull sysselsättning och möjlighet till frisk luft och rörelse. Patienten ska ha möjlighet till daglig vistelse utomhus där ett riktmärke bör vara minst en timmes utevistelse per dag, såvida inte medicinska skäl talar emot detta. Att villkora en utevistelse eller förbjuda den som straff är inte förenligt med ett gott bemötande och en god vård.

6 a §

Förslaget är en följd av nya paragrafer avseende barn i 19 a, 20 a och 20 b §§ rörande fasthållning/fastspänning och avskiljning samt vård i enskildhet. Dessa bestämmelser kan, enligt *första* stycket, under de förutsättningar och tidsfrister som gäller i respektive paragraf tillämpas även i fråga om ett barn som hålls kvar enligt 6 §.

Andra stycket i bestämmelsen tillämpas i fråga om patienter över 18 år.

17 a §

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 7.3.8. Paragrafen klargör vilka bestämmelser under rubriken ”Sluten psykiatrisk tvångsvård” som får tillämpas i fråga om barn.

18 §

Ändringen i *första* stycket behandlas i avsnitt 7.3.8 är ett klargörande att det endast är patienter som vårdas enligt lagen som får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han eller hon ska vistas. Övriga ändringar är endast av redaktionell art.

19 a §

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 7.3.9. Paragrafen avser barn i sluten psykiatrisk tvångsvård. I *första* stycket regleras att barnets rörelsefrihet får inskränkas genom att barnet tillfälligt hålls fast. Att detta regleras ska inte uppfattas som att området för tvångsåtgärder utvidgas. När en sådan åtgärd genomförs ska det dokumenteras i patientens journal med angivande av skälen för åtgärden. Att fasthållning får ske *tillfälligt* innebär att det är fråga om en mycket kortvarig åtgärd av momentan natur i en akut situation för att förhindra fysisk skada. Så fort den akuta faran upphört ska åtgärden avbrytas.

Förutsättningarna för en fasthållning är för det första att det är uppenbart att andra åtgärder är otillräckliga vilket understryker åtgärdens undantagskaraktär och att mindre ingripande åtgärder ska användas i första hand. För det andra ska det finnas en omedelbar fara för att barnet allvarligt skadar sig själv eller någon annan. Detta ger, precis som vad som gäller enligt 19 §, uttryck för att det handlar om hastigt uppkomna faresituationer som i den akuta situationen inte kan bemästras på annat sätt. Begreppet liknande anordning i 19 § har utmönstrats ur denna paragraf.

Enligt *andra* stycket får ett barn kortvarigt spännas fast med bälte. Liksom i fråga om fasthållning får fastspänning endast komma i fråga om det är uppenbart att andra åtgärder är otillräckliga. Det ska vidare finnas en omedelbar fara för att det *enskilda barnet* lider allvarlig skada, vilket i princip innebär att det ska föreligga en fara för livet eller för allvarliga men. Det kan handla om näringstillförsel i syfte att rädda liv eller tillförsel av läkemedel som inte kan anstå och är avgörande för barnets vård eller rehabilitering. En fastspänning ska alltså *inte* användas för att hindra ett barn från att skada någon annan. Finns det en omedelbar fara för att någon annan allvarligt skadas får detta hanteras på annat sätt.

En fastspänning enligt *andra* stycket ska vara kortvarig och frågan om upphörande ska övervägas fortlöpande. Fastspänning får pågå högst en timme. Om det finns synnerliga skäl får tiden, enligt *tredje* stycket, efter ny undersökning och genom nytt beslut, förlängas med högst en timme vid varje tillfälle. Med synnerliga skäl menas att det ska vara fråga om extrema undantagssituationer då det fortfarande föreligger en omedelbar fara för att patienten lider allvarlig skada och det är uppenbart att andra åtgärder är otillräckliga. Förut-

sättningarna i andra stycket ska sålunda fortfarande vara uppfyllda vid ett beslut att förlänga tiden för fastspänning.

Av *fjärde* stycket framgår att det är chefsöverläkaren som beslutar om fastspänning och att den myndighet som regeringen bestämmer, vilket enligt utredningens mening bör vara den nämnd som föreslås i avsnitt 7.4, utan dröjsmål ska underrättas om beslut om förlängning av ett beslut om fastspänning över en timme. Hälso- och sjukvårdspersonal ska vara närvarande under den tid barnet hålls fastspänt.

Vid alla beslut och åtgärder ska bestämmelserna i 2 c–2 e §§, om barnets bästa och barnets rätt att få information och att komma till tals, iakttas.

20 a §

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 7.3.10. Paragrafen avser barn i sluten psykiatrisk tvångsvård. I *första* stycket regleras att ett barn kortvarigt får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att barnet genom ett aggressivt eller våldsammt beteende allvarligt försvårar vården för de andra patienterna. Till skillnad från vad som gäller enligt 20 § kan avskiljning inte komma i fråga för störande beteende. Också vid en avskiljning gäller att åtgärden får komma i fråga om det är uppenbart att andra åtgärder är otillräckliga vilket innebär att mindre ingripande åtgärder ska användas i första hand.

Ett beslut om avskiljande ska vara kortvarigt och frågan om upphörande ska övervägas fortlöpande. Avskiljande får pågå i högst två timmar. Om det finns synnerliga skäl får, enligt *andra* stycket, efter ny undersökning och genom nytt beslut tiden förlängas med högst två timmar vid varje tillfälle förutsatt att det är uppenbart att andra åtgärder är otillräckliga och att patienten alltjämt genom aggressivt eller våldsammt beteende allvarligt försvårar vården för de andra patienterna. Förutsättningarna i första stycket ska sålunda fortfarande vara uppfyllda vid ett beslut att förlänga tiden för fastspänning. I fråga om synnerliga skäl hänvisas till kommentaren till 19 a §.

Enligt *tredje* stycket är det chefsöverläkaren som beslutar om avskiljande. Den myndighet som regeringen bestämmer, vilket bör vara den av utredningen föreslagna nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård (avsnitt 7.4), ska utan dröjsmål underrättas

om beslut enligt andra stycket. Patienten ska under den tid han eller hon hålls avskild stå under fortlöpande uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal.

Vid alla beslut och åtgärder ska bestämmelserna i 2 c–2 e §§, om barnets bästa och barnets rätt att få information och att komma till tals, iakttas.

20 b §

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 7.3.10. Paragrafen avser barn i sluten psykiatrisk tvångsvård som, enligt *första* stycket, får vårdas i enskildhet om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av det enskilda barnet. Vård i enskildhet svarar mot ett väl definierat vård- eller rehabiliteringsbehov. Det handlar som regel inte om något som uppträder akut utan det kan normalt förutses att barnet för sin egen skull är i behov av en lugn vårdmiljö men motsätter sig detta. Att vård i enskildhet ska vara *nödvändigt* innebär att sådana beslut inte får fattas rutinmässigt utan det måste alltid göras en bedömning i det enskilda fallet om åtgärden är befogad. Det måste finnas en konkret anledning som indikerar åtgärdens nödvändighet.

Vård i enskildhet innebär inte att patienten vistas i ett låst rum utan det kan t.ex. vara i en avskärmad del av en korridor och det ska finnas ständig tillgång till personal. Det är inget som hindrar att flera barn vårdas i samma avskärmade del. Ett beslut om vård i enskildhet gäller i högst en vecka och frågan om upphörande ska övervägas minst en gång per dygn.

Finns det synnerliga skäl får, enligt *andra* stycket, beslutas att barnet ska vårdas i enskildhet längre än en vecka. Efter ny undersökning och nytt beslut får tiden förlängas med högst en vecka vid varje tillfälle. Liksom i fråga om fastspänning och avskiljning föreligger synnerliga skäl i extrema undantagssituationer där upphörandet av enskildhet kan komma att försämra patientens tillstånd trots att adekvata vård- och rehabiliteringsåtgärder vidtagits. Förutsättningarna i andra stycket ska fortfarande vara uppfyllda vid ett beslut att förlänga tiden för fastspänning.

Enligt *tredje* stycket är det chefsöverläkaren som beslutar om vård i enskildhet. Har barnet vårdats i enskildhet mer än en vecka i följd

ska den myndighet regeringen bestämmer, vilket bör vara den av utredningen föreslagna nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård (avsnitt 7.4), utan dröjsmål underrättas om detta.

Eftersom det är fråga om en tvångsåtgärd ska åtgärden och skälen till varför den vidtas dokumenteras i patientens journal.

Vid alla beslut och åtgärder ska bestämmelserna i 2 c–2 e §§, om barnets bästa och barnets rätt att få information och att komma till tals, iakttas. Barnets inställning till vården i enskildhet ska löpande dokumenteras.

22 b §

Ändringen i *första* stycket är en följd av införandet av en ny 20 a §, vilket behandlas i avsnitt 7.3.10. Bestämmelsen har kompletterats med en bestämmelse om att beslut enligt 20 c §, dvs. om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster, i fråga om barn gäller i högst en vecka.

Bestämmelsen i *tredje* stycket är ny och avser barn (se avsnitt 7.3.11). Tiden för inskränkningen får genom nytt beslut förlängas med högst en vecka vid varje tillfälle. Frågan om upphörande av inskränkningen ska övervägas minst en gång per dygn och de överväganden som görs ska dokumenteras liksom patientens inställning till åtgärden och vilka åtgärder som vidtagits för att kunna avsluta åtgärden.

Bestämmelsen i *fjärde* stycket ändras så att underrättelser om beslut enligt 20 c, 22 a §§ och enligt andra och tredje stycket utan dröjsmål ska skickas till den myndighet som regeringen bestämmer, vilket i fråga om barn bör vara den av utredningen föreslagna nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård (avsnitt 7.4).

22 c §

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 7.3.12. En särskild underrättelse ska skickas till den myndighet regeringen bestämmer om ett barn har varit föremål för fasthållning, fastspänning, avskiljning, vård i enskildhet och/eller inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster vid tre olika tillfällen under en vårdperiod.

I fråga om begreppet "tillfällen" avses att patienten vid ett och samma tillfälle kan bli föremål för mer än en tvångsåtgärd såsom t.ex. fasthållning och bältesläggning i syfte att tillföra näring eller läkemedel. Det räknas som ett tillfälle. Efter tre sådana *tillfällen* under en och samma vårdperiod ska en underrättelse skickas till av regeringen bestämd myndighet, vilket bör vara den av utredningen föreslagna nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård (avsnitt 7.4). Sådana underrättelser som ska skickas efter beslut om förlängd fastspänning, avskiljning, vård i enskildhet, inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster eller övervakning av försändelser påverkas inte av denna bestämmelse.

