

PSYKIATRISK TVÅNGSVÅRD VID SJÄLVSKADEBETEENDE

– kan en person ha ett oundgängligt behov av en vård som inte hjälper?*

av Sofia Åkerman^a, Anna Nilsson^b, Lena Wahlberg^c, Moa Kindström Dahlin^d, Lotta Vahlne Westerhäll^e, Clara Almelin^f, Ingrid Thernfrid^g och Sofie Westling^b

^a Doktorand i offentlig rätt vid Juridiska fakulteten, Lunds universitet

^b Biträdande universitetslektor i medicinsk rätt vid Juridiska fakulteten, Lunds universitet

^c Docent och universitetslektor i allmän rättslära med särskild inriktning mot medicinsk rätt vid Juridiska fakulteten, Lunds universitet

^d Docent och universitetslektor i offentlig rätt vid Juridiska fakulteten, Uppsala universitet

^e Professor emerita i offentlig rätt med särskild inriktning mot socialrätt vid Juridiska institutionen, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet

^f Överläkare, specialist i psykiatri vid psykiatriska akutmottagningen, Lund

^g Överläkare, specialist i psykiatri och rättspsykiatri

^h Docent och överläkare vid Institutionen för kliniska vetenskaper Malmö, Psykiatri, Lunds universitet, samt Psykiatrforskning Skåne, Region Skåne

1. Inledning

En grupp som länge har medfört utmaningar för den psykiatriska vården är personer med upprepat och allvarligt självskadebeteende. Detta är en grupp som ofta blir föremål för såväl heldygnsvård som tvångsvård, liksom tvångsåtgärder som bältesläggning och tvångsmedicinering, i syfte att skydda personen från sig själv.¹ Psykiatrisk heldygnsvård kan även ges med patientens samtycke. Det saknas emellertid vetenskapliga belägg för att psykiatrisk hel-

* Artikeln har *peer review*-granskats.

¹ En svensk undersökning från 2014 visade att självskadebeteende, avgränsat till sådana former som ger skada på hudens yta, var vanligast förekommande bland unga kvinnor och inom den psykiatriska heldygnsvården, se Charlotta Odelius & Mia Ramklint, *En nationell kartläggning av förekomsten av självskadande beteende hos patienter inom barn- & ungdoms- och vuxenpsykiatri*, Nationella självskadeprojektet, 2014. I Sverige har det också vid flera tillfällen uppmärksammats att flickor och unga kvinnor är överrepresenterade vad gäller tvångsåtgärder inom såväl barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri. Mycket talar för att det är personer med självskadebeteende det handlar om. Se t.ex. Socialstyrelsen, *Barn och unga i psykiatrisk tvångsvård*, 2015. Se även Sofia Åkerman, Charlotte Björkenstam, Emma Björkenstam, Herman Holm & Lisa Ekselius, Ökad dödlighet för personer med personlighetsstörning, *Lakartidningen.se* 2013-08-02 och Herman Holm, Anna Björkdahl & Emma Björkenstam, Tvångsvård med frågetecken, *Lakartidningen.se*, 2011-08-23.

dygnsvård är effektivt vid just självskadebeteende. I själva verket finns det många vittnesmål om hur självskadande personer som lagts in på en psykiatrisk vårdinrättning har fastnat i mönster av eskalerande självskadebeteende och tilltagande skyddsbehov som har varit mycket svåra att bryta. Även den tillgängliga forskningen ger stöd för att psykiatrisk heldygnsvård, åtminstone som den traditionellt är utformad, riskerar att leda till förvärrat självskadebeteende.² Fram till 2014 hände det att allmänpsykiatrins oförmåga att hjälpa personer med allvarligt självskadebeteende ledde till att vissa, ofta efter mycket långa perioder av heldygns- och tvångsvård inom allmänpsykiatri och med försämrat självskadebeteende som följd, flyttades till rättspsykiatri för fortsatt vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT).³ Efter att omfattande massmedial kritik riktats mot denna ordning har olika initiativ tagits för att finna andra sätt att hjälpa personer som utvecklat ett allvarligt självskadebeteende.⁴ Flera utmaningar består dock fortfarande, vilket är ett skäl till att Socialstyrelsen den 1 december 2020 beslutade att vård vid svårbehandlat självskadebeteende ska utgöra nationell högspecialiserad vård (NHV).⁵

I den här artikeln kommer vi att undersöka de rättsliga förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård vid självskadebeteende, mot bakgrund av det kunskapsläge som föreligger kring psykiatrisk heldygnsvård som vårdform vid självskadebeteende. Vi kommer att fokusera på det rekvisit för psykiatrisk tvångsvård i 3 § LPT som innebär att patienten ska ha 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”. Detta rekvisit diskuteras även i relation till 11 § LPT, som behandlar förutsättningarna för konvertering från frivillig vård till tvångsvård. Vår bedömning blir att kravet på ett *oundgängligt vårdbehov* som en förutsättning för tvångsvård inte kan anses vara uppfyllt om det saknas belägg för att vårdens förväntade nytta för den enskilda patienten överväger de risker som är behäftade med vården. I vår argumentation använder vi tre fiktiva och kon-

² Detta beskrivs närmre i avsnitt 3.

³ Detta då rättspsykiatri ansågs kunna erbjuda längre vårdtider i en säker miljö, se t.ex. Sofia Åkerman & Thérèse Eriksson, *Slutstation rättspsykiatri – om tvångsvårdade kvinnor som inte dömts för brott*, 2011.

⁴ Exempelvis beslutade regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) år 2011 att tillsätta ett nationellt självskadeprojekt, med det övergripande målet att minska antalet unga med självskadebeteende. Ett delmål var att minska antalet unga i slutenvården och ett annat att minska antalet tvångsåtgärder bland unga kvinnor, se Socialdepartementets protokoll S2011/8975/FS.

⁵ NHV innebär att den offentligt finansierade vården bedrivs vid som mest fem enheter i landet för att kraven på bland annat kompetens ska kunna upprätthållas, se Socialstyrelsen, *Nationell högspecialiserad vård*. Hämtat 2022-03-31 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationell-hogspecialiserad-varld/>.

kreta exempel där frågan om psykiatrisk tvångsvård aktualiseras för personer med självskadebeteende. Exempelen är följande:

Personen A har ett livshotande självskadebeteende och en lång historia av psykiatrisk vård, såväl öppen som heldygnsvård. A har den senaste tiden skadat sig allvarligt vid flera tillfällen och har vid samtliga dessa tillfällen behövt somatisk akut- eller intensivvård. A säger att hen vill ta sitt liv och vill inte under några omständigheter bli inlagd.

Personen B lider av anorexi och har ett visst, men inte allvarligt, självskadebeteende i form av att hen skär sig. B har aldrig tidigare varit inlagd inom heldygnsvården. På senare tid har B försämrats så mycket i sin anorexi att hens läkare gör bedömningen att det nu är nödvändigt att häva B:s svälttillstånd eftersom aktuell vikt innebär en akut och överhängande fara för B:s liv. B vill inte bli inlagd.

Personen C har ett allvarligt självskadebeteende. I samband med en akut kris söker sig C till den psykiatriska akutmottagningen för att få hjälp att kunna låta bli att skada sig själv. C önskar själv bli inlagd över natten och beslut fattas om att tillmötesgå denna önskan. Inläggningen hindrar dock inte C från att skada sig själv. Under natten skadar C sig allvarligt och på morgonen efter insisterar C på att bli utskriven.

I verkligheten kan det naturligtvis föreligga ytterligare, eller helt andra, komplicerande faktorer och artikeln gör inte anspråk på att behandla alla omständigheter som skulle kunna vara relevanta vid bedömningar kring heldygnsvård och tvångsvård av personer med självskadebeteende. Vi tror däremot att ovanstående exempel kan konkretisera problematiken och de avvägningar mellan risk och nytta som vi menar behöver göras i det enskilda fallet.

