

Tvångsvård av barn och ungdomar saknar enhetlig, nationell praxis

Enkätstudie visar på stora regionala variationer



LARS KJELLIN, dr med vet, forskningsledare
lars.kjellin@orebro.se
INGEMAR ENGSTRÖM, profes-

sor, överläkare;
båda Psykiatriskt
forskningscentrum, Örebro

En grundläggande etisk princip i sjukvården är att vården utgår från patientens egen önskan om vård. Det finns vissa undantag från denna grundprincip, vanligast i samband med psykisk sjukdom. Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) har ingen nedre åldersgräns, och av tillgänglig statistik bedömer vi att ett drygt hundratal barn och ungdomar årligen blir föremål för tvångsvård inom barn- och ungdomspsykiatri i Sverige [1, 2].

Att beröva en ung människa friheten och vidta behandlingsåtgärder mot hennes eller hans vilja är ett beslut som aktualiserar etiska konflikter av olika slag. Läkaren har att göra avvägningar mellan olika etiska principer och olika berörda personers eller gruppers intressen [3, 4]. Konflikter mellan etik och juridik kan också uppstå [5, 6]. För behandlande personal kan det vara problematiskt att upprätthålla en behandlingsrelation och samtidigt utöva tvång i vården.

När det gäller så allvarliga ingripanden som frihetsberövande av barn och ungdomar kräver rättssäkerheten i ett demokratiskt samhälle att det finns god insyn i verksamheten. Lagen kräver också att barn- och ungdomspsykiatri erbjuder effektiv behandling när någon tvingas till vård, och att ungdomen trots tvånget blir bemött med respekt.

Det pågår en omfattande offentlig debatt om psykiatrisk tvångsvård [7, 8], men denna diskussion handlar uteslutande om tvångsvård av vuxna personer och aldrig om tvångsvård av barn och ungdomar.

Detsamma gäller forskning inom området i Sverige [9]. Det saknas både en nationell epidemiologisk bevakning på området och empirisk forskning om psykiatrisk tvångsvård av barn och ungdomar och de etiska konflikter som är förenade med denna.

Studie om de etiska konflikterna

Vid Psykiatriskt forskningscentrum i Örebro pågår därför en studie (Tvingad till hjälp) om etiska konflikter vid tvång i barn- och ungdomspsykiatrisk vård. Projektet har en mångvetenskaplig ansats och innehåller fem delprojekt som belyser området ur olika perspektiv.

I det psykiatriska perspektivet avses att epidemiologiskt belysa omfattning och regional variation av psykiatrisk tvångsvård av barn och ungdomar samt att beskriva patienternas bakgrund, problembild och psykiatriska tillstånd. I subjektperspektivet står ungdomarnas egna upplevelser av tvånget i fokus, medan det yrkesetiska perspektivet inriktas på personalens erfarenheter av etiska konflikter i samband med tvångsvård. Det rättsliga perspektivet innehåller en juridisk analys av rättsläget när det gäller barns bestämmanderätt i medicinska frågor, i

synnerhet när det gäller psykiatrisk vård. I det etiskt-teoretiska perspektivet tydliggörs den etiska problematiken och argumentationen för rimligheten i att genomföra eller avstå från tvång.

Initialt i projektet ställdes frågan hur praxis ser ut vid svenska barn- och ungdomspsykiatriska kliniker (BUP) när det gäller vård enligt LPT. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter [10] skall vårdgivaren upprätta skriftliga lokala instruktioner med ändamålsenliga rutiner och ansvarsfördelning, som tillgodoser att tvångsvården ges i överensstämmelse med lagen. En inledande fas blev därför att söka kunskap om i vilken utsträckning det finns lokala instruktioner när det gäller rutiner, utbildning, statistik och samarbete kring tvångsvård inom barn- och ungdomspsykiatri.

Syftet med denna studie har varit att belysa följande frågor:

- förekomst av vård enligt LPT
- indikationer för vård enligt LPT
- förekomst av lokala instruktioner
- förekomst av generella regler
- förekomst av diskussioner kring LPT
- uppföljning av tvångsåtgärder
- speciella förhållanden vid vård enligt LVU (Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga).