32 §

Ändringen i *fjärde* stycket är en följd av att bestämmelsen om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster fått ändrad beteckning.

39 §

Ändringarna är en följd av att bestämmelsen om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster fått ändrad beteckning och införandet av nya paragrafer.

44 §

Förslaget behandlas i avsnitt 7.3.13. Ändringen i *första* stycket är endast redaktionell.

I mål eller ärenden enligt LPT har barn ställning som part. Barn som har fyllt 15 år är, vid sidan av sina legala ställföreträdare, själva processbehöriga. Yngre barn måste företräddas av en ställföreträdare. Utan att det uttalas i paragrafen är den eller de som är vårdnadshavare legala ställföreträdare för barnet.

Mot bakgrund av artikel 12 i barnkonventionen är bestämmelsen i *andra* stycket ändrad så att den inskränkts till att enbart gälla i domstol. Barn som är yngre än 15 år får höras i domstol om barnet inte

kan antas ta skada av det. För hälso- och sjukvården gäller bestämmelserna i 2 c–2 e §§.

I *tredje* stycket införs en ny bestämmelse enligt vilken den som är förordnad som offentligt biträde för någon som är under 15 år, utan särskilt förordnande, är barnets ställföreträdare i det mål eller ärende som förordnandet avser. Barnet kan genom sin ställföreträdare överklaga domstols avgörande och andra överklagbara beslut och vidta andra processhandlingar. Ställföreträdaren ska tillvarata barnets intresse och bör framföra de åsikter barnet har. Har ställföreträdaren en annan uppfattning än barnet bör han eller hon, med beaktande av barnets åsikter, hävda den uppfattning som han eller hon anser bäst tjänar barnets intresse. Om barnet så önskar eller det annars finns skäl för det ska det offentliga biträdet t.ex. se till att beslut och domar blir överklagade.

10.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

1 §

Första stycket är nytt och motsvarar vad som stadgas i 1 § lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT. Det är ett förtydligande och en erinran om att föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, och patientlagen (2014:821), förkortad PL, gäller all psykiatrisk vård. Bestämmelsen i 1 § LPT har enligt förarbetena avseende även på rättspsykiatrisk vård vilket uttryckligen bör framgå även av LRV.

Andra och tredje stycket är nytt och behandlas i avsnitt 7.3.1 och 7.3.2. Bestämmelserna motsvaras av de föreslagna bestämmelserna i 1 a § LPT vilket utvecklas närmare i kommentarerna till den bestämmelsen.

6 §

Ändringen i *andra stycket* är en följd av införandet av nya bestämmelser i LPT rörande barn som även ska vara tillämpliga om barn vårdas enligt LRV. I *tredje* stycket klargörs att ett barn får vårdas på

en sjukvårdsinrättning där det ges rättspsykiatrisk vård endast om han eller hon omfattas av lagen.

8 §

Ändringen i *första* stycket hänvisar till att även 17 a § i LPT är tillämplig vid vård enligt lagen vilken klargör vilka bestämmelser som får tillämpas i fråga om barn i sluten rättspsykiatrisk vård.

18 §

Ändringen i *första* stycket punkt 7 är en följd av att 20 a § LPT fått ändrad beteckning.

10.3 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

6 kap

15 §

Förslaget behandlas i avsnitt 7.4 och är en följd av förslaget om inrättande av Nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård. Förslaget innebär att hälso- och sjukvården är, utöver vad som följer av lag eller förordning, skyldig att lämna ut sådana uppgifter som nämnden behöver för sin verksamhet ur t.ex. patientjournaler. Enligt 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, bryter uppgiftsskyldigheten den sekretess som annars gäller inom hälso- och sjukvården. För nämnden gäller hälso- och sjukvårdssekretessen enligt 25 kap. OSL.

Kommittédirektiv 2015:138

Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa

Beslut vid regeringssammanträde den 17 december 2015

Sammanfattning

En särskild utredare – en nationell samordnare – ska stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå.

Samordnarens huvuduppdrag ska vara att:

- stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa och verka för att arbetet samordnas på nationell nivå,
- identifiera utvecklingsbehov inom området psykisk hälsa och redovisa dessa till regeringen med förslag till åtgärder som ryms inom ramen för de medel som är avsatta i statsbudgeten på anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg,
- följa upp de insatser som görs inom ramen för samarbetet med Sveriges Kommuner och Landsting, med fokus på effekter för folkhälsan, patienter, brukare och anhöriga, samt
- föreslå hur utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa långsiktigt kan integreras i ordinarie myndighetsstruktur.

Arbetet ska ske i nära samverkan med företrädare för berörda departement, berörda statliga myndigheter, andra samordningsfunktioner inom närliggande områden, Sveriges

Kommuner och Landsting, hälso- och sjukvårdens huvudmän, kommuner och det civila samhället. Resultatet av arbetet ska slutredovisas senast den 31 december 2018.

Bakgrund

Även om hälsan i Sverige generellt sett är god har förekomsten av psykisk ohälsa, definierat som nedsatt psykiskt välbefinnande i befolkningen, ökat sedan början av 1990-talet. Det finns en tydlig tendens att ungdomar, i ökande utsträckning, är nedstämda, oroliga, har svårt att sova samt har andra psykosomatiska besvär. Unga konsumerar också mer psykiatrisk vård, både öppenvård och sjukhusvård, än tidigare. Det finns också tydliga skillnader mellan pojkar och flickor vad gäller psykisk ohälsa.

Även bland andra grupper i samhället har den psykiska ohälsan ökat. Bland äldre lider uppskattningsvis cirka 20 procent av personerna över 65 år av psykisk ohälsa i någon form och psykiska problem utgör nu den enskilt största sjukskrivningsorsaken bland personer i arbetsför ålder. I befolkningen som helhet (16–84 år) lider cirka 15 procent av männen och 21 procent av kvinnorna av nedsatt psykiskt välbefinnande i någon form.¹ En annan grupp som särskilt bör uppmärksammas är nyanlända, som kan ha behov av stöd och/eller vård.

Bortsett från att förekomsten av psykisk ohälsa ofta innebär ett stort lidande för den som drabbas, och dennes anhöriga, där barn som anhöriga ofta drabbas särskilt hårt, medför förekomsten av psykiska besvär hos individen inte sällan en sämre fysisk hälsa, kortare livslängd, ökad risk för att hamna utanför arbetsmarknaden och försämrade möjligheter att etablera sig i samhället i jämförelse med befolkningen som helhet. Vid sidan av detta är de sociala och ekonomiska kostnaderna för den psykiska ohälsan betydande. I Sverige står psykiska diagnoser för cirka 40 procent av alla pågående sjukrivningar som ersätts av Försäkringskassan. OECD upp-

¹ Folkhälsomyndigheten (2013), *Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor*.

skattar att den psykiska ohälsan kostar det svenska samhället över 70 miljarder kronor årligen genom förlorad produktivitet och utgifter för vård och omsorg.²

PRIO-planen (Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa) 2012–2016

Mellan 2007 och 2011 avsatte regeringen cirka 3,7 miljarder kronor för att stimulera utvecklingen på psykiatriområdet. År 2012 konstaterade regeringen att de aktiviteter och den kraftsamling som påbörjats behövde fortsätta och intensifieras om vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa långsiktigt skulle kunna uppnå en nivå som svarar mot samhällets ambitioner och medborgarnas behov. Utgångspunkten var att personer med psykisk ohälsa ska ha samma tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad och tillgänglig vård av god kvalitet som personer med somatisk ohälsa.

Regeringen beslutade därför en handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa (PRIO) för åren 2012–2016 för att skapa förutsättningar för ett samordnat och långsiktigt förbättringsarbete i vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa.³ PRIO-planen har tagit sikte på två grupper, barn och unga respektive vuxna med svår eller komplicerad psykiatrisk problematik. Inom ramen för handlingsplanen har cirka 850 miljoner kronor avsatts årligen. Medlen har fördelats genom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting och har innefattat dels omfattande utvecklingsinsatser, dels prestationsmedel som har tilldelats kommuner och landsting under förutsättning att de levt upp till vissa av kraven och målen i den av regeringen beslutade handlingsplanen. Som stöd för arbetet har två samordningsfunktioner, en på Socialdepartementet och en på Sveriges Kommuner och Landsting, varit knutna till arbetet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (tidigare Myndigheten för vårdanalys) har haft regeringens uppdrag att årligen följa upp och utvärdera PRIO-handlingsplanen. I 2014 års utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa (2014:6) konstaterar myn-

² OECD (2013), *Mental Health and Work: Sweden*, OECD Publishing.

³ Socialdepartementet (2012), *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*, Dnr. S2012.006.

digheten att satsningen har bidragit till att synliggöra situationen för personer med psykisk ohälsa och de brister som finns i vården och omsorgen för dessa grupper. Vidare konstaterar myndigheten att flertalet av de insatser som bedrivits har uppvisat goda resultat. Myndigheten menar dock att det fortfarande kvarstår flera kvalitets-, jämlikhets- och effektivitetsutmaningar i vården och omsorgen för målgruppen och att satsningens inriktning på flera avgörande punkter behöver utvecklas. Myndigheten anser bland annat att en framtida satsning bör vara långsiktig, utformas i samråd med berörda aktörer och mot bakgrund av satsningens omfattning och komplexitet förstärkas med ytterligare analyskapacitet. Detta görs för att säkerställa hög effektivitet i det arbete som bedrivs men också för att styra satsningen mot dess övergripande mål.

Fem fokusområden fem år framåt – strategi för statens insatser inom området psykisk hälsa 2016–2020

Regeringen har under 2015 initierat en bred översyn av statens insatser inom området psykisk hälsa. Översynen har genomförts för att bättre möta den ökande psykiska ohälsan i Sverige och de utmaningar som den psykiatriska vården står inför. Översynen har också varit en viktig del i regeringens mål att sluta de påverkbara hälso- klyftorna inom en generation. Arbetet har genomförts i bred dialog med företrädare för Sveriges Kommuner och Landsting, sjukvårdens huvudmän, kommuner, berörda statliga myndigheter, professionsföreningar, brukar-, patient- och anhörigorganisationer samt det civila samhället.

I överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting redovisar regeringen en ny strategi för statens insatser inom området psykisk hälsa under åren 2016–2020. Syftet med regeringens strategi är att skapa förutsättningar för ett långsiktigt och strategiskt arbete, med ett gemensamt ansvarstagande inom ordinarie strukturer. Målet är att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa, förstärka tidiga insatser till personer som drabbas av psykisk ohälsa och förbättra vården och omsorgen för personer med omfattande behov av insatser. Strategin ska ligga till grund för statens insatser inom området psykisk hälsa under de kommande fem åren, för att därefter utvärderas och vid behov omformuleras.

En av de centrala beståndsdelarna för att uppnå regeringens målsättningar och stödja genomförandet av strategin är ett fortsatt arbete med överenskommelser tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting. Syftet med överenskommelsen är bland annat att stärka utvecklingen på området och samordna statens och huvudmännens arbete. I 2016 års överenskommelse avsätts 890 miljoner kronor för att stödja insatser inom landsting och kommuner för att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa och för att bättre kunna erbjuda rätt insatser, i rätt tid, till de personer som drabbas av psykisk ohälsa. Regeringen anser att en överenskommelse, i syfte att vidmakthålla uppnådda resultat och skapa uthållighet, långsiktighet och förutsägbarhet på området, bör ingås med Sveriges Kommuner och Landsting även under 2017 och 2018. Regeringens satsning på området psykisk hälsa ska utgå från de fem prioriterade fokusområden som nämns ovan under perioden 2016–2020. Fokusområdena beskrivs i överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Nedan följer en sammanfattning av fokusområdena.

Fokusområde 1: Förebyggande- och främjandearbete

Om man räknar i förlorade friska levnadsår är psykisk ohälsa i dag en av de stora sjukdomskategorierna. Att drabbas av psykisk ohälsa är inte bara en stor belastning för den enskilda individen utan medför också stora sociala och ekonomiska konsekvenser. Möjligheterna att genom hälsofrämjande insatser minska den psykiska ohälsan är stora, men i alltför hög grad outnyttjade, och de samband som finns när det gäller ojämlikheter i livsvillkor och ohälsa är lika starka för psykisk som för kroppslig ohälsa. En inriktning som tar sikte på att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa är således avgörande för framtiden, för såväl barn och unga som vuxna och äldre. De viktigaste insatserna på området är bland annat att identifiera bästa tillgängliga kunskap, identifiera eventuella brister och stimulera en utveckling för att öka tillgången på hälsofrämjande insatser i befolkningen.

Fokusområde 2: Tillgängliga tidiga insatser

Personer med psykisk ohälsa eller risk för psykisk ohälsa – oavsett ålder och kön, liksom art och grad av ohälsa – måste räknas med att kunna få tillgång till rätt insatser. Insatserna ska vara anpassade till olika gruppers särskilda behov och sättas in i rätt tid för att motverka en ohälsoutveckling. Två grundläggande förutsättningar för att detta ska kunna uppnås är att det finns god kompetens bland dem som träffar personer med psykisk ohälsa, eller med risk för att utveckla psykisk ohälsa, att känna igen tidiga tecken på psykisk ohälsa samt att det finns god tillgänglighet till bedömning, utredning och behandling när detta bedöms som nödvändigt. Det gäller både vård- och stödinsatser på specialistnivå, i primärvården och elevhälsan. Det är inte ändamålsenligt med en enhetlig organisering för hela Sverige eftersom befolkningens behov varierar i olika delar av landet och inom olika landsting. Det är däremot avgörande att minska en fragmentisering och suboptimering av de insatser som erbjuds den enskilde och säkerställa att kunskapsbaserade insatser kan erbjudas en individ tidigt i en ohälsoutveckling. Det gäller såväl psykiatriska vårdinsatser som somatiska insatser till personer med psykisk ohälsa.

Fokusområde 3: Enskildas delaktighet och rättigheter

Trots goda intentioner och en hög ambitionsnivå har regeringens målsättningar när det gäller god vård, sysselsättning och delaktighet för personer med allvarlig psykisk sjukdom och/eller funktionsnedsättning inte uppnåtts till fullo. Personer med allvarlig psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning har, även vid jämförelse med grupper med kroppslig sjukdom eller funktionsnedsättning, fortfarande en sämre fysisk hälsa, en kortare medellivslängd och sämre upplevd livskvalitet jämfört med befolkningen som helhet.

En stor utmaning för att förbättra vården och omsorgen för dessa personer är att vid sidan av medicinska insatser öka vårdens och omsorgens fokus på faktorer som främjar och vidmakthåller hälsan hos den enskilde. Vid sidan av denna utmaning finns ett behov av att utveckla en personcentrerad vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa. I denna perspektivförskjutning ingår att avveckla synen på den enskilde som en passiv mottagare för en medicinsk eller social intervention och i stället se vård- och omsorgs-

situationen som en överenskommelse mellan den enskilde och vårdgivaren, där den enskilde tillåts vara aktiv i planeringen och genomförandet av de insatser som ges. För personer med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning är detta inte bara en viktig förutsättning för återhämtning utan också en viktig del i att säkerställa den enskildes delaktighet och rättigheter. Det finns vidare skäl att fortsatt analysera och vidta åtgärder för att förbättra levnadsvillkoren för de barn, unga, vuxna och äldre som lever med psykisk ohälsa.

Fokusområde 4: Särskilt utsatta grupper

De barn, unga, vuxna och äldre som drabbas av psykisk ohälsa ska erbjudas en tillgänglig, god och säker vård och omsorg i enlighet med bästa tillgängliga kunskap. Med en sådan ambition är det viktigt att vara medveten om att olika individer har olika behov och förutsättningar. Det finns inte en lösning eller modell som passar alla, och grupperna har olika mönster för att söka vård och få det stöd som behövs. Av det skälet är det angeläget att särskilt synliggöra skillnader i psykisk hälsa och förutsättningar för psykiskt välmående som varierar med avseende på kön, sexuell läggning, könsöverskridande identitet eller uttryck eller etnisk tillhörighet och att lyfta fram de grupper som har visat sig vara mer utsatta på olika sätt. Det rör sig både om individer tillhörande grupper som riskerar psykisk ohälsa ökad utsträckning, och därför bör uppmärksammas tidigt, och individer tillhörande grupper som av olika skäl har svårt att få tillgång till samhällets stödinsatser.

Fokusområde 5: Ledning, styrning och organisation

Psykisk hälsa och psykisk ohälsa berör sammantaget mycket stora delar av samhället och dess funktioner. Alla verksamheter som möter människor, från mödra- och barnhälsovården och arbetsplatser till skolor och äldreboenden, påverkar och påverkas av en utveckling för att stärka den psykiska hälsan i Sverige. Samtidigt möter en person som lever med psykisk ohälsa inte sällan många olika typer av välfärdsinstanser under stora delar av sitt liv, både som ung, vuxen och gammal. Ett väl fungerande samarbete och gemensamt ansvarstagande ställer stora krav på organisationer och ledare att motsvara

de behov som finns. Organisationer måste samarbeta och samorganiseras för att motverka fragmentering för den enskilde och suboptimering för samhället. Ledare måste ha god kunskap om bästa tillgängliga metoder och vilka verktyg som har stöd i forskning och praktik, och i en snabbt föränderlig värld är förmågan att leda i förändring grundläggande. För att möta de utmaningar som samhället och enskilda står inför krävs en mobilisering av ledarskap och ökade kunskaper på alla nivåer och i olika samhällssektorer, i kombination med en organisering som möjliggör samarbete och resurseffektivitet.

Behovet av en nationell funktion inom området psykisk hälsa

Då den nuvarande samordningsfunktionen för statens insatser inom området psykisk hälsa upphör den 31 december 2015 anser regeringen att det är angeläget att det arbete som har bedrivits inom ramen för PRIO-planen fortsätter och att genomförandet av regeringens strategi inom området psykisk hälsa kontinuerligt styrs, följs upp och analyseras. Det finns därför ett behov av att tillsätta en nationell funktion i form av en nationell samordnare med uppdraget att samordna, följa upp och stärka utvecklingsarbetet inom området psykisk hälsa och verka för att regeringens ambitioner inom området fullföljs.

Denna organisationsform bidrar till att ett flexibelt och sammanhållet arbete med frågor som berör psykisk hälsa kan säkerställas samt en möjlighet att kontinuerligt samordna, följa upp och analysera utvecklingen inom flera olika områden på ett effektivt och målinriktat sätt.

Uppdraget

Samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa ska stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå. I uppdraget ingår att främja erfarenhetsutbyte, samverkan mellan berörda aktörer och samordning mellan verksamheter hos samma huvudman och fortlöpande identifiera utvecklingsbehov inom området och redovisa dessa till regeringen med förslag till åtgärder. Vidare ska sam-

ordnaren följa upp de insatser som görs inom ramen för samarbetet med Sveriges Kommuner och Landsting, med fokus på effekter för patienter, brukare och anhöriga och verka för att regeringens ambitioner inom området fullföljs. Till grund för samordnarens uppdrag ligger regeringens målsättning om ett långsiktigt och strategiskt arbete, med ett gemensamt ansvarstagande inom ordinarie strukturer. Målet är att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa, förbättra tidiga insatser till personer som drabbas av psykisk ohälsa och förbättra vården och omsorgen för personer med omfattande behov av insatser. Samordnarens förslag ska förhålla sig till det strategiska arbetet för en hållbar utveckling, i såväl ekologiskt och ekonomiskt som socialt hänseende och genomgående uppmärksamma skillnader i psykiskt välmående som har samband med kön. I arbetet ska även särskilt utsatta grupper i samhället, såsom hbtq-personer, personer med utländsk bakgrund, det samiska folket och personer som tillhör nationella minoriteter uppmärksammas

Samordnaren ska tillämpa ett tvärsektoriellt perspektiv vid analysen av såväl utvecklingen inom området psykisk hälsa som av tänkta förslag. Vidare ska samordnaren också överväga betydelsen av såväl universella främjande insatser som insatser riktade till specifika målgrupper i arbetet för att stärka vården och omsorgen till personer med psykisk ohälsa. Om samordnaren, i sitt arbete, skulle identifiera väsentliga kunskapsluckor som motiverar särskilda forskningsinsatser bör detta belysas i den löpande rapporteringen. I arbetet och vid utformningen av förslagen ska relevanta resultat och erfarenheter från liknande initiativ på lokal och regional nivå i Sverige, i andra länder samt i EU-samarbetet och övrigt internationellt samarbete beaktas. Arbetet ska resultera i förslag riktade till såväl staten som kommuner och landsting samt till andra relevanta samhällsaktörer. Samordnaren ska ha följande huvuduppdrag:

Stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa och verka för att arbetet samordnas på nationell nivå

Samordnaren ska stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa och verka för att arbetet samordnas på nationell nivå. I detta arbete ska funktionen kontinuerligt samverka med, och inhämta synpunkter

från, företrädare för berörda statliga myndigheter, aktörer på lokal och regional nivå, Sveriges Kommuner och Landsting, professions-, patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt det civila samhället. Samordnaren ska vid de tidpunkter och i den form som beslutas i dialog med Regeringskansliet (Socialdepartementet) informera om arbetet i denna del.