2. Om självskadebeteende

Självskadebeteende är ett vanligt symtom som kan förekomma tillsammans med de flesta psykiatriska diagnoser⁶, men även hos personer utan andra symtom på psykisk sjukdom.⁷ Begreppet självskadebeteende är inte helt enkelt att definiera. En del forskning gör skillnad mellan självskadehandlingar med och utan suicidsyfte.⁸ Andra menar att avsikten med en självskadande handling kan vara svår att fånga och variera för den enskilda personen, även under det

⁶ Charlotta Odellius & Mia Ramklint, *En nationell kartläggning av förekomsten av självskadande beteende hos patienter inom barn & ungdoms- och vuxenpsykiatri*, Nationella självskadeprojektet, 2014.

⁷ Jonas Bjärehed, Margit Wängby & Lars-Gunnar Lundh, Nonsuicidal self-injury in a community sample of adolescents: Subgroups, stability, and associations with psychological difficulties. *Journal of Research on Adolescence*, 2012, 22(4), s. 678–693.

⁸ American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5 uppl. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

enskilda skadetillfället, vilket talar för att man inte bör definiera självskadebeteende utifrån suicidsyfte.⁹ Självskadebeteende kan också delas in utifrån handlingarnas karaktär; om de t.ex. medför skador på den egna kroppsytan (som att skära eller bränna sig)¹⁰ liksom om de medför direkt fysisk skada i vidare bemärkelse (som att försöka kväva sig eller överdosera läkemedel) eller innebär indirekt skada (som missbruk eller sexuellt självskadebeteende).¹¹ I Sverige används traditionellt termen självskadebeteende utan att suicidavsikten preciseras, för att beskriva en problematik med upprepade handlingar i självskadande syfte, såväl direkta som indirekta.¹² Denna artikel utgår från den svenska definitionen och inkluderar upprepade handlingar med eller utan suicidal intention, men berör endast handlingar som innebär direkt fysisk skada.

En person som skadar sig själv upprepade gånger gör det oftast inte i syfte att ta sitt liv, utan handlingen kan fylla ett flertal andra funktioner. Den vanligaste funktionen är att hantera ångest eller andra starka känslor, men det kan också handla om exempelvis självbestraffning eller vara ett sätt att kommunicera lidande till omgivningen.¹³ Även om syftet sällan är att dö, kan en allvarligt självskadande handling vara livshotande. Tillvaron för den som lider av självskadebeteende kan också upplevas som så svår att det leder till en likgiltighet inför döden och till suicidala handlingar. Självskadebeteende utan suicidavsikt innebär också en ökad risk för framtida suicidförsök.¹⁴ Sammanfattningsvis är relationen mellan självskadebeteende och suicidalitet komplex

⁹ Keith Hawton, Karen Rodham, Emma Evans & Rosamund Weatherall, Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 2002, 325 s. 1207–1211; Paul L. Plener, Gerhard Libal, Ferdinand Keller, Joerg M. Fergert & Jennifer J. Muehlenkamp, An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 2009, 39 s. 1549–1558.

¹⁰ American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5 uppl. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

¹¹ American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5 uppl. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013; Sarah A. St. Germain & Jill M. Hooley, Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, 2012, 197 s. 78–84.

¹² Sofie Westling, Sophie Liljedahl, Mattias Holmqvist-Larsson, Hannah Parnén, Maria Zetterqvist & David Ershammar. *Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende. Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrien*. Sveriges kommuner och Landsting (SKL) och Nationella självskadeprojektet, 2014, rev. 2016.

¹³ Peter J. Taylor, Khowla Jomar, Katie Dhingra, Rebecca Forrester, Ujala Shahmalak & Joanne M. Dickson. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 2018, 227 s. 759–769.

¹⁴ Jennifer J. Muehlenkamp & Amy M. Brausch. Protective factors do not moderate risk for past-year suicide attempts conferred by recent NSSI. *Journal of Affective Disorders*, 2019, 245 s. 321–324.

och enligt nationella rekommendationer bör graden av suicidavsikt bedömas för varje självskadehandling separat.¹⁵

3. Kunskapsläget om den psykiatriska heldygnsvårdens effektivitet för personer med självskadebeteende

När en person skadar sig själv, särskilt när detta tar sig direkt livshotande uttryck, är det vanligt att omgivningen gör stora ansträngningar för att försöka skydda personen från sig själv. Närstående kan till exempel gömma läkemedel och vassa föremål, eller turas om att övervaka personen med självskadebeteende. Ofta ställs också krav på att personen ska läggas in inom den psykiatriska heldygnsvården för att skyddas från sig själv. Inläggning på avdelning har varit det traditionella sättet att hantera suicidrisk. Det kan vara ändamålsenligt vid diagnoser som djup depression eller schizofreni, som låter sig behandlas framgångsrikt farmakologiskt inom en överblickbar tid (veckor till månader) så att skyddsbehovet inom denna tid kan förväntas minska eller upphöra. Upprepat självskadebeteende låter sig dock oftast inte behandlas vare sig snabbt eller farmakologiskt, utan de bäst beprövade behandlingarna är samtliga psykoterapier som pågår under flera månader eller år.¹⁶

Den psykiatriska heldygnsvården erbjuder typiskt sett en miljö med låsta dörrar och möjlighet till kontinuerlig tillsyn, vilket kan förefalla tillgodose behovet av skydd för en person med impulser att skada sig. En närmare granskning av forskningen på området ger dock skäl att ifrågasätta detta antagande vad gäller personer med upprepat självskadebeteende.¹⁷ I själva verket

¹⁵ Sofie Westling, Sophie Liljedahl, Mattias Holmqvist-Larsson, Hannah Parnén, Maria Zetterqvist & David Ershammar. *Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende. Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin*. Sveriges kommuner och Landsting (SKL) och Nationella självskadeprojektet, 2014, rev. 2016.

¹⁶ National Institute of Clinical Excellency (NICE): *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence*. NICE guideline (NG225), 2022. Hämtad 2022-11-07 från: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>. Se även Lars-Gunnar Lundh, *Behandlingseffekter på självskadebeteende: vad visar forskningen?* Nationella självskadeprojektet och Lunds universitet, 2011, rev. 2013. Hämtad 2022-11-07 från: https://nationellasjlvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2016/06/Lundh_Forskningsoversiktbehandlingsjlvskadebeteende2.pdf.

¹⁷ Karen James, Duncan Stewart & Len Bowers, Self-harm and attempted suicide within inpatient psychiatric services: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012, 21(4) s. 301–309; Trevor N. Coyle, Jennifer A. Shaver & Marsha M. Linehan, On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: The example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2018, 86(2) s. 116–124; Thomas E. Joiner, The Clustering and Contagion of Suicide, *Current Directions in Psychological Science*, 1999, 8(3) s. 89–92, Len Bowers, Richard Whittington, Peter Nolan, David Parkin, Sarah Curtis, Khamaldeep Bhui, Diane Hackney, Teresa Allan & Alan Simpson, Relationship between service ecology, special observation and self-harm during

har man funnit att ju mer begränsningar som präglar vårdmiljön, desto större blir risken för självskaedhandlingar. Även om ångest och negativa känslor är de vanligaste utlösande faktorerna för självskaedhandlingar, föregås en stor andel av självskaedhandlingarna som sker inom heldygnsvården av vårdrelaterade faktorer, så som att personen varit avskild eller fått ett önskemål nekat av personal. Självskaedhandlingar kan sedan mötas av ytterligare begränsningar, exempelvis i form av kontinuerlig övervakning av personen. Kontinuerlig övervakning har inte visat sig leda till minskat självskaedbeteende, snarare tvärtom.¹⁸ Man har inte heller kunnat se att förekomsten av självskaedhandlingar inom heldygnsvården skulle öka när användningen av kontinuerlig övervakning minskar.¹⁹ Mekaniskt hindrande av självskaeda genom t.ex. bältesläggning eller fasthållning, i sin tur, förhindrar visserligen rent fysiskt skada under den tid åtgärden pågår, men minskar inte risken när åtgärden avslutats.²⁰ I sin rapport från 2015 drar Bjärehed och Åkesson slutsatsen att många av de åtgärder som är vanliga för att försöka förebygga självskaedbeteende inom psykiatrisk heldygnsvård inte leder till minskat självskaedbeteende. I stället menar de att flera av åtgärdena, däribland tvångsåtgärder, snarast tycks medföra ökade risker.²¹ Detta är också något som återspeglas i den kliniska erfarenheten. I en svensk studie från 2021 upplevde exempelvis en majoritet av hälso- och sjukvårdspersonalen på de psykiatriska vårdavdelningarna i Stockholm att långa vårdtider inom heldygnsvården (> en vecka) hade direkt negativa effekter för personer med självskaedbeteende. På de flesta psykiatriska vårdavdelningar ansåg man också att vårdtiderna för de självskaedande personerna var för långa.²² Ytterligare en studie konkluderar att för

acute in-patient care: City-128 study. *The British Journal of Psychiatry*, 2008, 193(5) s. 395–401; Barbara L. Drew, Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2001, 15(3) s. 99–106.