METOD

Ett frågeformulär utarbetades med såväl fasta svarsalternativ som öppna frågor om tvångsvård och tvångsåtgärder. Med tvångsvård avsågs såväl tvångsintagning till vård som vård under tvång inom barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård. Med tvångsåtgärder avsågs tvångsmedicinering, annan tvångsbehandling eller andra åtgärder, t ex bältesläggning, inlåsning och besöksförbud.

I den mån man vid respektive klinik hade lokala riktlinjer ombads man skicka in dessa. Enkäten utsändes till verksam-

SAMMANFATTAT

Etiska konflikter aktualiseras vid psykiatrisk tvångsvård av barn och ungdomar. Få vetenskapliga studier finns på området.

Tvångsvård förekommer i varierande omfattning vid nästan alla barn- och ungdomspsykiatriska kliniker i Sverige. Det saknas en nationell epidemiologisk bevakning på området.

Praxis vid tvångsvård av barn och ungdomar vid landets barn- och ungdomspsykiatriska kliniker varierar starkt när

det gäller utformning av lokala riktlinjer för tvångsvård, information till patienter och anhöriga och uppföljning av tvångsåtgärder.

Stora skillnader förelåg i bedömning av vad som gäller för patienter som samtidigt är föremål för vård enligt LVU (Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga). De legala förutsättningarna för dessa patienter är oklara, och rätts-säkerheten på området kan ifrågasättas.

hetscheferna vid samtliga 24 barn- och ungdomspsykiatriska kliniker i landet. Efter ett antal påminnelser inkom svar från 23 kliniker.

Studien var godkänd av landets samtliga forskningsetiska kommittéer.

RESULTAT

Omfattning och psykiatriska tillstånd. Tio av de svarande klinikerna uppgav att en till tre patienter årligen vårdas enligt LPT, åtta kliniker angav fyra till tolv patienter. BUP-kliniken i Stockholm, med det i särklass största upptagningsområdet, redovisade avsevärt fler patienter, medan tre kliniker uppgav att vård enligt LPT är mycket ovanligt. En klinik svarar att tvångsvård inte förekommer på BUP-kliniken, utan att sådan i sällsyn-ta fall sker inom vuxenpsykiatrin.

De vanligaste psykiatriska tillstånden vid vård enligt LPT som nämndes är i fallande ordning psykotiska tillstånd, utagerande självdestruktiva tillstånd och aggressivitet, hög självmordsrisk, anorexia nervosa, depression, personlighetsstörning, dissociativt syndrom, impulskontrollstörning, neuropsykiatriska tillstånd samt tvångssyndrom. Enstaka svar uppgav bipolär sjukdom, borderlinestörning, mani, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och ångest.

Vård vid BUP där patienten samtidigt är föremål för LVU förekommer inte alls enligt svaren från nio av klinikerna. Vid övriga kliniker varierade omfattningen av sådan vård från »mycket sällan« till sex till sju patienter per år.

Lokala instruktioner. Sju av klinikerna uppgav att man saknar lokala instruktioner kring tvångsvård. Av övriga 16 kliniker insände 14 de dokument man refererade till. Dessa varierar i omfattning från cirka en halv sida till omfattande dokument med konkreta instruktioner för hur man vid den aktuella kliniken skall handla i olika situationer, t ex utfärdande av vårdintyg, polishandräckning, kvarhållnings- och intagningsbeslut, vårdplanering, konvertering, tvångsåtgärder, permissioner, prövning i länsrätten, jourtid, samarbete med vuxenpsykiatrin samt journalhantering och dokumentation.

Nio av 14 kliniker har anvisningar i någon form beträffande information till patienten. Flera har relativt utförliga riktlinjer som tar upp t ex att patienten skall informeras om LPT, vilken bedömning man gjort av patientens hälsotillstånd och vilka behandlingsmöjligheter som står till buds, att patienten kan hindras från att lämna avdelningen, att behandling kan ges utan samtycke, rätten att överklaga samt rätten till stödperson. En klinik angav att också anhöriga skall informeras. Flera kliniker har skriftliga riktlinjer för dokumentation av att patienten fått information. Andra skriver mycket kortfattat om patientens rätt till information om intagningsbeslutet, rätt att överklaga och rätt till stödperson.