Identifiera utvecklingsbehov inom området psykisk hälsa och redovisa dessa till regeringen med förslag till åtgärder

Samordnaren ska identifiera utvecklingsbehov inom området psykisk hälsa och redovisa dessa till regeringen med förslag till åtgärder. Samordnaren ska vid de tidpunkter och som beslutas i dialog med Regeringskansliet (Socialdepartementet) informera om arbetet i denna del. De förslag som samordnaren presenterar ska rymmas inom ramen för de medel som är avsatta i statsbudgeten på anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

Följa upp de insatser som görs inom ramen för samarbetet med Sveriges Kommuner och Landsting, med fokus på effekter för folkhälsan, patienter, brukare och anhöriga

Samordnaren ska fullfölja de ambitioner som regeringen har beslutat om samt följa upp de insatser som görs inom ramen för samarbetet med Sveriges Kommuner och Landsting, med fokus på effekter för folkhälsan, patienter, brukare och anhöriga. Vidare ska samordnaren lämna förslag på områden som kan bli föremål för statens överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa.

Konsekvensbeskrivningar

Förslagens konsekvenser ska redovisas enligt vad som anges i 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474). I de delar förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för det offentliga ska förslag till finansiering redovisas.

Arbetets bedrivande och redovisning av uppdraget

Samordnaren ska på olika sätt presentera sina iakttagelser av nuläget och diskutera utvecklingen inom området psykisk hälsa och ohälsa med olika aktörer på lokal, regional och nationell nivå samt med professions-, brukar- och anhörigorganisationer och det civila samhället. Samordnaren ska, genom ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt, aktivt verka för att de lägesrapporter och förslag som presenteras har goda förutsättningar att få genomslag bland olika men är inte begränsat till, hälso- och sjukvårdens huvudmän, professionsföreningar, brukar- och anhörigorganisationer, det civila samhället och forskarsamhället. Samordnaren ska samråda med aktörer som berörs av dess arbete, berörda statliga myndigheter, andra samordningsfunktioner inom närliggande områden, Sveriges Kommuner och Landsting samt företrädare för kommun- och landstingssektorn. Samordnaren ska dessutom samråda med företrädare för lokala och regionala initiativ inom området psykisk hälsa samt främja synergieffekter mellan likartade initiativ på olika nivåer.

I arbetet ingår också att på olika sätt delta i samhällsdebatten i frågor som berör uppdraget och stödja initiativ som syftar till att etablera forum för inflytande, dialog och samverkan och i detta ta hänsyn till berörda gruppers olika förutsättningar, till exempel när det gäller ålder, funktionsnedsättning och andra faktorer som kan påverka deras medverkan. Samordnaren ska beakta andra pågående arbeten som är relevanta för de uppdrag som anknyter till dess arbete, exempelvis det arbete som bedrivs inom ramen för Kommissionen för jämlik hälsa (S2015:02) och Rådet för styrning med kunskap (förordning 2015:155).

Samordnaren ska fortlöpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om sitt arbete och regelbundet presentera förslag och andra resultat av arbetet. Samordnaren ska 2016 och 2017, senast den 1 oktober, lämna delrapporter med analyser av utvecklingen inom området psykisk hälsa samt förslag till åtgärder. Resultatet av arbetet ska slutredovisas senast den 31 december 2018. Redovisningen ska innehålla en samlad bedömning av möjliga åtgärder som kan bidra till utvecklingsarbetet inom området psykisk hälsa och därmed bidra till regeringens ambitioner inom området. Redovisningen ska också innehålla förslag på hur utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa långsiktigt kan integre-

ras i ordinarie myndighetsstruktur. Den samlade bedömningen ska även omfatta såväl de direkta ekonomiska som de samhällsekonomiska konsekvenserna av åtgärderna.

Avgränsningar av uppdraget

Samtliga förslag som lämnas ska rymmas inom de medel som är avsatta på statsbudgeten på anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Förslag som lämnas ska inte innebära ett utvidgat offentligt årtagande.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2016:106

Tilläggsdirektiv till Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09)

Beslut vid regeringssammanträde den 8 december 2016

Sammanfattning

Regeringen beslutade den 17 december 2015 att en särskild utredare – en nationell samordnare – ska stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet sam-ordnas på nationell nivå (dir. 2015:138).

Utredaren ges genom dessa tilläggsdirektiv i uppdrag att göra en översyn av tvångsåtgärder mot barn enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT. Vid översynen ska utredaren bedöma om det finns tvångsåtgärder som bör avskaffas, ersättas av andra tvångsåtgärder eller ändras. Utredaren ska vid behov lämna förslag till ny lagstiftning på området. Utgångspunkten för förslagen ska vara att minska eller om möjligt avskaffa användningen av tvångsåtgärder utan att försämrade förutsättningarna att bereda barn nödvändig vård. Syftet med uppdraget är att ytterligare stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för barn som tvångsvårdas samt bidra till kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på tvångsvården. En utgångspunkt för utredarens arbete ska vara att tillvarata barnets bästa samtidigt som barnets rätt till integritet och självbestämmande ska beaktas.

Tilläggsuppdraget ska redovisas senast den 31 december 2017.

Bakgrund

Sveriges ratificerande av FN:s konvention om barnets rättigheter har bidragit starkt till en utveckling mot en fokusering på barns rättigheter. Av denna konvention framgår barns rätt till likabehandling och lika värde, barns rätt att få komma till tals och att få påverka sin situation samt barns rätt till skydd vid utsatthet.

Kritik från FN:s Barnrättskommitté

Under 2015 fick Sverige kritik från FN:s Barnrättskommitté gällande den psykiatriska vården för barn. Kommittén riktar kritik bland annat mot användningen av bältesläggning och isolering inom barn- och ungdomspsykiatri och Sverige uppmanades att omedelbart förbjuda dessa tvångsåtgärder. Vidare menade kommittén att Sverige även borde utbilda vårdpersonal i behandlingsmetoder som inte inbegriper våld och tvång (Convention on the Rights of the Child, Concluding observations on the fifth periodic report of Sweden, March 2015).

Flickor är kraftigt överrepresenterade i statistiken när det gäller tvångsåtgärder

Ur Socialstyrelsens statistikdatabas kan det utläsas att 278 barn mellan 0 och 17 år tvångsvårdades 2014. Av dessa barn var 99 pojkar och 179 flickor. Det finns stora skillnader mellan pojkar och flickor när det gäller olika former av tvångsåtgärder. Av 186 fastspänningar gällde 176 flickor. När det gäller avskiljning syns samma mönster, 7 pojkar och 59 flickor hade avskilts. Även när det gäller läkemedels-tillförsel under fastspänning eller fasthållande dominerar flickorna stort, av 126 åtgärder gällde 109 flickor och 17 pojkar.

Stora satsningar har gjorts på att minska tvångsåtgärderna – med begränsat resultat

I en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen från december 2009 enades parterna om en treårig satsning på den psykiatriska heldygnsvården under perioden

2010–2012. Under åren 2010–2013 satsade regeringen 186 miljoner kronor på ett systematiskt förbättringsarbete för att minska behovet av tvångsåtgärder. I en utvärdering av överenskommelsen om att förbättra den psykiatriska heldygnsvården drog Socialstyrelsen slutsatsen att punktinsatser med statliga stimulansmedel endast i liten grad bidrar till att långsiktigt lösa de resurs-, kompetens- och strukturproblem som fortfarande finns inom psykiatrin. Socialstyrelsen menade att sådana förändringar ofta tar tid och behöver bedrivas systematiskt under flera år. Socialstyrelsen ansåg att det behövs fortsätta åtgärder för att stärka baskompetensen och specialistkompetensen hos olika personalgrupper. Verksamheterna behöver dessutom fortlöpande utvärdera insatsernas resultat för att säkerställa att vården blir bättre för patientgruppen tvångsvårdade.

Uppdraget

Utredaren ges i uppdrag att göra en översyn av tvångsåtgärder mot barn enligt LPT. Utredaren ska vid behov lämna förslag till ny lagstiftning på området. Utgångspunkten för förslagen ska vara att minska eller om möjligt avskaffa användningen av tvångsåtgärder utan att försämrå förutsättningarna att bereda barn nödvändig vård. Syftet med översynen är att ytterligare stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för barn som tvångsvårdas enligt LPT samt bidra till kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på tvångsvården. En utgångspunkt för utredarens arbete ska vara att tillvarata barnets bästa samtidigt som barnets rätt till integritet och självbestämmande ska beaktas. Utredaren ska:

- göra en översyn av bestämmelserna om tvångsåtgärder mot barn enligt LPT,
- se över vilka förutsättningar som ska gälla för barn som vårdas enligt LPT,
- utreda de eventuella åtgärder som behöver vidtas på nationell nivå om tvångsåtgärder mot barn enligt LPT ska kunna minska eller avskaffas på ett rättsäkert sätt,
- analysera de eventuella åtgärder som behöver vidtas hos landsting och regioner om tvångsåtgärder mot barn enligt LPT ska kunna minska eller avskaffas på ett rättsäkert sätt,

- analysera orsaker till att tvångsåtgärder tillämpas i högre utsträckning vid vård av flickor än av pojkar.
Utredaren ska föreslå nödvändiga författningsändringar.
Tilläggsuppdraget ska redovisas senast den 31 december 2017.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska, i enlighet med vad som anges i dir. 2015:138, redovisa ekonomiska och andra konsekvenser av förslagen enligt 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474). I de delar av förslagen som innebär kostnader eller minskade intäkter för det offentliga ska förslag till finansiering lämnas. De analyser, överväganden och förslag som presenteras ska utgå från flickors respektive pojkars behov och villkor. Samråd och redovisning av uppdraget Utredaren ska samråda med de aktörer som berörs av uppdraget. Detta omfattar, men är inte begränsat till, berörda statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting samt hälso- och sjukvårdens huvudmän. Utredaren ska också inhämta synpunkter från professionsföreningar, brukar-, patient-, och anhörigorganisationer, det civila samhället och övriga organisationer som berörs av utredarens uppdrag. Utredaren ska vidare beakta andra pågående arbeten som är relevanta för de uppdrag som anknyter till arbetet, exempelvis de förslag som Barnrättighetsutredningen lämnat i betänkandet Barnkonventionen blir svensk lag (SOU 2016:19). Utredaren ska fortlöpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om hur arbetet fortskrider.