¹⁸ Karen James, Duncan Stewart & Len Bowers, Self-harm and attempted suicide within inpatient psychiatric services: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012, 21(4) s. 301–309.

¹⁹ Duncan Stewart, Len Bowers & Fiona Warburton, Constant special observation and self-harm on acute psychiatric wards: a longitudinal analysis. *General Hospital Psychiatry*, 2009, 31(6) s. 523–530.

²⁰ Karen James, Len Bowers & Marie Van Der Merwe, *Self-harm and attempted suicide in psychiatric inpatient care: a literature review*, Institute of Psychiatry at the Maudsley, 2011; Karen James, Duncan Stewart & Len Bowers, Self-harm and attempted suicide within inpatient psychiatric services: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012, 21(4) s. 301–309.

²¹ Jonas Bjärehed & Anna Åkesson, Behandling av självskaedande patienter i heldygnsvård: fynd från forskningen, 2015. Hämtad 2022-11-07 från: <https://nationellasjalvskaedprojektet.se/wp-content/uploads/2016/08/supplementrapport-heldygnsvard-20150904.pdf>.

²² Antoinette Lundahl, Gert Helgesson & Niklas Juth, Hospital staff at most psychiatric clinics in Stockholm experience that patients who self-harm have too long hospital stays, with ensuing detrimental effects, *Nordic Journal of Psychiatry*, 2021.

svårt suicidala personer med självskadebeteende finns forskning som tyder på att heldygnsvård kan öka risken för suicidalt beteende och att behandlingar därför bör inrikta sig på att minska inte bara suicidförsök och självskadebeteende utan även heldygnsvård.²³

En fråga som kan väckas till följd av det nu beskrivna, är hur det kan komma sig att personer med självskadebeteende ändå erhåller heldygnsvård, tvångsvård, tvångsåtgärder och kontinuerlig övervakning när sådana vårdformer och vårdåtgärder i så hög grad saknar vetenskapligt stöd. Lundahl, Helgesson & Juths svenska studie från 2021 pekar på att det förekommer att personer med självskadebeteende av icke medicinska skäl hålls kvar i en psykiatrisk heldygnsvård som inte bedöms vara gynnsam för dem. Sådana icke medicinska skäl kan vara rädsla för klagomål om personen skadar sig själv efter utskrivning, dålig uppföljning i öppenvården eller krav från närstående.²⁴ Det är också en svår medicinsk bedömning i vilka situationer en viss person kan anses vara gagnad av psykiatrisk heldygnsvård och, i vissa fall, tvångsvård. Beskrivningen av forskningsläget ovan ska nämligen inte tolkas som att psykiatrisk heldygnsvård aldrig kan erbjuda personer med upprepat självskadebeteende något av värde. På en vårdenhet kan det exempelvis finnas erfarenhet av hur en viss person tidigare svarat på olika behandlingar, som i sin tur ger goda skäl att förvänta att heldygnsvård under vissa omständigheter kommer att vara till nytta för personen. Heldygnsvård för personer med självskadebeteende kan i vissa fall också motiveras av andra skäl än att förhindra direkta självskadehandlingar, vilket återspeglas i vårt exempel B och möjligen också i exempel C. I exempel B är det inte det direkta självskadebeteendet som motiverar heldygnsvården: i fokus står i stället behovet av att bryta akut självsvält, vilket den psykiatriska heldygnsvården får antas ha goda möjligheter att göra.²⁵ Det kan också gälla samsjuklighet med andra tillstånd som kan behandlas ineliggande, såsom depression eller drogutlöst psykos. I exempel C figurerar behovet av skydd som motiv: personen söker ju hjälp

²³ Trevor N. Coyle, Jennifer A. Shaver & Martha M. Linehan, On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: The example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2018, 86(2) s. 116–124.

²⁴ Antoinette Lundahl, Gert Helgesson & Niklas Juth, Hospital staff at most psychiatric clinics in Stockholm experience that patients who self-harm have too long hospital stays, with ensuing detrimental effects, *Nordic Journal of Psychiatry*, 2021.

²⁵ Åtstörningar skulle kunna betraktas som en typ av indirekt självskadebeteende. Heldygnsvården förefaller dock ha bättre förutsättningar att häva självsvält, möjligen då det vid åtstörningar handlar om långsammare processer än vid direkta former av självskadebeteende. Riktigt samma erfarenheter av kontraproduktiva effekter av heldygnsvård verkar inte heller finnas vid åtstörningar. Jfr t.ex. Ulf Wallin, Anna Maria af Sandeberg, Karin Nilsson & Yvonne Linné, *Åtstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*, 2015.

på den psykiatriska akutmottagningen för att undvika att skada sig själv. Här är det dock personen själv som söker i förebyggande syfte, vilket det finns goda erfarenheter av att stödja.²⁶ Exemplet illustrerar att heldygnsvården kan tjäna andra värden, så som att tillgodose individens behov av trygghet, att visa respekt för individens självbestämmande och integritet eller att främja goda kontakter mellan individen och vårdpersonalen. Samtliga dessa värden är en del av det som lagstiftaren avser med ”god vård” enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL).²⁷ I linje med detta har brukarstyrda inläggningar utvecklats: en standardiserad intervention där personer med självskadebeteende själva får besluta om inläggning enligt ett tydligt ramverk som formuleras i ett individanpassat kontrakt.²⁸ Brukarstyrda inläggningar har använts för personer med upprepat och livshotande självskadebeteende med positiva erfarenheter.²⁹ Att det finns positiva erfarenheter av heldygnsvård, i vissa fall och under vissa omständigheter, kan tala för att problemet inte är heldygnsvården som sådan, utan den utformning som heldygnsvård – och framför allt tvångsvård – traditionellt sett ges.

Sammanfattningsvis saknas idag tydliga belägg i form av vetenskapliga studier eller klinisk erfarenhet för att psykiatrisk heldygnsvård, som den vanligen är utformad då den ges enligt LPT, verkligen förmår förhindra självskadehandlingar. Tvärtom verkar åtgärder som exempelvis kontinuerlig övervakning kunna ha negativa effekter för personer med upprepat självskadebeteende. De heldygnsvårdsinitiativ som möjligen kan vara gynnsamma bygger samtliga på att personen med självskadebeteende själv önskar, söker och i största möjliga mån styr sin vård, vilket i sig talar emot tvångsvård. Detta visar på vikten av att, inför ett beslut om tvångsvård av en person med självskadebeteende, väcka frågan om huruvida det finns tillräckliga belägg för att vården kan förväntas vara till nytta för patienten.

²⁶ Se t.ex. Marsha M. Linehan. *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press, 1993.

²⁷ Se 5 kap. 1 § HSL.

²⁸ Sofie Westling, Daiva Daukantaitė, Sophie Liljedahl, Youngha Oh, Åsa Westrin, Lena Flyckt & Marjolein Helleman, Effect of brief admission to hospital by self-referral for individuals who self-harm and are at risk of suicide. A randomized clinical trial, *JAMA Network Open*, 2019.