I några av dokumenten finns inslag som är mer av policykaraktär: att patienten har rätt att bli behandlad med respekt för sin person och sin integritet, att tvång skall tillgripas endast när vården inte kan ges i frivillig form, att patientens vårdbehov skall vara avgörande för bedömningen, att personal som ställs inför akuta situationer skall »ta sig extra tid att diskutera vad som är bäst att göra«, att minst två terapeuter skall göra bedömningen, att tvångsåtgärder som avskiljning, bältesläggning och tvångsmedicinering inte skall användas annat än i absolut yttersta nödfall samt att alternativ till sådana åtgärder bör vara personalnärvaro och personaltöd. Två kliniker tar i sina lokala instruktioner upp frågor kring LVU. I båda fallen tydliggörs att LVU i sig inte ger rätt att tvångsvårda personen inom BUP.

Generella regler. Endast två kliniker uppgav att man har gene-

rella regler som gäller för samtliga inläggande patienter på kliniken. Den ena kliniken angav att man har regler kring utgång, rökning och dagliga rutiner samt att patienten vid utredning inte får åka hem första helgen. Den andra uppgav att föräldrarna skall vara informerade om en patient vill lämna kliniken eller göra något utöver överenskommelser.

Uppföljning av tvångsåtgärder. Flertalet av de svarande uppgav att man följer upp händelser innefattande tvångsmedicinering och bältesläggning genom samtal i personalgruppen. Det tycks däremot vara mera ovanligt att uppföljande samtal förs med patient och föräldrar.

Diskussion om tvångsvård. Enligt sju verksamhetschefer diskuteras frågor kring tvångsvård ofta på arbetsplatsträffar och behandlingskonferenser, ibland enligt de övriga. Sådana diskussioner förs ofta eller ibland i mer spontana, informella sammanhang (på kafferaster, i korridoren etc) enligt 18 kliniker, aldrig enligt fem av de svarande.

Ungdomar med LVU-beslut. När det gäller frågan om klinikers rutiner då en patient som vårdas enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och som samtidigt är föremål för LVU vill lämna kliniken, kan svaren grupperas i tre kategorier: 1) Socialtjänsten kontaktas. En klinik uttryckte det så att skillnaden är enbart att patienten har socialtjänsten som vårdansvarig och att man därför samverkar med den i stället för med föräldrarna. 2) Patienten kvarhålls på kliniken tills socialtjänsten är informerad. En klinik tillade att socialtjänsten har några timmar på sig innan man låser upp dörren och en annan att man hindrar patienten endast i de fall hon/han löper uppenbar risk att allvarligt skada sig själv. 3) Även föräldrarna kontaktas, och man försöker motivera patienten att stanna eller håller kvar patienten genom förädrabeslut.

Utöver dessa grupper svarade en klinik »låsta dörrar och eventuellt extra personal«, och en annan, utan att säga något om information till föräldrar eller socialtjänst, att patienten får lämna kliniken om indikation för LPT inte föreligger. Ytterligare en klinik uppgav att man aldrig har ensamma barn eller ungdomar inlagda. Föräldrar eller »ställföreträdande föräldrar« finns alltid med under avdelningsvården, och personal kan hjälpa föräldrar om de vill förhindra att barnet/ungdomen går. En klinik uppgav att om en patient som är omhändertagen enligt LVU har avvikit från vårdavdelningen kontaktas polisen direkt om »handräckningspapper« finns; om inte kontaktas socialtjänsten.

DISKUSSION

Enligt den av Sverige ratificerade konventionen om barnets rättigheter (Barnkonventionen, antagen av FN:s generalförsamling 1989) skall barnets bästa komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn. Lämpliga lagstiftnings- och administrativa åtgärder skall vidtas för att tillförsäkra barnet det skydd och den omvårdnad som behövs för dess välfärd. Mot den bakgrunden borde psykiatrisk tvångsvård av barn och ungdomar bedrivas på ett likartat sätt över hela landet.