(Socialdepartementet)

Referenslista

Regeringens propositioner

- Proposition (1973:90), Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.
- Proposition (1975/76:209), Om ändring i regeringsformen
- Proposition (1983/84:111), Med förslag till ny polislag m.m.
- Proposition (1985/86:17), Om godkännande av FN-konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning
- Proposition (1990/91:58), Psykiatrisk tvångsvård m.m.
- Proposition (1993/94:117), Inkorporering av Europakonventionen och andra fri- och rättighetsfrågor
- Proposition (1994/95:224), Barns rätt att komma till tals
- Proposition (1995/96:175), Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården
- Proposition (1996/97:124), Ändring i socialtjänstlagen
- Proposition (1997/98:96), Vissa reformer av påföljdssystemet
- Proposition (1999/2000:44), Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
- Proposition (2002/03:53), Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m.
- Proposition (2004/05:107), Svenskt godkännande av fakultativt protokoll till FN:s konvention mot tortyr m.m.
- Proposition (2005/06:195), Elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård
- Proposition (2007/08:70), Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården

- Proposition (2008/09:160), Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten
- Proposition (2009/10:210), Patientsäkerhet och tillsyn
- Proposition (2009/10:232), Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige
- Proposition (2012/13:10), Stärkt stöd och skydd för barn och unga
- Proposition (2013/14:106), Patientlag
- Proposition (2015/16:43), Stödboende – en ny placeringsform för barn och unga
- Proposition (2016/17:43), En ny hälso- och sjukvårdslag
- Proposition (2016/17:94), Ökad patientmedverkan vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
- Proposition (2016/17:99), Vårändringsbudget för 2017
- Proposition (2016/17:122), Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården

Regeringens skrivelser m.m.

- Regeringskansliet, Justitiedepartementet (2005), Lagrådsremiss, Svenskt godkännande av fakultativt protokoll till FN:s konvention mot tortyr m.m., Stockholm den 10 februari 2005
- Regeringskansliet, Socialdepartementet (Skr. 2013/14:91), Åtgärder för att stärka barnets rättigheter och uppväxtvillkor i Sverige
- Regeringskansliet, Socialdepartementet (Skr. 2016/17:10), Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid
- Regeringskansliet, Socialdepartementet (2017a), Lagrådsremiss, Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter, Stockholm den 6 juli 2017
- Regeringskansliet, Socialdepartementet (2017c), Lagrådsremiss, En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården, Stockholm den 28 september 2017

Statens offentliga utredningar (SOU)

- Socialberedningen (SOU 1984:64), Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten, Betänkande av Socialberedningen, Stockholm Liber
- Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén (SOU 2005:81), Källan till en chans – Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården, Betänkande av Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén, Fritzes Offentliga publikationer
- Nationell Psykiatrisamordning (SOU 2006:100), Ambition och ansvar, Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder, Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning, Fritzes Offentliga publikationer
- Psykiatrilagsutredningen (SOU 2012:17), Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd, Betänkande av Psykiatrilagsutredningen, Fritzes Offentliga Publikationer
- Ägarprövsutredningen (SOU 2015:7), Krav på privata aktörer i välfärden, Slutbetänkande av Ägarprövningsutredningen, Fritzes offentliga publikationer
- Klagomålsutredningen (SOU 2015:14), Sedd, hörd och respekterad: ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården, Delbetänkande från Klagomålsutredningen, Fritzes Offentliga Publikationer
- Bergwallkommissionen (SOU 2015:52), Rapport från Bergwallkommissionen, Betänkande av Bergwallkommissionen, Fritzes Offentliga Publikationer
- Utredningen om tvångsvård för barn och unga (SOU 2015:71), Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU, Del B, Slutbetänkande av Slutbetänkande av Utredningen om tvångsvård för barn och unga, Fritzes Offentliga publikationer
- Jämställdhetsutredningen (SOU 2015:86), Mål och myndighet – En effektiv styrning av jämställdhetspolitiken, Betänkande av jämställdhetsutredningen, Fritzes Offentliga Publikationer
- Klagomålsutredningen (SOU 2015:102), Fråga patienten – Nya perspektiv i klagomål och tillsyn, Slutbetänkande av Klagomålsutredningen, Fritzes Offentliga Publikationer

- Barnrättighetsutredningen (SOU 2016:19), Barnkonventionen blir svensk lag, Betänkande av Barnrättsutredningen, Fritzes Offentliga Publikationer
- Välfärdsutredningen (SOU 2017:38), Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning, Betänkande av Välfärdsutredningen, Fritzes Offentliga Publikationer
- Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (SOU 2017:48), Kunskapsbaserad och jämlik vård – Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård, Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården, Fritzes Offentliga Publikationer

Departementsserien (DS)

- Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014d), Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård, Ds 2014:28
- Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014e), En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst, Ds 2014:9

Regeringsbeslut m.m.

- Regeringskansliet, Utrikesdepartementet, Sveriges internationella överenskommelser (SÖ 2008:26), Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och fakultativt protokoll till konventionen om rättigheter för personer med funktions-nedsättning
- Regeringskansliet, Socialdepartementet (dir. 2009:93), Tilläggsdirektiv till Utredningen om översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen (S 2008:09)
- Regeringskansliet, Socialdepartementet (2014a), Uppdrag att genomföra vissa insatser kring barn som vårdas i psykiatrisk tvångsvård (S2014/2929/FS)
- Regeringskansliet, Socialdepartementet, (2014b), Uppdrag att låta barn komma till tals i tillsyn över psykiatrisk tvångsvård, (S2014/2930/FS)

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2015a), Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2015b), Remissammanställning av Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård, Ds 2014:28

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2016a), Uppdrag att förbättra uppföljningen av tvångsvården (S2016/05822/FS)

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2016b), Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017 (S2016/07839/FS)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:55) om hem för vård eller boende

Myndighetspublikationer

Barnombudsmannen (2012), Remissvar, Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17), 15 november 2012, Dnr 9.1:0522/12

Barnombudsmannen (2014a), Bryt tystnaden – barn och unga om samhällets stöd vid psykisk ohälsa, Stockholm 2014

Barnombudsmannen (2014b), Remissvar, Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård (Ds 2014:28), Dnr. 3.9:0726/14, 1 december 2014

Folkhälsomyndigheten (2014), Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14, Grundrapport, Edita, 2014

- Inspektionen för vård och omsorg (2014a), Låt barn komma till tals i tillsyn över psykiatrisk tvångsvård, Regeringsuppdrag Dnr. S2014/2930/FS, IVO-2014-30
- Inspektionen för vård och omsorg (2014b), Underlag för prioritering av den egeninitierade tillsynen 2015, IVO 2014-21
- Inspektionen för vård och omsorg (2015a), Remissvar avseende Rapport från Bergwallkommissionen SOU 2015:52, dnr. 10.1-23005/2015, 2015-11-20
- Inspektionen för vård och omsorg (2015b), Inspektionen för vård och omsorgs yttrande i Riksdagens ombudsmäns ärende, dnr. 733-2015, dnr. 10.1-6462/2015, 2015-04-13
- Inspektionen för vård och omsorg (2016a), Årsredovisning 2015 Inspektionen för vård och omsorg, IVO2016-14
- Inspektionen för vård och omsorg (2016b), Redovisning av regeringsuppdrag, Analys av IVO:s sanktionsmöjligheter (S2016/04459/RS), dnr. 1.5-17082/2016, 2016-10-31
- Inspektionen för vård och omsorg (2017a), Tillsynsrapport 2016 – De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2016, IVO 2017-8
- Inspektionen för vård och omsorg (2017b), Årsredovisning 2016 Inspektionen för vård och omsorg, IVO 2017-4
- Justitieombudsmannen (2006), Redogörelse 2006/07: JO, Justitieombudsmännens ämbetsberättelse, Elanders Gotab, Stockholm 2006
- Justitieombudsmannen (2012a), Redogörelse 2011/12:, JO, Justitieombudsmännens ämbetsberättelse, Elanders, Vällingby 2011
- JO (2012b), Yttrande över betänkandet Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17), R 41-2012, 2012-11-30
- Socialstyrelsen (2008), Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (2008:18)
- Socialstyrelsen (2009a), Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, 2009-11-5

- Socialstyrelsen (2009b), Innehållet i den psykiatriska tvångsvården, 2009-126-81, februari 2009
- Socialstyrelsen (2011), Meddelandeblad, Om användningen av mobila bälten, Nr 8/2011 Oktober 2011, 2011-10-21
- Socialstyrelsen (2013a), Bättre vård – mindre tvång? Utvärdering av överenskommelsen om att förbättra den psykiatriska heldygns-vården, 2013-11-27
- Socialstyrelsen (2013b), Psykisk ohälsa bland unga – underlagsrapport till Barns och Ungas hälsa, vård och omsorg 2013
- Socialstyrelsen (2015), Barn och unga i psykiatrisk tvångsvård – om rättigheter och tvångsåtgärder, 2015-1-31
- Socialstyrelsen (2017a), Statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst, Redogörelse för arbetet inom Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen under 2016, 2017-2-22
- Socialstyrelsen (2017b), Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, Uppföljning av 2016 års överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, 2017-5-22
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2016a), Hantering av hot och våld inom psykiatri – interventionsstrategier vid pågående våldshändelser, SBU kommenterar, kommentar och sammanfattning av utländska kunskapsöversikter, 20 december 2016, www.sbu.se/2016_13
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2016b), Hantering av hot och våld inom psykiatri – riskfaktorer, riskhantering och hanteringsstrategier för unga, SBU Kommenterar, Kommentar och sammanfattning av utländska kunskapsöversikter, 20 december 2016, 2016_14
- Statistiska Centralbyrån, SCB (2016), Sveriges framtida befolkning 2016 – 2060, The future population of Sweden 2016–2060, BE 18 SM 1601
- Sveriges Domstolar (2017), Årsredovisning 2016, 22 februari 2017, 1290-2016, ARK-Tryckaren AB, Jönköping, februari 2017