²⁹ Rose Marie Lindkvist, Sofie Westling, Sophie I. Liljedahl & Kajsa Landgren, A brief breathing space: Experiences of Brief Admission by self-referral for self-harming and suicidal individuals with a history of extensive psychiatric inpatient care. *Issues in Mental Health Nursing*, 2020, 42 s. 172–182; Rose Marie Lindkvist, Kajsa Landgren, Sophie I. Liljedahl, Daiva Daukantaitė, Marjolein Helleman & Sofie Westling, Predictable, collaborative and safe: healthcare provider experiences of introducing brief admissions by self-referral for self-harming and suicidal persons with a history of extensive psychiatric inpatient care, *Issues in Mental Health Nursing*, 2019, 17 s. 1–9.

4. Vad innebär kravet på ”oundgängligt behov” i lagstiftningen?

4.1 En förutsättning för sluten psykiatrisk tvångsvård

För att inleda sluten psykiatrisk tvångsvård krävs enligt 3 § LPT att 1) patienten lider av en ”allvarlig psykisk störning”, 2) att patienten 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, samt 3) att patienten motsätter sig sådan vård eller att det till följd av dennes psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med samtycke. Frågan som är i fokus i denna artikel är hur det andra rekvisitetet i 3 § första stycket 1 LPT, om *oundgängligt vårdbehov*, ska förstås i relation till den erfarenhet och forskning som finns kring psykiatrisk heldygnsvård vid självskadebeteende.

4.2 Lagstiftarens vilja – måste vården göra nytta?

Ur förarbetena till LPT kan utläsas att det centrala vid prövningen av om ett oundgängligt vårdbehov föreligger är *vårdbehovet som sådant*, snarare än den psykiska störningens yttringar. Frågan om patienten är farlig för sig själv får vägas in som ett led i bedömningen av patientens vårdbehov.³⁰ Det framgår vidare att det framför allt är risken för patientens liv eller hälsa som ska vara avgörande vid bedömningen av behovet av tvångsvård. Det ska alltså bedömas om risk föreligger för personens liv eller hälsa om vård inte kommer till stånd på en inrättning för psykiatrisk dygnetruntvård. Vårdbehovet ska vara så uttalat att det inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sådan inrättning. Att vårdbehovet ska vara såväl oundgängligt som omöjligt att tillgodose på andra sätt än genom psykiatrisk tvångsvård, förutsätter att de alternativ till vård som finns i det enskilda fallet noggrant har utretts.³¹

Förarbetena synes fokusera på vad som kan hända om vård *uteblir*. Det finns en tydlig öppenhet för att vissa psykiska tillstånd behandlas bäst utanför sjukhusmiljö.³² Däremot diskuteras inte den psykiatriska heldygnsvårdens förutsättningar att faktiskt tillgodose vårdbehovet, och hur situationen ska bedömas när det visserligen finns ”en risk för personens liv eller hälsa om vård inte kommer till stånd genom intagning på en sjukvårdsinrättning där psykiatrisk tvångsvård får ges” men där den vård som står till buds på en sådan inrättning saknar förutsättningar att hjälpa patienten eller till och med riskerar

³⁰ Prop. 1990/91:58 s. 87–88.

³¹ Prop. 1990/91:58 s. 91.

³² Prop. 1990/91:58 s. 91.

att förvärra de symtom som är tänkta att behandlas. I förarbetena ges därmed inget tydligt svar på frågan om en person kan anses ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk heldygnsvård, enbart mot bakgrund av att det föreligger risk för patientens liv eller hälsa, när belägg saknas för att psykiatrisk heldygnsvård skulle vara hjälpsamt. En möjlig förklaring till detta är att lagstiftaren utgått från att ökad vårdintensitet (t.ex. heldygnsvård i stället för öppenvård) alltid medför bättre förutsättningar att tillgodose individens vårdbehov. Denna förklaring blir än rimligare när den ses i ett historiskt ljus. Kravet att patienten ska ha ett "oundgängligt behov" av psykiatrisk heldygnsvård har funnits sedan lagens ikraftträdande den 1 januari 1992. Självskadebeteende som problematik, och svårigheterna att behandla dessa personer i psykiatrisk heldygnsvård, kom dock att uppmärksammas på allvar först under åren kring millennieskiftet. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniker, skolor och socialtjänst slog då larm om ett ökat antal flickor i tonåren med eskalerande självskadebeteende, där vården saknade strategier för att hjälpa.³³ Erfarenheten bekräftades av statistik från Patientregistret där antalet kvinnor i åldrarna 15–24 år, som fått slutenvård p.g.a. avsiktlig självskada ökade med över 50 % mellan 1998 och 2007. I juni 2003, efter att Barnsäkerhetsdelegationen³⁴ och BRIS slagit larm om ökad förekomst av självskadebeteende, fick Socialstyrelsen i uppdrag att utreda kunskapsläget vilket mynnade ut i rapporten "Vad vet vi om flickor som skär sig?" (2004). Att det i förarbetena till LPT saknas en diskussion kring tvångsvårdens/heldygnsvårdens effektivitet – ett problem just vid självskadebeteende – kan alltså mot bakgrund av ovanstående förstås utifrån att patientgruppen, dess egenskaper och särskilda behov, vid tidpunkten för lagens tillkomst var tämligen okänd.

Förfarbetena adresserar alltså inte på ett tydligt sätt problemen med kontraproduktiva effekter av heldygnsvård, särskilt vid självskadebeteende. Formuleringen om att "vårdbehovet skall [...] vara så uttalat att det kan bli tillgodosett endast genom en vistelse på [en inrättning för psykiatrisk heldygnsvård]"³⁵ ger dock en indikation om att lagstiftarens avsikt varit att vårdbehovet faktiskt ska tillgodoses genom den psykiatriska heldygnsvården. Detta är också den i vår mening rimligaste tolkningen av kravet på oundgängligt behov av psykiatrisk heldygnsvård: att formuleringen i sig innefattar ett krav på att heldygnsvården ska innebära att risken för patientens liv eller hälsa påverkas i positiv riktning.

³³ Se t.ex. Anna Hedlund, *Hårda krav föder ångest*, Göteborgs-Posten 1999-10-13; Åsa Hansson, *Länets ungdomar mår allt sämre "Ingen har resurser att ta hand om problemen"*, Öresunds-Posten 2000-11-01; Marcus Lillkvist, *Allt fler tjejer skadar sig själva*, Västerbottens-Kuriren 2000-10-26; Barbro Falk Wadman, *Jönköping ser kraftig ökning av unga som skadar sig själva*, Dagens Medicin 2000-02-15.

³⁴ SOU 2002:99, se även SOU 2003:127 s. 387.

³⁵ Prop. 1990/91:58 s. 91.

En sådan tolkning ligger även till grund för den så kallade behovsprincipen. SOU 1995:5, om prioriteringar i hälso- och sjukvården, framhåller att nyttoaspekten finns inbyggd i behovsbegreppet. Det innebär, enligt utredningen, att man endast har behov av det man har nytta av och att man på motsvarande vis inte har behov av det man inte har nytta av.³⁶ Vår tolkning stöds också av en rent lexikalisk läsning av orden ”behov” och ”behövas”, vilken enligt ordböcker implicerar att det som det finns behov av också har förmågan att upphäva en viss brist.³⁷ Man kan därmed per definition inte ha ett oundgängligt behov av en viss behandling om inte behandlingen kan tillgodose behovet.