Av vår undersökning framgår att tvångsvård förekommer vid i stort sett alla BUP-kliniker i Sverige, om än i mycket varierande omfattning. Någon fungerande nationell epidemiologisk bevakning av denna vård finns inte. Det är alltså inte möjligt att i dagsläget få fram information om antalet tvångsvårdade ungdomar i Sverige, vilket vi anser vara högst anmärkningsvärt.

Brett spektrum psykiatriska diagnoser

Enligt verksamhetschefernas svar tycks ett brett spektrum av

psykiatriska diagnoser vara aktuella vid tvångsvård inom BUP. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd [10] inbegrips i begreppet »allvarlig psykisk störning« psykos, depression med självmordsrisk, svår personlighetsstörning med impulsgenombrott av psykotisk karaktär eller annan psykotisk episod, svår psykisk störning med starkt tvångsmässigt beteende samt i vissa fall kleptomani, pyromani och sexuella perversjoner.

Överensstämmelsen mellan de psykiatriska tillstånd som anges av verksamhetscheferna och dessa föreskrifter förefaller vara relativt god, men det finns också ett flertal diagnoser angivna som inte räknas upp i de legala förutsättningarna, exempelvis anorexia nervosa, dissociativt syndrom, tvångssyndrom och neuropsykiatriska tillstånd.

Det är således uppenbart att det behövs bättre kunskap om såväl omfattningen av och omständigheterna kring psykiatrisk tvångsvård av barn och ungdomar. Av denna anledning genomförs nu en nationell journalstudie som en del i projektet »Tvingad till hjälp«.

Lokala riktlinjer saknas hos var tredje klinik

Trots föreskrifter härom [10] saknades, enligt enkätavaren, lokala instruktioner vid en tredjedel av landets BUP-kliniker. Detta framkom även i en verksamhetstillsyn som Socialstyrelsens genomfört [11], men där lokala riktlinjer saknades uppgavs att arbete pågår med att upprätta sådana. Innehållet i de dokument vi tagit del av varierar stort och kan återspegla att tvångsvård av ungdomar bedrivs på olika sätt vid olika kliniker, vilket är problematiskt från rättssäkerhetssynpunkt.

Den viktiga frågan om information till patienten tas upp hos knappt hälften av klinikerna, men det framgår inte om eller hur informationen utformas för att den skall nå fram och förstås av patienten. Vad ungdomar som tvångsvårdas har uppfattat av den information de fått och hur mycket de känner till om sina rättigheter kommer att belysas i de patientintervjuer som utgör en av de centrala delarna av projektet »Tvingad till hjälp«.

Få av de dokument vi fått ta del av tar upp frågor av mer generell karaktär kring exempelvis förhållningssätt till patienter i de situationer då tvång övervägs. Enligt verksamhetscheferna diskuteras frågor kring tvångsvård av och till på flertalet kliniker i såväl formella som informella sammanhang, men dessa diskussioner tycks i allmänhet inte ha resulterat i att kliniken formulerat någon gemensam värdegrund eller policy. I de fall tvångsåtgärder använts i vården sker oftast uppföljning i form av samtal eller liknande, men då oftast endast med personal och sällan med patient och föräldrar.

Det var endast två kliniker som svarade att man har någon form av generella regler på kliniken, vilka gäller samtliga patienter oavsett vårdform. Sannolikt formuleras sådana regler på andra håll endast muntligen.

Hur man agerar i de fall »LVU-patienter« önskar lämna avdelningen varierar avsevärt vid de olika klinikerna med avseende på kvarhållning och information till vårdnadshavare och socialtjänst. Kan socialtjänsten med stöd av LVU bestämma att patienten skall vara kvar på avdelningen trots att vården sker enligt HSL? Skall BUP-personalen hjälpa föräldrar och/eller socialtjänst när den unge patienten vill lämna avdelningen? Socialstyrelsen har framhållit att tvångsåtgärder som regleras i LVU inte får användas av hälso- och sjukvården [12]. Rättsläget på området är ändå oklart och kommer att utredas, så långt det nu är möjligt, i den juridiska analys som genomförs som en del i projektet »Tvingad till hjälp«.