Myndighetsbeslut

- Inspektionen för vård och omsorg (2014), Klagomål om fel i vården gällande tillämpningen av tvångsvård vid Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Landstinget Kronoberg och Rätt psykiatriska regionkliniken i Växjö, beslut, dnr. 8.2-34354/2013, 2014-04-23
- Inspektionen för vård och omsorg (2016), Tillsyn av underrättelser om beslut om avskiljande mer än åtta timmar vid Rätt psykiatriska regionkliniken i Växjö, beslut, dnr. 8.5-33850/2014-8, 2016-01-29
- Inspektionen för vård och omsorg (2016), Underrättelse om beslut om fastspänning med bälte eller avskiljande, dnr. 5023/2016 -5
- Inspektionen för vård och omsorg (2016), Underrättelse om beslut om fastspänning med bälte eller avskiljande, dnr. 22877/16-32
- Justitieombudsmannen (2004), Fråga om den som är intagen i ett särskilt ungdomshem har rätt till daglig utevistelse, dnr. 1474-2004,
- Justitieombudsmannen (2007), Handläggningen av en fråga om avskiljande enligt 20 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) m.m., dnr. 3032-2007
- Justitieombudsmannen (2009), Kritik mot en rätt psykiatrisk vårdinrättning som vägrat en patient som vårdas enligt lagen (1991:1129) om rätt psykiatrisk vård att vistas utomhus på grund av att han inte lämnat urinprov. Patientens behov av utomhus-vistelse har inte ansetts tillgodosett genom vistelse på avdelningens balkong, dnr. 6823-2009, 2196-2010
- Justitieombudsmannen (2011), Allvarlig kritik mot Rätt psykiatriska regionkliniken i Vadstena, Landstinget i Östergötland, bl.a. för att en patient som vårdats med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, belagts med handfängsel, dnr. 4471-2011
- Justitieombudsmannen (2012), Initiativärende. Kritik mot Rätt psykiatriska regionkliniken i Sundsvall, Landstinget Väster-norrland, för utformningen av beslut om bältesläggning och avskiljande, dnr. 6615-2012

- Justitieombudsmannen (2012), Protokoll fört vid besök hos Stockholms läns landsting, Rättsspsykiatri Vård Stockholm, Löwenströmska sjukhuset i Upplands Väsby, avdelning 34, den 29–30 augusti 2012, dnr. 4580-2012
- Justitieombudsmannen (2012), Protokoll fört vid besök hos Region Halland, Psykiatriska kliniken i Varberg, avdelning 21, den 23 maj 2012, dnr. 2782-2012
- Justitieombudsmannen (2012), Initiativärende. Kritik mot Rättsspsykiatriska kliniken i Örebro, Örebro läns landsting, för klinikens generella ordningsregler om dator- och tv-spel, dnr. 1170-2012
- Justitieombudsmannen (2013), Inspektion av Region Gotland, Psykiatriska kliniken, avdelning B vid Visby lasarett den 3 juni 2013, dnr. 2766-2013
- Justitieombudsmannen (2015), Opcat-inspektion av Psykiatriska kliniken, Umeå, den 25–26 mars 2015, dnr. 1350-2015
- Justitieombudsmannen (2015), Inspektion av psykiatriska kliniken vid Gävle sjukhus, Region Gävleborg, den 13–15 oktober 2015, dnr. 5735-2015
- Justitieombudsmannen (2015), Opcat-inspektion av Region Jämtland Härjedalen, Östersunds sjukhus, Område Psykiatri, Avdelningarna 3A, 3B och 4A den 11–12 mars 2015, 643-2015
- Justitieombudsmannen (2016), Opcat-inspektion av Landstinget Dalarna, Rättsspsykiatriska kliniken i Säter, den 18–20 oktober 2016, dnr. 5556-2016

Övriga publikationer

- Gustafsson Ewa (2010), Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet. En rättsvetenskaplig monografi om LPT, Studentlitteratur AB, Lund
- Halldorsson Matthias (2003), Health care systems in transition: Iceland. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2003

- Mattsson Titti (2015) i Utredningen om tvångsvård för barn och unga, (SOU 2015:71), Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU, Del B, Slutbetänkande av Utredningen om tvångsvård för barn och unga, Fritzes offentliga publikationer, Bilaga 3, s. 1149–1178
- Nationella självskadeprojektet (2014), Beskrivning av en tänkt nationell högspecialiserad vårdenhet avsedd för personer med mycket allvarligt självskadebeteende, 2014-10-17
- Ringard Ånen, Sagan Anna, Sperre Saunes Ingrid, Lindahl Anne Karin (2013), Norway: Health system review. Health Systems in Transition, 2013; 15(8): 1–162
- Svenska psykiatriska föreningen (2013), Psykiatrisk tvångsvård Kliniska riktlinjer för vård och behandling, Svensk psykiatri nr. 13, Svenska psykiatriska föreningen & Gothia Fortbildning
- Sveriges Kommuner och Landsting (2010), Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården, Avdelningen för Vård och Omsorg, Sektionen för Vård och Socialtjänst, dnr. 08/3748, 2010-06-18
- Sveriges Kommuner och Landsting (2011), Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården, Barn- och ungdomspsykiatri, Avdelningen för Vård och Omsorg, Sektionen för Vård och Socialtjänst, dnr. 08/3748, 2011-03-08
- Sveriges Kommuner och Landsting (2012), Externa kollegiala revisioner -Ett underlag för utförande av granskningar inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
- Sveriges Kommuner och Landsting (2015), Markörbaserad journalgranskning i psykiatri för att identifiera och mäta skador i vården, Handbok
- Sveriges Kommuner och Landsting, Uppdrag psykisk hälsa (2017a), Kartläggning 2016, Barn- och ungdomspsykiatri
- Sveriges Kommuner och landsting & Nysam (2017b), Benchmark psykiatri
- Sveriges Kommuner och Landsting, Uppdrag psykisk hälsa (2017c), Hur mår BUP? En nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatri i Sverige

Internationella dokument och rekommendationer

Council of Europe, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), (1998), Involuntary placement in psychiatric establishments, Extract from the 8th General Report of the CPT, published in 1998, CPT/Inf(98)12-part

Council of Europe, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), (2002), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2015

Council of Europe (2006), Report to the Icelandic Government on the visit to Iceland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 3 to 10 June 2004, CPT/Inf (2006) 3

Council of Europe (2013a) Report to the Icelandic Government on the visit to Iceland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 18 to 24 September 2012, CPT/Inf (2013) 37

Council of Europe (2013b) Response of the Icelandic Government to the report of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) on its visit to Iceland from 18 to 24 September 2012, CPT/Inf (2013) 38

Council of Europe (2015), Response of the Finnish Government to the Report on the visit to Finland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 22 September to 2 October 2014, CPT/Inf (2015) 33

United Nations, Committee against Torture (2014), Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Concluding observations on the sixth and seventh periodic reports of Sweden, CAT/C/SWE/CO/6-7, 12 December 2014

- United Nations, Convention on the Rights of the Child, Committee on the Rights of the Child (2003), CRC/GC/2003/4, Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 4 (2003), Ungdomars hälsa och utveckling inom ramen för konventionen om barnets rättigheter. FN:s kommitté för barnets rättigheter, 1 juli 2003
- United Nations, Convention on the Rights of the Child, Committee on the Rights of the Child (2003), CRC/GC/2003/5, Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 5 (2003), Allmänna åtgärder för genomförandet av konventionen om barnets rättigheter (artikel 4, 42 och 44.6), FN:s kommitté för barnets rättigheter, 27 november 2003
- United Nations, Convention on the Rights of the Child, Committee on the Rights of the Child (2006) CRC/GC/2006/8, Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 8 (2006), Barnets rätt till skydd mot kroppslig bestraffning och andra grymma eller förnedrande former av bestraffning (bl.a. artikel 19, 28.2 och 37), FN:s kommitté för barnets rättigheter, 2 mars 2007
- United Nations, Convention on the Rights of the Child, Committee on the Rights of the Child (2009), CRC/C/GC/12, Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 12 (2009), Barnets rätt att bli hörd, FN:s kommitté för barnets rättigheter, 20 juli 2009
- United Nations, Convention on the Rights of the Child, Committee on the Rights of the Child (2013), CRC/C/GC/14, Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 14 (2013) om Barnets rätt att få sitt bästa satt i främsta rummet. FN:s kommitté för barnets rättigheter, 29 maj 2013
- United Nations, Convention on the Rights of the Child, Committee on the Rights of the Child (2015), Concluding observations on the fifth periodic report of Sweden adopted by the Committee at its 68th session (12–30 January 2015), CRC/C/SWE/CO/4, 4 February 2015

Utländskt offentligt tryck

- Helsedirektoratet (2016), Veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk helsevern. Innrapportering til Norsk pasientregister (NPR), Veileder IS-1541
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012), Bedre kvalitet – økt frivillighet, Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykisk helsetjenester (2012-2015), Nasjonal plan
- Helse- og Omsorgsdepartementet, (2015–2016), Prop. 147 L, Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettsikkerhet), Proposisjon till Stortinget (forslag till lovvedtak)
- Landspítali (2016), The National University Hospital of Iceland, Women's and Children's Services, Child and Adolescent Psychiatric Department – BUGL, January 2016
- Ministry of Welfare (2017), Coercive Measures in Psychiatric care of Children and Adolescents in Iceland, April 2017
- Norvoll Reidun (2011), Kunnskapsstatus med hensyn til skadevirkninger av tvang i det psykiske helsevernet. Utredning for Paulsrud-utvalget, i Norges offentlige utredninger (2011:99) Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet – Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern, Utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 28. mai 2010, Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 17. juni 2011, bilaga 5, s. 367–379
- Social- och hälsovårdministeriet (2013), Hälso- och sjukvården i Finland, Social- och hälsovårdministeriets broschyrer 2swe (2013), Helsingfors 2013
- Statsministeriet, Ministry of Health (2017), Healthcare in Denmark - An Overview, version 1–2 2017
- Statsministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet, Vejledning om forhåndstillkendelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger, No. 9427/2011
- Sundhedsstyrelsen (2009), Tvangsforanstaltninger i psykiatrien – en udredning, Version: 2.1, 1. september 2009
- Sundhedsstyrelsen (2016), Monitorering af tvang i psykiatrien – Opgørelse for perioden 1 juli 2015–30 juni 2016