4.3 Kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet

Rekvisitet att patienten ska ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård bör också läsas i ljuset av kravet på att hälso- och sjukvården ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (VBE). Detta krav, som bland annat kommer till uttryck i 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821, PL) gäller även psykiatrisk vård. Vad kravet på VBE innebär definieras dock inte i lagtexten. I den rättsvetenskapliga doktrinen har konstaterats att det förekommer olika tolkningar av kravets närmare innebörd i såväl förarbeten som praxis. Ibland utläses kravet på VBE som ett krav på att en behandlingsmetods effektivitet ska ha stöd av vetenskapliga studier och klinisk erfarenhet. Det förekommer emellertid också att kravet på VBE i stället ses som ett krav på att en behandlingsmetod ska vara vedertagen och accepterad av professionen.³⁸ Vilken tolkning som görs kan få stor betydelse för om en viss behandling anses överensstämma med VBE, och därmed för dess tillåtlighet. Med den förra tolkningen kommer till exempel en behandlingsmetod som saknar tillräckligt stöd i vetenskapliga studier och klinisk erfarenhet inte att anses uppfylla kravet på VBE även om den i och för sig är vedertagen.³⁹

Lena Wahlberg (en av denna artikels medförfattare) och Nils-Eric Sahlin har argumenterat för att den förra tolkningen av kravet på VBE är mer ändamålsenlig än den senare och att kravet närmare bestämt bör utläsas som ett krav på att det ska finnas *tillräckliga belägg* i form av vetenskapliga studier och/eller klinisk erfarenhet för en behandlingsmetods säkerhet och effektiv-

³⁶ SOU 1995:5 s. 112.

³⁷ Se t.ex. Svenska Akademiens ordbok om ”behov” och ”behövas”.

³⁸ Lena Wahlberg & Nils-Eric Sahlin, Om icke vedertagna behandlingsmetoder och kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet, *Förvaltningsrättslig tidskrift*, 2017 s. 45–66; Lena Wahlberg, Rätten till ersättning för gränsöverskridande vård och kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet, *Förvaltningsrättslig tidskrift*, 2018 s. 789–817.

³⁹ Lena Wahlberg & Nils-Eric Sahlin, Om icke vedertagna behandlingsmetoder och kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet, *Förvaltningsrättslig tidskrift*, 2017 s. 45–66.

tet. För att det ska anses finnas tillräckliga belägg måste, med denna tolkning, behandlingens förväntade nytta för den enskilda patienten åtminstone överstiga den risk som behandlingen medför för patienten ifråga. Bedömningen av om det finns tillräckliga belägg bör ta hänsyn till patientens konkreta situation, behov och preferenser, och värdera hur starkt stöd vetenskapliga studier och andra belägg ger för att vården kommer att gagna den enskilda patienten i det konkreta fallet.⁴⁰

I vår fortsatta analys kommer vi att tolka kravet på VBE som ett krav på tillräckliga belägg med den innebörd som föreslagits av Wahlberg och Sahlin. Vi ansluter oss därmed till uppfattningen att kravet på VBE bör utläsas som ett krav på att det ska finnas belägg i form av vetenskapliga studier och/eller klinisk erfarenhet för att behandlingens förväntade nytta för patienten överstiger den risk denne utsätts för genom behandlingen. Enligt vår mening är skälen för denna tolkning än starkare när det, som i förevarande artikel, är fråga om vård som ges utan patientens samtycke.

Som framgår av kunskapsöversikten i avsnitt 3 finns det inte på gruppnivå tydliga belägg från vetenskapliga studier och klinisk erfarenhet för att psykiatrisk heldygnsvård, som den traditionellt är utformad vid vård enligt LPT, är effektiv för att minska förekomsten av självskadehandlingar. Möjligen finns indikationer på det motsatta. Om det i ett konkret fall saknas belägg för att den behandling som kan ges inom ramen för den psykiatriska tvångsvården kommer att vara till nytta för patienten, kan denna vård med vår tolkning inte anses uppfylla kravet på VBE. Om vårdinsatser som har stöd av vetenskap och beprövad erfarenhet saknas, bör tvångsvård inte heller kunna beslutas om med stöd av LPT. Däremot är det, som vi utvecklar nedan, inte uteslutet att det i det enskilda fallet kan finnas aspekter som gör att kravet på VBE är uppfyllt, och att det då kan finnas grund för vård enligt LPT.

5. Kravet på proportionalitet i tvångsvården

Som beskrivits ovan innebär kravet på VBE att det måste finnas belägg för att vården kommer att vara till nytta för individen. Frågan om vårdens nytta har också betydelse för bedömningen av om tvångsvården kan anses vara proportionerlig, vilket diskuteras i detta avsnitt. Vid all användning av tvång krävs att nyttan med åtgärden väger upp de negativa konsekvenser som följer av den. Detta krav på proportionalitet uttrycks explicit i LPT i förhållande till avskiljning, fastspänning och andra tvångsåtgärder. Enligt 2 b § LPT får

⁴⁰ Lena Wahlberg & Nils-Eric Sahlin, Om icke vedertagna behandlingsmetoder och kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet, *Förvaltningsrättslig tidskrift*, 2017 s. 45–66.

tvångsåtgärder endast användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas. Därtill preciseras att tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten. Ett krav på proportionalitet i samband med intagning för sluten psykiatrisk heldygnsvård följer också implicit av rekvisiten i 3 § LPT, bl.a. genom att alternativa vårdinsatser ska vara uteslutna. Om ett tillräckligt skydd för individens liv och hälsa t.ex. kan uppnås med insatser som individen samtycker till är tvångsvård uteslutet.

I sammanhanget är det viktigt att komma ihåg att psykiatrisk tvångsvård utgör ett undantag från en grundläggande utgångspunkt i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning, nämligen att alla medicinska insatser ska bygga på respekt för individens självbestämmande och integritet och baseras på samtycke.⁴¹ Ett skydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden återfinns även i regeringsformen och Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen).⁴² Beslut om inläggning inom den psykiatriska heldygnsvården, liksom beslut om tvångsåtgärder i form av bältesläggning, avskiljande eller medicinering utan samtycke utgör således ett intrång i individens grundläggande fri- och rättigheter, enligt såväl svensk grundlag som Europakonventionen. Begränsningar av dessa rättigheter måste regleras tydligt i lag och noga rättfärdigas för att vara tillåtna. Det följer vidare av Europadomstolens praxis att inskränkningar av konventionsrättigheterna måste vara proportionerliga. Detta innebär att tvångsvård endast är tillåtet om följande förutsättningar är uppfyllda: (1) tvånget tjänar ett legitimt mål, (2) tvånget är nödvändigt för att nå detta mål, och (3) de skäl som talar för att använda tvång står i proportion till de skäl som talar emot.⁴³

De tvångsinsatser vi diskuterar i denna artikel uppfyller typiskt sett det första steget i en proportionalitetsbedömning. De tvångsinsatser som vidtas syftar ofta till att skydda individens liv och/eller hälsa, vilka såklart är legitima mål. Kravet på nödvändighet innebär en större begränsning av läkarens handlingsfrihet. Det innebär t.ex. att en läkare inte får besluta om intagning för tvångsvård i syfte att erbjuda skydd mot allvarliga självskadehandlingar om heldygnsvården inte förmår erbjuda ett bättre skydd än den vård som personen ger samtycke till. Tvång kan aldrig anses nödvändigt, och därmed

⁴¹ 5 kap. 1 § HSL; 4 kap. 1–2 §§ patientlagen (2014:821).

⁴² 2 kap. 6 och 8 §§ regeringsformen; art. 5 och 8 Europakonventionen.

⁴³ Dessa kriterier har utvecklats i Europadomstolens praxis. Innebörden av kriterierna har diskuterats mer utförligt av domstolen i mål som handlar om andra rättighetsfrågor än psykiatrisk tvångsvård. Anna Nilsson, *The European Court's incremental approach to the protection of liberty, dignity and autonomy* i Mary Donnelly och Brendan D. Kelly (red.) *Routledge Handbook of Mental Health Law*, Routledge 2022.

inte heller rättfärdigat, om det inte erbjuder mer eller bättre skydd än det som kan uppnås på frivillig väg.