Praxis mycket olika inom svensk barn- och ungdomspsykiatri

Tvångsvård av ungdomar i övre tonåren sker också inom vuxenpsykiatri [2], vilket inte omfattas av denna studie. Enligt de

allmänna råd som Socialstyrelsen gav vid införandet av LPT bör barn och ungdomar under 18 år vårdas på BUP-klinik om psykiatrisk tvångsvård är aktuell [12]. I de senare allmänna råden vid lagändringen år 2000 nämns däremot inte barn och ungdomar över huvud taget [10]. Ett problem är att då behovet av psykiatrisk tvångsvård av barn och ungdomar är relativt litet finns inte resurser för sådan vård inom alla landsting, när den verkligen krävs.

Undersökningen är annars i stort sett heltäckande; endast en av landets samtliga BUP-kliniker avstod från att svara. Det kan förvisso vara vanskligt att dra säkra slutsatser utifrån vår enkät och de dokument vi tagit del av, men det förefaller ändå vara så att praxis är mycket olika när det gäller tvångsvård inom svensk barn- och ungdomspsykiatri. Det gäller utformningen av lokala riktlinjer, information till patienter och anhöriga, uppföljning av tvångsåtgärder och hantering av »LVU-patienter«.

Mer forskning behövs

Som framgått av denna sammanställning är tvångsvård ett problematiskt område, inte minst ur etisk synvinkel. Det har dock inte varit möjligt att ur enkäten avläsa hur man på klinikerna ser på de etiska aspekterna av tvångsvården av ungdomar. Det är lättare att avläsa hur man ser på de juridiska och formella aspekterna, vilket naturligtvis är mycket väsentligt från rättssäkerhetssynpunkt. Vi menar dock att tvångsvården framför allt behöver diskuteras vad avser den etiska dimensionen och hur medvetenheten om tvångsvårdens etik i detta sammanhang kan höjas.

Vi bedömer att det är angeläget med mer ingående forskning kring den kliniska praktiken vid LPT-vård inom BUP. Inte minst gäller detta ungdomarnas och personalens egna erfarenheter. Dessutom behöver rättsliga, etiska och samhällsrelaterade aspekter på psykiatrisk tvångsvård av barn och ungdomar belysas. En del av dessa frågor är föremål för fördjupade studier inom ramen för det pågående projektet »Tvingad till hjälp«.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård. Slutbetänkande av Tvångspsykiatrikommittén. SOU 1998:32.
2. Effekter av ändringar i de psykiatriska tvångsvårdslagarna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
3. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
4. Nilstun T, Westrin CG, Axelsson M, Candefjord IL, Ekblom B, Eriksson K, et al. Socialmedicin och moralfilosofi – en analys av psykiatrisk tvångsvård. Läkartidningen. 1990; 87(17):1488-90.
5. Shields JM, Johnsson A. Collision between law and ethics: Consent for treatment with adolescents. Bull Am Acad Psychiatry Law. 1992;20(3):309-23.
6. Potter R, Evans N. Child psychiatry, mental disorder and the law: is a more specific statutory framework necessary? Br J Psychiatry. 2004; 184:1-2.
7. Jacobsson L. Finns det en rätt att vara galen? De svårast psykiskt sjuka sviks av samhälle och en undfallande tvångslagstiftning. Läkartidningen. 2003;100(4):236-40.
8. Ottoson JO. Den psykiatriska vården är laddad med värdekonflikter. Oskarp gräns mellan frivillighet och tvång. Läkartidningen. 2003; 100(4):208-9.
9. Kjellin L. Psykiatrisk tvångsvård – alternativa perspektiv. Soc Med Tidsskr. 2002;79(3):202-10.
10. Socialstyrelsens författningssamling. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. SOSFS 2000:12.
11. Psykiatrisk tvångsvård. Resultat av nationell tematisk verksamhetstillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
12. LPT. Tillämpning av lagen om psykiatrisk tvångsvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 1991. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:9.