Webbmaterial

1177.se, hämtad 2017-03-20

www.1177.se/Stockholm/Tema/Barn-och-foraldrar/Barn-i-varden/Barn--och-ungdomspsykiatri-BUP/om-barn-och-ungdomspsykiatri-bup/

Barnombudsmannen, hämtad 2017-11-25

www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/faktablad/faktablad2_uppna11.pdf

Bup.se, hämtad 2017-03-20

www.bup.se/sv/Hitta-Mottagning/Mellanvard/

Embætti landlæknis, hämtad 2017-04-18

www.landlaeknir.is/english/

Folkhälsomyndigheten, hämtad 2017-03-20

www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/

Helsedirektoratet, hämtad 2017-04-28

helsedirektoratet.no/norsk-pasientregister-npr/registrere-og-rapportere-data-til-npr#frister-for-rapportering

Helsedirektoratet, hämtad 2017-06-12

helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/125/Rettssikkerhet-ved-tvang-kontrollkomisjonene-i-det-psykiske-helsevernet-IS-1335-bokmal.pdf

Kunskapsguiden, hämtad 2017-11-02

www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/bemotande-i-halso-och-sjukvarden/Sidor/Om-bemotande-i-halso-och-sjukvarden.aspx

NASMHPD, hämtad 2017-11-27

www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf

Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga, hämtad 2017-03-20

www.anhoriga.se/stod-och-kunskap/fakta-om-anhorig/fakta-om-barn-som-anhoriga/

Socialstyrelsen, hämtad 2017-03-20

www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/historik

Socialstyrelsen, hämtad 2017-03-20

www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/psykiatrisktvangsvard

Socialstyrelsen, hämtad 2017-08-25

www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/attarbetevidensbaserat

Statistiska centralbyrån, SCB, hämtad 2017-03-20

www.statistikdatabasen.scb.se

Sveriges Kommuner och landsting, hämtad 2017-11-02

www.uppdragpsyiskhalsa.se/kunskap-styrning/resurscenter/etablering-av-resurscentra/

Umboðsmaður barna, hämtad 2017-04-18

barn.is/um-embattid/upplysingar-a-erlendum-tungumalum/enska/

Uppdrag psykisk hälsa, hämtad 2017-11-27

www.uppdragpsyiskhalsa.se/barn-unga/

Korrespondens m.m.

Korrespondens med Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-05-30

Korrespondens med Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-06-09

Korrespondens med Sundhetsstyrelsen, 2017-06-07

Möte med Women's and Children's Services, Child and Adolescent Psychiatric Department – BUGL, 2017-04-05, Reykjavík, Island

Statens offentliga utredningar 2017

Kronologisk förteckning

1. För Sveriges landsbygder
– en sammanhållen politik för
arbete, hållbar tillväxt och välfärd. N.
2. Kraftsamling för framtidens energi. M.
3. Karens för statsråd och statssekreterare.
Fi.
4. För en god och jämlik hälsa.
En utveckling av det
folkhälsopolitiska ramverket. S.
5. Svensk social trygghet i en
globaliserad värld. Del 1 och 2. S.
6. Se barnet! Ju.
7. Straffprocessens ramar och
domstolens beslutsunderlag
i brottmål – en bättre hantering av
stora mål. Ju.
8. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2017.
Kärnavfallet – en fråga i ständig
förändring. M.
9. Det handlar om oss.
– unga som varken arbetar eller studerar. U.
10. Ny ordning för att främja god sed
och hantera oredlighet i forskning. U.
11. Vägs katt. Volym 1 och 2. Fi.
12. Att ta emot människor på flykt.
Sverige hösten 2015. Ju.
13. Finansiering av infrastruktur med
privat kapital? Fi.
14. Migrationsärenden
vid utlandsmyndigheterna. Ju.
15. Kvalitet och säkerhet
på apoteksmarknaden. S.
16. Sverige i Afghanistan 2002–2014. UD.
17. Om oskuldspresumtionen och rätten att
närvara vid rättegången. Genomförande
av EU:s oskuldspresumtionsdirektiv. Ju.
18. En nationell strategi för validering. U.
19. Uppdrag: Samverkan. Steg på vägen
mot fördjupad lokal samverkan
för unga arbetslösa. A.
20. Tillträde för nybörjare – ett öppnare
och enklare system för tillträde till
högskoleutbildning. U.
21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för
vård och omsorg om äldre personer.
Del 1 och 2. S.
22. Från värdekedja till värdecykel – så får
Sverige en mer cirkulär ekonomi. M.
23. digitalforvaltning.nu. Fi.
24. Ett arbetsliv i förändring – hur
påverkas ansvaret för arbetsmiljön? A.
25. Samlad kunskap – stärkt
handläggning. S.
26. Delningsekonomi. På användarnas
villkor. Fi.
27. Vissa frågor inom fastighets- och
stämpelskatteområdet. Fi.
28. Ett nationellt centrum för kunskap
om och utvärdering av arbetsmiljö. A.
29. Brottsoffertlag. Ju.
30. En omreglerad spelmarknad.
Del 1 och 2. Fi.
31. Stärkt konsumentskydd
på bostadsrättsmarknaden. Ju.
32. Substitution i Centrum
– stärkt konkurrenskraft med
kemikaliesmarta lösningar. M.
33. Stärkt ställning för hyresgäster. Ju.
34. Ekologisk kompensation – Åtgärder
för att motverka nettoförluster av
biologisk mångfald och ekosystem-
tjänster, samtidigt som behovet av
markexploatering tillgodoses. M.
35. Samling för skolan. Nationell strategi
för kunskap och likvärdighet. U.
36. Informationssäkerhet för samhälls-
viktiga och digitala tjänster. Ju.
37. Kvalificerad välfärdsbrottslighet
– förebygga, förhindra, upptäcka och
beivra. Ju.

38. Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning. Fi.
39. Ny dataskyddslag. Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning. Ju.
40. För dig och för alla. S.
41. Meddelarskyddslagen – fler verksamheter med stärkt meddelarskydd. Ju.
42. Vem har ansvaret? M.
43. På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen. S.
44. Entreprenad, fjärrundervisning och distansundervisning. U.
45. Ny lag om företagshemligheter. Ju.
46. Stärkt ordning och säkerhet i domstol. Ju.
47. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. S.
48. Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. S.
49. EU:s dataskyddsförordning och utbildningsområdet. U.
50. Personuppgiftsbehandling för forskningsändamål. U.
51. Utbildning, undervisning och ledning – reformvård till stöd för en bättre skola. U.
52. Så stärker vi den personliga integriteten. Ju.
53. God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild. S.
54. Fler nyanlända elever ska uppnå behörighet till gymnasiet. U.
55. En ny kamerabevakningslag. Ju.
56. Jakten på den perfekta ersättningsmodellen. Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme? Fi.
57. Lag om flygpassageraruppgifter i brottsbekämpningen. Ju.
58. Amerikansk inresekontroll vid utresa från Sverige – så kan avtalen genomföras. Ju.
59. Reglering av alkoglass m.fl. produkter. S.
60. Nästa steg? Förslag för en stärkt minoritetspolitik. Ku.
61. Villkorlig frigivning – förstärkta åtgärder mot återfall i brott. Ju.
62. Kärnavfallsrådets yttrande över SKB:s Fud-program 2016. M.
63. Miljötillsyn och sanktioner – en tillsyn präglad av ansvar, respekt och enkelhet. M.
64. Detaljplanekravet. N.
65. Hyran vid nyproduktion – en utvärdering och utveckling av modellen med presumtionshyra. Ju.
66. Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning. S.
67. Våldsbejakande extremism. En forskarantologi. Ku.
68. Barnets rättigheter i ett straffrättsligt förfarande m.m. Genomförande av EU:s barnrättsdirektiv och två andra straffprocessuella frågor. Ju.
69. Marknadskontrollmyndigheter – befogenheter och sanktionsmöjligheter. UD.
70. Förstärkt skydd för uppgifter av betydelse för ett internationellt samarbete för fred och säkerhet som Sverige deltar i. Ju.
71. Bostäder på statens mark – en möjlighet? N.
72. Genomförande av vissa straffrättsliga åtaganden för att förhindra och bekämpa terrorism. Ju.
73. En gemensam bild av bostadsbyggnadsbehovet. N.
74. Brottsdatalog – kompletterande lagstiftning. Ju.
75. Datalogring – brottsbekämpning och integritet. Ju.
76. Enhetliga priser på receptbelagda läkemedel. S.
77. En generell rätt till kommunal avtalssamverkan. Fi.
78. En sammanhållen budgetprocess. Fi.
79. Finansiering av public service – för ökad stabilitet, legitimitet och stärkt oberoende. Ku.