Det sista steget i en proportionalitetsbedömning innefattar en avvägning mellan de skäl som talar för respektive emot att acceptera en inskränkning av individens rörelsefrihet, självbestämmande och kroppsliga integritet. För att en tvångsvårdsinsats ska anses proportionerlig måste de skäl som talar för insatsen vara minst lika tunga som de skäl som talar emot åtgärden.⁴⁴ I den utsträckning psykiatrisk tvångsvård kan hjälpa individen att må bättre på ett sätt som inte är möjligt inom den frivilliga vården är detta ett starkt skäl som talar för att tillåta ett tvångsingripande. Detsamma gäller såklart i den mån tvångsvården kan erbjuda ett skydd mot självskadebeteende som individen inte kan få genom den frivilliga vården, sociala insatser, familj eller vänner. Som beskrivits i avsnitt 3 är det emellertid tveksamt om den psykiatriska heldygnsvården förmår tillhandahålla den här typen av hälsovinster och skydd, vilket medför att skälen *för* att tillgripa tvångsvård i ett enskilt fall kan vara mycket svaga. I den andra vågskålen finns de skäl som talar *emot* en tvångsinläggning. Hur tungt dessa skäl väger beror på hur omfattande inskränkningar i rörelsefriheten och respekten för individens självbestämmande och integritet som tvångsvården medför i det enskilda fallet. Det råder ingen tvekan om att tvångsvård på en psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning är förenat med långtgående begränsningar av individens rörelsefrihet och utrymme för självbestämmande. Det faktum att en tvångsinläggning innebär att chefsöverläkaren, om vissa förutsättningar är uppfyllda, kan fatta beslut om fastspänning, avskiljande och medicinsk behandling utan samtycke innebär att tvångsvård också är förenat med en betydande integritetsinskränkning. Mot denna bakgrund är det svårt att se hur det sista steget i en proportionalitetsbedömning skulle vara uppfyllt i en situation där till och med de förväntade hälsovinster eller skyddet mot självskadehandlingar är mycket begränsade. Enligt vår mening kan kravet på proportionalitet aldrig vara uppfyllt i en situation där läkaren redan på förhand har kunskap om att ingripandet sannolikt inte kommer att öka individens välmående eller erbjuda ett effektivt skydd mot självskadehandlingar, utan snarare öka risken för en allt allvarigare självskadeproblematik.⁴⁵ Likväl kan det finnas enskilda fall där den förväntade nyttan överstiger riskerna, och det sista steget i kravet på proportionalitet är därmed uppfyllt.

Europadomstolen har inte uttalat sig om vilken evidens som krävs för att visa att tvångsvård faktiskt är nödvändigt för att nå ett visst mål, i det här fallet skydd för självskadehandlingar. Denna typ av frågor ligger vanligen inom

⁴⁴ För en mer utförlig diskussion om proportionalitetsprincipens inverkan på psykiatrirätten, se Moa Kindström Dahlin, *Psykiatrirätt – intressen rättigheter och principer*, 2014.

⁴⁵ Se avsnitt 3.

konventionsstaternas bedömningsmarginal (eng. margin of appreciation).⁴⁶ Inom svensk rätt regleras detta bl.a. genom kravet på att hälso- och sjukvården ska bygga på VBE, vilket diskuterats ovan.

6. Är den psykiatriska tvångsvården till nytta – två exempel

För att förtydliga resonemanget, och för att illustrera dess tillämplighet på en praktisk verklighet, ska vi nu återknyta till våra inledande exempel.

Personen i exemplet A har ett livshotande självskadebeteende och en lång historia av psykiatrisk vård, såväl öppen som heldygnsvård. A har den senaste tiden skadat sig allvarligt vid flera tillfällen och har vid samtliga dessa tillfällen behövt somatisk akut- eller intensivvård. A säger också att hen vill ta sitt liv. Detta är en situation som vi, utifrån samlad erfarenhet, har sett är tämligen vanligt förekommande i landets förvaltningsrätter. Domstolarna motiverar i dessa mål ofta sitt beslut om att bifalla chefsöverläkarens ansökan med att den berörda individen har ett allvarligt självskadebeteende och med att det föreligger en förhöjd risk för suicid. Detta anses alltså av domstolarna i sig utgöra tillräckliga skäl för att motivera fortsatt psykiatrisk tvångsvård, oavsett vilka förutsättningar den psykiatriska heldygnsvården faktiskt har att förhindra självskadehandlingar och suicidförsök. Om förvaltningsrätterna hade gjort en risk- nyttoavvägning enligt det resonemang vi framfört, i ett fall som exempel A, skulle utfallet kunna bli ett annat.

Det står klart i exempel A att det föreligger en fara för personens liv och hälsa. Detta är dock enligt vår mening inte tillräckligt för att dra slutsatsen att vårdbehovet ska anses oundgängligt. I stället måste frågan ställas vilket syfte den psykiatriska heldygnsvården har i det enskilda fallet och vilka belägg det finns för att vården ska kunna tillgodose det uppgivna syftet i den specifika situationen. Vid en sådan bedömning måste hänsyn tas till vetenskapliga studier och kliniska erfarenheter i generell bemärkelse, men också till den specifika kunskap som finns tillgänglig om den individ som beslutet avser. I exempel A möter vi en person med en lång historia av psykiatrisk vård. Det finns alltså information om hur denna vård och olika behandlingsinsatser har

⁴⁶ Nationella domstolar och myndigheter har ofta ett bättre underlag än en internationell domstol som Europadomstolen att avgöra frågor om bevisning och har därför gett nationella instanser en viss frihet att avgöra hur dessa frågor ska regleras och hanteras på det nationella planet. Se t.ex. Europadomstolens dom den 3 juli 2012 i målet *X mot Finland*, ansökan nr 34806/04, para. 150. Denna frihet är emellertid inte obegränsad. I sin dom den 2 oktober 2012 i målet *Plesó mot Ungern*, ansökan nr 41242/08, para 64–65 underkände Europadomstolen nationella domstolars avgöranden bl.a. på grund av att de okritiskt godtagit läkares påståenden om risk för klagandens liv och hälsa.

påverkat A:s hälsa, välmående och självskadebeteende. Det finns med andra ord omfattande erfarenhet avseende det enskilda fallet. Om det rör sig om en person som tidigare uppvisat fortsatt självskadebeteende även i heldygnsvårdsmiljö, eller om självskadebeteendet till och med eskalerat under sådana förhållanden, blir det särskilt viktigt att pröva om den förväntade nyttan av den psykiatriska heldygnsvården i den rådande situationen kan anses överväga såväl integritetsintrånget som riskerna i andra avseenden, inklusive risken för ytterligare försämring i självskadebeteendet. Som beskrivits ovan måste denna nytta väga upp det integritetsintrång som tvångsvård innebär för att åtgärden ska anses proportionerlig och förenlig med regler om mänskliga rättigheter.⁴⁷

Situationen i exempel A skiljer sig från situationen i vårt andra exempel. I exempel B lider personen av anorexi och har ett visst, men inte allvarligt, självskadebeteende i form av att hen skär sig. På senare tid har B försämrats så mycket i sin anorexi att hens läkare gör bedömningen att det är nödvändigt att häva B:s svälttillstånd eftersom B:s liv är i akut fara på grund av den låga vikten. B har aldrig tidigare varit inlagd inom heldygnsvården. I exemplet motiveras tvångsvården främst utifrån ett behov av att bryta akut självsvält, vilket vi i denna text utgår ifrån att den psykiatriska heldygnsvården framgångsrikt kan göra.⁴⁸ Nyttan i det enskilda fallet är alltså att den akuta, potentiellt livshotande självsvälten förväntas kunna hävas. I andra vågskålen finns förutom integritetsintrånget också risken, utifrån rådande evidensläge, att självskadebeteendet försämras som följd av insatserna inom heldygnsvården. Eftersom det rör sig om en person som aldrig tidigare vårdats i psykiatrisk heldygnsvård finns det inte någon erfarenhet av hur personen tidigare svarat på insatserna. Oavsett går det att argumentera för att den kortsiktiga nyttan av att framgångsrikt kunna häva ett akut svälttillstånd överväger den eventuella risken för försämring i ett annat tillstånd.