80. Stärkt integritet i Rättsmedicinalverkets verksamhet. Ju.
81. Rättslig översyn av skogsvårdslagstiftningen. N.
82. Vägledning för framtidens arbetsmarknad. A.
83. Brännheta skatter! Bör avfallsförbränning och utsläpp av kväveoxider från energiproduktion beskattas? Fi.
84. Upphållstillstånd på grund av praktiska verkställighetshinder och preskription. Ju.
85. Rekrytering av framtidens domare. Ju.
86. Hyresmarknad utan svarthandel och otillåten andrahandsuthyrning. Ju.
87. Finansiering, subvention och prisättning av läkemedel – en balansakt. S.
88. Nästa steg? Del 2. Förslag för en stärkt minoritetspolitik. Ku.
89. Hemlig dataavläsning – ett viktigt verktyg i kampen mot allvarlig brottslighet. Ju.
90. Makars, registrerade partners och sambors förmögenhetsförhållanden i internationella situationer. Ju.
91. Nationella minoritetsspråk i skolan – förbättrade förutsättningar till undervisning och revitalisering. U.
92. Transpersoner i Sverige. Förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor. Ku.
93. Klarlagd identitet. Om utlänningars rätt att vistas i Sverige, inre utlänningskontroller och missbruk av identitetshandlingar. Ju.
94. Beräkning av skattetillägg – en översyn av reglerna. Fi.
95. Ett land att besöka. En samlad politik för hållbar turism och växande besöksnäring. N.
96. Utvidgat hinder mot erkännande av utländska barnäktenskap. Ju.
97. Totalförsvarsdatalag – Rekryteringsmyndighetens personuppgiftsbehandling. Fö.
98. Tidiga förhör – nya bevisregler i brottmål. Ju.
99. Effektivare energianvändning. N.
100. Beslag och husrannsakan – ett regelverk för dagens behov. Ju.
101. Jämställt föräldraskap och goda uppväxtvillkor för barn – en ny modell för föräldraförälsäkringen. S.
102. Skatt på kadmium i vissa produkter och kemiska växtskyddsmedel. Fi.
103. Lagliga vägar för att söka asyl i EU. Ju.
104. Etikprövning – en översyn av reglerna om forskning och hälso- och sjukvård. U.
105. Kapacitetstilldelningen på höghastighetsjärnvägen. N.
106. Nystart för byggstandardiseringen genom stärkt samverkan. N.
107. Slutrapport från Sverigeförhandlingen. Infrastruktur och bostäder – ett gemensamt samhällsbygge. N.
108. Lån och garantier för fler bostäder. N.
109. Servicekontor i ny regim. Fi.
110. Värna demokratin mot våldsbejakande extremism. Hinder och möjligheter. Ku.
111. För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård. S.

Statens offentliga utredningar 2017

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

- Uppdrag: Samverkan. Steg på vägen mot fördjupad lokal samverkan för unga arbetslösa. [19]
- Ett arbetsliv i förändring – hur påverkas ansvaret för arbetsmiljön? [24]
- Ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö. [28]
- Vägledning för framtidens arbetsmarknad. [82]

Finansdepartementet

- Karens för statsråd och statssekreterare. [3]
- Vägskaft. Volym 1 och 2. [11]
- Finansiering av infrastruktur med privat kapital? [13]
- digitalforvaltning.nu. [23]
- Delningsekonomi. På användarnas villkor. [26]
- Vissa frågor inom fastighets- och stämpel-skatteområdet. [27]
- En omreglerad spelmarknad. Del 1 och 2. [30]
- Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning. [38]
- Jakten på den perfekta ersättningsmodellen. Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme? [56]
- En generell rätt till kommunal avtalssamverkan. [77]
- En sammanhållen budgetprocess. [78]
- Brännheta skatter! Bör avfallsförbränning och utsläpp av kväveoxider från energiproduktion beskattas? [83]
- Beräkning av skattetillägg – en översyn av reglerna. [94]
- Skatt på kadmium vissa produkter och kemiska växtskyddsmedel. [102]
- Servicekontor i ny regim. [109]

Försvarsdepartementet

- Totalförsvarsdatalag
– Rekryteringsmyndighetens person-uppgiftsbehandling. [97]

Justitiedepartementet

- Se barnet! [6]
- Straffprocessens ramar och domstolens beslutsunderlag i brottmål
– en bättre hantering av stora mål. [7]
- Att ta emot människor på flykt.
Sverige hösten 2015. [12]
- Migrationsärenden
vid utlandsmyndigheterna. [14]
- Om oskuldspresumtionen och rätten att närvara vid rättegången. Genomförande av EU:s oskuldspresumtionsdirektiv. [17]
- Brottsdatalag. [29]
- Stärkt konsumentskydd
på bostadsrättsmarknaden. [31]
- Stärkt ställning för hyresgäster. [33]
- Informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. [36]
- Kvalificerad välfärdsbrottslighet
– förebygga, förhindra, upptäcka och beivra. [37]
- Ny dataskyddslag. Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning. [39]
- Meddelarskyddslagen – fler verksamheter med stärkt meddelarskydd. [41]
- Ny lag om företagshemligheter. [45]
- Stärkt ordning och säkerhet i domstol. [46]
- Så stärker vi den personliga integriteten. [52]
- En ny kamerabevakningslag. [55]
- Lag om flygpassageraruppgifter i brottsbekämpningen. [57]
- Amerikansk inresekontroll vid utresa från Sverige – så kan avtalen genomföras. [58]

Villkorlig frigivning – förstärkta åtgärder mot återfall i brott. [61]

Hyran vid nyproduktion
– en utvärdering och utveckling av modellen med presumtionshyra. [65]

Barnets rättigheter i ett straffrättsligt förfarande m.m. Genomförande av EU:s barnrättsdirektiv och två andra straffprocessuella frågor. [68]

Förstärkt skydd för uppgifter av betydelse för ett internationellt samarbete för fred och säkerhet som Sverige deltar i. [70]

Genomförande av vissa straffrättsliga åtaganden för att förhindra och bekämpa terrorism. [72]

Brottsdatalog – kompletterande lagstiftning. [74]

Datalogring – brottsbekämpning och integritet. [75]

Stärkt integritet i Rättsmedicinalverkets verksamhet. [80]

Upphållstillstånd på grund av praktiska verkställighetshinder och preskription. [84]

Rekrytering av framtidens domare. [85]

Hyresmarknad utan svarthandel och otillåten andrahandsuthyrning. [86]

Hemlig dataavläsning
– ett viktigt verktyg i kampen mot allvarlig brottslighet. [89]

Makars, registrerade partners och sambors förmögenhetsförhållanden i internationella situationer. [90]

Klarlagd identitet.
Om utlänningsars rätt att vistas i Sverige, inre utlänningskontroller och missbruk av identitetshandlingar. [93]

Utvidgat hinder mot erkännande av utländska barnåktenskap. [96]

Tidiga förhör – nya bevisregler i brottmål. [98]

Beslag och husrannsakan
– ett regelverk för dagens behov. [100]

Lagliga vägar för att söka asyl i EU. [103]

Kulturdepartementet

Nästa steg? Förslag för en stärkt minoritetspolitik. [60]

Våldsbejakande extremism.
En forskarantologi. [67]

Finansiering av public service – för ökad stabilitet, legitimitet och stärkt oberoende. [79]

Nästa steg? Del 2. Förslag för en stärkt minoritetspolitik. [88]

Transpersoner i Sverige.
Förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor. [92]

Värna demokratin mot våldsbejakande extremism. Hinder och möjligheter. [110]

Miljö- och energidepartementet

Kraftsamling för framtidens energi. [2]

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2017.
Kärnavfallet – en fråga i ständig förändring. [8]

Från värdekedja till värdecykel – så får Sverige en mer cirkulär ekonomi. [22]

Substitution i Centrum
– stärkt konkurrenskraft med kemikaliesmarta lösningar. [32]

Ekologisk kompensation – Åtgärder för att motverka nettoförluster av biologisk mångfald och ekosystemtjänster, samtidigt som behovet av markexploatering tillgodoses. [34]

Vem har ansvaret? [42]

Kärnavfallsrådets yttrande över SKB:s Fud-program 2016. [62]

Miljötillsyn och sanktioner
– en tillsyn präglad av ansvar, respekt och enkelhet. [63]

Näringsdepartementet

För Sveriges landsbygder
– en sammanhållen politik för arbete, hållbar tillväxt och välfärd. [1]

Detaljplanekravet. [64]

Bostäder på statens mark
– en möjlighet? [71]

En gemensam bild av bostadsbyggnadsbehovet. [73]

Rättslig översyn
av skogsvårdslagstiftningen. [81]
Ett land att besöka.
En samlad politik för hållbar turism
och växande besöksnäring. [95]
Effektivare energianvändning. [99]
Kapacitetstilldelningen
på höghastighetsjärnvägen. [105]
Nystart för byggstandardiseringen genom
stärkt samverkan. [106]
Slutrapport från Sverigeförhandlingen.
Infrastruktur och bostäder –
ett gemensamt samhällsbygge. [107]
Lån och garantier för fler bostäder. [108]

Socialdepartementet

För en god och jämlik hälsa.
En utveckling av det
folkhälsopolitiska ramverket. [4]
Svensk social trygghet i en globaliserad
värld. Del 1 och 2. [5]
Kvalitet och säkerhet
på apoteksmarknaden. [15]
Läs mig! Nationell kvalitetsplan
för vård och omsorg om äldre personer.
Del 1 och 2. [21]
Samlad kunskap – stärkt handläggning. [25]
För dig och för alla. [40]
På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och
effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen.
[43]
Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa.
Förslag för ett långsiktigt arbete för en
god och jämlik hälsa. [47]
Kunskapsbaserad och jämlik vård.
Förutsättningar för en lärande hälso-
och sjukvård. [48]
God och nära vård. En gemensam färdplan
och målbild. [53]
Reglering av alkoglass m.fl. produkter. [59]
Dataskydd inom Socialdepartementets
verksamhetsområde – en anpassning
till EU:s dataskyddsförordning. [66]
Enhetliga priser på receptbelagda
läkemedel. [76]
Finansiering, subvention och prissättning
av läkemedel – en balansakt. [87]

Jämställt föräldraskap och
goda uppväxtvillkor för barn
– en ny modell för föräldraförsäk-
ringen. [101]

För barnets bästa? Utredningen
om tvångsåtgärder mot barn
i psykiatrisk tvångsvård. [111]

Utbildningsdepartementet

Det handlar om oss.
– unga som varken arbetar eller studerar. [9]
Ny ordning för att främja god sed
och hantera oredlighet i forskning. [10]
En nationell strategi för validering [18]
Tillträde för nybörjare – ett öppnare och
enklare system för tillträde till hög-
skoleutbildning. [20]
Samling för skolan.
Nationell strategi för kunskap och
likvärdighet. [35]
Entreprenad, fjärrundervisning
och distansundervisning. [44]
EU:s dataskyddsförordning och
utbildningsområdet. [49]
Personuppgiftsbehandling
för forskningsändamål. [50]
Utbildning, undervisning och ledning
– reformvård till stöd för en bättre
skola. [51]
Fler nyanlända elever ska uppnå behörighet
till gymnasiet. [54]
Nationella minoritetsspråk i skolan
– förbättrade förutsättningar till
undervisning och revitalisering. [91]
Etikprövning – en översyn av reglerna om
forskning och hälso- och sjukvård.
[104]

Utrikesdepartementet

Sverige i Afghanistan 2002–2014. [16]
Marknadskontrollmyndigheter
– befogenheter och
sanktionsmöjligheter. [69]