Exempel B synliggör de konflikter som kan finnas inte bara mellan behov som är relaterade till två olika tillstånd, utan också mellan olika tidsperspektiv. Exemplet illustrerar hur tvångsvård i vissa fall torde kunna legitimeras utifrån att ett överhängande hot mot liv eller hälsa föreligger just nu, vilket heldygnsvården kan förväntas avvärja, även om heldygnsvården också kan bidra till att ett annat tillstånd (självskadebeteendet) eskalerar och leder till nya risker på längre sikt. Denna avvägning mellan olika tidsperspektiv är nödvändig men också utomordentligt svår. Detta inte minst mot bakgrund av att riskerna, särskilt de mer långsiktiga, kan vara svåra att förutse i ett enskilt fall. Avväg-

⁴⁷ Se avsnitt 5.

⁴⁸ Se fotnot 25 för en kort beskrivning av grunderna för detta antagande.

ningen mellan risk och nytta underlättas därför om det är en patient som, likt person A i våra exempel, tidigare har vårdats inom psykiatrisk heldygnsvård.

Det kan alltså finnas situationer då det finns grund att bedöma vården som oundgänglig i en akut situation, men inte under en längre vårdtid. Förutom exemplet ovan med behov av akuta medicinska insatser (det kan också röra sig om livshotande överdoseringar av läkemedel eller skärskador som kräver omedelbar behandling) kan behovet av inneliggande vård och möjligheterna till alternativ vård dessutom bedömas olika under jourtid och kontorstid. För att göra ett grundat ställningstagande till vårdens oundgänglighet krävs ibland att närstående, personal från öppenvård och kommun eller andra personer involveras. Detta för att samla all relevant information som behövs för ett välavvägt beslut, men också för att kunna planera och vidta lämpliga åtgärder om personen går hem. Det medför att det i vissa fall (i synnerhet nattetid) kan vara så att vården bedöms oundgänglig i den akuta situationen, och att det då finns grund för att skriva ett vårdintyg och lägga in personen enligt LPT kvarhållning, men att den motsatta bedömningen sedan görs, i samband med intagningsbeslut eller vid den fortsatta utvärderingen av vårdbehovet. Det hör till saken att kravet för att utfärda ett vårdintyg är att kriterierna för vård *sannolikt* är uppfyllda, och att kravet vid intagningsbedömning och fortsatt vård är att kriterierna *är* uppfyllda.⁴⁹

7. Rekvisitet ”farlig för sig själv eller annan” som förutsättning för konvertering

Exempel C beskriver en situation då tvångsvård som utgångspunkt inte kan komma i fråga, men som aktualiserar svåra rättsliga ställningstaganden. Det framgår av exemplet att C själv uppsökt vården i en akut kris och önskat bli inlagd över natten. Under natten skadar sig dock C allvarligt och exemplet är avsett att belysa frågan om övergång från frivillig vård till tvångsvård, s.k. konvertering. Bör den inträffade självskadehandlingen innebära att C konverteras till tvångsvård om hen insisterar på att bli utskriven morgonen efter i enlighet med den ursprungliga överenskommelsen mellan C och vårdgivaren? Eller räcker det med att i det akuta skedet hindra självskada, fysiskt, med hänvisning till straffrättslig ansvarsfrihet vid nöd enligt brottsbalken 24 kap. 4 §? Nöd föreligger enligt bestämmelsen bl.a. när fara hotar liv eller hälsa. I nödsituationer utgör en gärning ett brott endast ”om den med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig”.

⁴⁹ Jfr 4 § första stycket och 11 § andra stycket LPT.

11 § LPT reglerar möjligheten till konvertering från frivillig psykiatrisk slutenvård till psykiatrisk tvångsvård. För att konvertering ska vara tillåten krävs för det första att de tre grundläggande rekvisiten för tvångsvård i 3 §, är uppfyllda.⁵⁰ Därutöver krävs att patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan.⁵¹ Detta fjärde rekvisit är avsett att begränsa kretsen av personer som kan bli föremål för konvertering. Möjligheten att konvertera en person från frivillig psykiatrisk slutenvård till psykiatrisk tvångsvård är inte okontroversiell. I förarbetena framhålls att det i själva verket finns starka skäl emot en generell möjlighet att omvandla frivillig vård till tvångsvård. Inte minst riskerar möjligheten till konvertering att skada patienters förtroende för vården och inverka hämmande på viljan att uppsöka den. Bara det faktum att det finns en möjlighet till konvertering som kan användas för att påtvinga patienter en vård de egentligen inte önskar, försvårar samspelet mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal.⁵² Lagförarbetena framhåller därför att konvertering enbart kan godtas som "undantagsföreteelse" och att den ska begränsas och koncentreras till "speciellt angelägna fall". Som typexempel på sådana angelägna fall lyfter förarbetena fram "svåra situationer då patienten gör enträgna och allvarliga försök att skada sig själv och t.o.m. gör självmordsförsök, samtidigt som han avser att avbryta den frivilliga vården."⁵³ Det framhålls dock också att vissa sådana situationer i första hand torde kunna hanteras på andra sätt än genom konvertering, t.ex. med hänvisning till ansvarsfrihet p.g.a. nöd.⁵⁴ Det bör också noteras att möjligheten till konvertering, liksom möjligheten att tillgripa tvångsvård generellt, är just en möjlighet; något som chefsöverläkaren vid vårdenheten "får" men inte nödvändigtvis "ska" besluta om.⁵⁵

En person som utvecklat ett allvarligt självskadebeteende torde alltid falla inom den krets av personer som kan bli föremål för konvertering, eftersom problematiken i sig innebär att personen kan befaras kunna skada sig själv allvarligt. Den negativa inverkan som möjligheten till konvertering riskerar att ha på förhållandet och förtroendet mellan patient och vård/vårdspersonal är således en realitet för personer som vårdas för självskadebeteende inom den psykiatriska heldygnsvården. Mot bakgrund av att samtliga personer med allvarligt självskadebeteende torde kunna innefattas av konverteringsbestäm-

⁵⁰ 11 § första stycket 1 LPT. De tre grundläggande rekvisitens framgång, som tidigare beskrivet, av 3 § LPT.

⁵¹ Se 11 § första stycket 2 LPT.

⁵² Prop. 1990/91:58 s. 123–124.

⁵³ Prop. 1990/91:58 s. 124.

⁵⁴ Prop. 1990/91:58 s. 124 som hänvisar till 24 kap. 4 § brottsbalken.

⁵⁵ Jfr formuleringen i 11 § LPT: "Om en patient är intagen på en sjukvårdsinrättning för frivillig psykiatrisk vård, får chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas besluta ..."

melsens ordalydelse blir bedömningen av grundrekvisiten i 3 §, däribland om det föreligger ett oundgängligt behov av psykiatrisk heldygnsvård, helt avgörande för dessa personers rättsliga skydd.

Att en frivilligt vårdad person rent fysiskt måste hindras från att allvarligt skada sig själv, vilket illustreras av vårt exempel C, är en situation som lyfts fram i lagförarbetena som exempel på när konvertering skulle kunna komma i fråga. I situationer då det föreligger en fara för att en person allvarligt ska skada sig själv enligt 11 §, kan det ligga nära till hands att tolka lagen på så vis att rekvisitet om oundgängligt vårdbehov enligt 3 § också är uppfyllt. Som tidigare diskuterats är vi kritiska till att en sådan tolkning görs per automatik. Det krävs en noggrann bedömning i det enskilda fallet, i linje med de resonemang vi här för fram. En akut situation kan, vilket också framhålls i lagförarbetena, hanteras med stöd av nödreglerna i brottsbalken (BrB). Det finns således en möjlighet för hälso- och sjukvårdspersonal att avstyra en akut suicidhandling eller en självskadehandling utan att fatta beslut om att konvertera patienten till tvångsvård enligt LPT. För att konvertering till psykiatrisk tvångsvård ska kunna komma i fråga krävs bland annat att det utöver risken för allvarlig självskada föreligger ett oundgängligt behov av psykiatrisk heldygnsvård enligt 3 §. Rekvisitet innefattar, enligt vår tolkning, ett krav på att heldygnsvården faktiskt ska kunna tillgodose det oundgängliga behovet. I C:s fall är därför frågan om det finns belägg för att nyttan med fortsatt psykiatrisk heldygnsvård, som en konvertering till LPT skulle möjliggöra, verkligen kan bedömas överväga riskerna för fortsatt/ökat självskadebeteende och om den står i proportion till det integritetsintrång C utsätts för. C har ju redan skadat sig själv på avdelningen, så på vilken grund kan det antas att den psykiatriska heldygnsvården kan skydda mot sådana handlingar nästa gång? Om det saknas belägg för att vården kan erbjuda sådant skydd, kan den i så fall erbjuda något annat av värde som väger upp integritetsintrånget och andra negativa konsekvenser? Hittills har forskningen visat att en tydlig behandlingsstruktur är en av de verksamma komponenterna i behandling av självskadebeteende.⁵⁶ Att följa en gemensamt uppgjord vårdplan och låta C gå hem som planerat är att upprätthålla behandlingsstrukturen. Det är alltså möjligt att se exempel C som en situation då det är riktigt att skriva ut en självskadande patient från den psykiatriska heldygnsvården *trots* att det föreligger fara för liv och hälsa och *trots* att det kan befaras att personen allvarligt kan komma att skada sig själv utanför sjukhusets väggar. Ett sådant beslut kan, menar vi, motiveras med att riskerna med att låta heldygnsvården fortgå bedöms vara större än

⁵⁶ Lars-Gunnar Lundh, Behandling vid icke-suicidalt självskadebeteende kräver tydlig struktur, *Lakartidningen.se*, 2014-02-04.

den förväntade nyttan. Viktigt att poängtera är att en utskrivning då inte ska ske i uppfostrande syfte, med avsikt att bestraffa personen för ett oönskat beteende, utan för att det efter en omsorgsfull avvägning mellan risk och nytta har bedömts vara det som gagnar personen mest. Om personen uttrycker omedelbara suicidplaner finns en rad vedertagna interventioner att vidta för att minska suicidrisken när personen gått hem.⁵⁷

Konflikten mellan olika tidsperspektiv, som berörts tidigare, uppkommer även i en akut självskadesituation. Om vårdpersonal upptäcker att en inlagd person skadar sig själv uppstår frågan hur de bäst kan hjälpa personen och förhindra ytterligare kroppsskador. Tätt förknippad med denna är frågan om personalen bör hålla fast individen eller på något annat sätt fysiskt hindra fortsatt självskadebeteende. Det är då viktigt att komma ihåg att den omedelbara nyttan med att individen hindras från fortsatt självskada, behöver vägas mot de negativa konsekvenserna av ett sådant ingripande, inklusive konsekvenser på sikt (i form av t.ex. minskat förtroende för vården, trauma eller ökat självskadebeteende). Som diskuterats ovan får tvångsåtgärder endast tillgripas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden.⁵⁸ I en akut situation innefattande stora risker för liv eller hälsa, som till exempel hängning eller allvarlig skärskada, får förmodligen anses att den kortsiktiga nyttan väger över de långsiktiga riskerna, naturligtvis förutsatt att andra, mindre ingripande åtgärder har beaktats i första hand. Det är däremot inte en självklarhet att vårdintyg ska skrivas och personen konverteras till tvångsvård för fortsatt heldygnsvård till följd av att en akut självskadesituation har behövt avstyras. En konvertering förutsätter att även grundrekvisiten, däribland oundgänglighetsrekvisitet enligt de resonemang som tidigare förts, kan anses uppfyllda.⁶⁰ Avvägningen blir särskilt grannlaga i en situation då personens självskadebeteende redan har eskalerat i den psykiatriska heldygnsvården. I en sådan situation kan riskerna på kort sikt, om personen inte aktivt hindras från att skada sig själv, vara mycket stora samtidigt som det blivit uppenbart att övervakning och tvångsåtgärder i heldygnsvård bidrar till att risken för personens liv och hälsa ökar på sikt. De mycket stora svårigheter det innebär att göra en riskavvägning i denna situation, visar på behovet av att redan i ett tidigt skede göra en noggrann och medveten riskavvägning där också risken för negativa effekter av heldygnsvård, särskilt för personer med självskadebeteende, beaktas. Detta också för att individuella läkares rädsla för att en patient ska suicidera under deras ansvar inte ska leda till att risker på kort sikt alltid värderas högre än risker på längre sikt. Även här kan tidsaspekten i vissa fall ge grund för olika

⁵⁷ Se t.ex. Linehan Risk Assessment and Management Protocol, hämtad 2022-11-07 och tillgänglig via: <http://depts.washington.edu/uwbrtc/wp-content/uploads/LSSN-LRAMP-v1.0.pdf>.

⁵⁸ 2 a § LPT, se även avsnitt 5.

bedömningar på så vis att det kan finnas skäl till vårdintyg enligt 11 § LPT för att avvärja en akut fara, men sedan saknas grund för intagningsbeslut eller fortsatt vård enligt LPT, när den akuta faran är avvärjd.

8. Sammanfattning och slutsats

Personer med självskadebeteende är en grupp som började uppmärksammas först kring millennieskiftet, flera år efter att LPT trätt i kraft 1992. Det är idag en grupp som, trots avsaknad av tydligt stöd från vetenskap och beprövad erfarenhet, ofta blir föremål för såväl psykiatrisk tvångsvård som tvångsåtgärder. Den forskning som finns tillgänglig visar snarast att psykiatrisk heldygnsvård, som den idag är utformad, riskerar att leda till förvärrat självskadebeteende och därigenom på sikt en möjlig ökad risk för suicid. Det är högst problematiskt om personer med självskadebeteende tvingas till en psykiatrisk heldygnsvård som inte är till hjälp, och som i vissa fall dessutom är direkt skadlig för dem. Detta förhållande, som utifrån vår tolkning också måste betraktas som rättsstridigt, upprätthålls enligt vår erfarenhet av de förvaltningsrätter som ska fungera som skydd för patienternas rättssäkerhet. Domstolarna tycks, i likhet med förarbetena till LPT, förutsätta att högre vårdnivåer har bättre förutsättningar att tillgodose självskadande personers vårdbehov. Syftet med denna artikel har varit att belysa problematiken och att skapa medvetenhet kring att sådana antaganden inte per automatik kan göras.

Det måste dock framhållas att det också är olyckligt om personer med självskadebeteende av princip utestängs från psykiatrisk heldygnsvård i situationer då den skulle kunna vara hjälpsam. Det finns anledning att tro att båda företeelserna förekommer idag: det vill säga både att patienter tvingas till en vård som gör dem sämre och att de utestängs från vård som skulle kunna vara hjälpsam. En person som skadar sig själv på en psykiatrisk avdelning kan idag bli föremål för såväl konvertering som omedelbar utskrivning av mer eller mindre godtyckliga skäl. Denna oförutsägbarhet står i stark kontrast till det vetenskapliga stöd som finns för att en tydlig behandlingsstruktur och förutsägbarhet är viktiga komponenter i alla verksamma behandlingar mot självskadebeteende.⁵⁹ Av dessa skäl argumenterar vi för att rekvisitet om "oundgängligt vårdbehov", läst i ljuset av såväl kravet om proportionalitet som av VBE, måste förstås så att ett vårdbehov endast kan vara oundgängligt om vården utifrån tillgänglig kunskap kan förväntas tillgodose behovet.

⁵⁹ Lars-Gunnar Lundh, *Behandling vid icke-suicidalt självskadebeteende kräver tydlig struktur*, *Lakartidningen.se*, 2014-02-04.

