



JURIDISKA FAKULTETEN
vid Lunds universitet

Sabina Karlsson

Äldres självbestämmanderätt i fråga om liv eller död

– en rättsvetenskaplig studie om särbehandling på grund av ålder inom
hälso- och sjukvården med problematisering kring självmord

JURM02 Examensarbete

Examensarbete på juristprogrammet
30 högskolepoäng

Handledare: Titti Mattsson

Termin för examen: HT12

Innehåll

SUMMARY	1
SAMMANFATTNING	3
FÖRORD	5
FÖRKORTNINGAR	6
1 INLEDNING	8
1.1 Bakgrund	8
1.2 Syfte och frågeställningar	9
1.3 Metod och material	10
1.4 Det teoretiska perspektivet ålderism	13
1.5 Avgränsningar	15
1.6 Definiering och problematisering av centrala begrepp	16
1.7 Disposition	18
2 FAKTABAS OM SJÄLMORD OCH SJÄLMORDSFÖRSÖK	20
2.1 Inledande avsnitt	20
2.2 En kort historisk tillbakablick	20
2.3 Ett flerdimensionellt problem	22
2.4 Riskfaktorer	23
2.5 Självmord bland äldre	24
2.6 Avslutande kommentarer	25
3 ÄLDRE OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAGSTIFTNINGEN	27
3.1 Inledande avsnitt	27
3.2 Utgångspunkter rörande äldre och hälso- och sjukvårdslagstiftningen	27
3.3 Vård på lika villkor och åldersdiskrimineringsförbudet	29
3.4 Äldrestereotyper som framkommer i förarbetena	29

3.5	Avslutande kommentarer	30
4	SJÄLVBESTÄMMANDERÄTTEN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	32
4.1	Inledande avsnitt	32
4.2	Grundlagsskyddet för självbestämmanderätten	33
4.3	Självbestämmanderätten och autonomi	34
4.4	Självbestämmanderättens element	36
4.4.1	Kravet på samtycke	36
4.4.2	Individuellt anpassad information	37
4.4.3	Kravet på och bedömningen av beslutskompetens	38
4.5	Det hypotetiska samtyckets tillämplighet	40
4.6	Avslutande kommentarer	41
5	PATERNALISM INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAGSTIFTNINGEN	44
5.1	Inledande avsnitt	44
5.2	Paternalism och hälso- och sjukvården	45
5.3	Psykiatrisk tvångsvård	45
5.3.1	Förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård	45
5.3.2	Psykiatrisk tvångsvård och äldre	48
5.4	Tvångsvård av missbrukare	48
5.4.1	Förutsättningar för tvångsvård av missbrukare	48
5.4.2	Tvångsvård av missbrukare och äldre	50
5.5	Nödrättsbestämmelsen och förutsättningar för dess tillämplighet	52
5.6	Avslutande kommentarer	54
6	ANALYS	56
6.1	Inledande avsnitt	56
6.2	Äldrestereotyperna visar på en svag ställning	56
6.3	Självbestämmanderätten och särbehandling av äldre	57
6.3.1	Svårigheten att avgöra om särbehandling tillåts	57
6.3.2	Åldern påverkar nyttobedömningen	58
6.3.3	Gränsen mellan beslutskompetensen och beslutsinkompetensen	58
6.3.4	Individ- och äldreanpassad information	60
6.3.5	Åldern påverkar tillämpligheten av det hypotetiska samtycket	61
6.4	Paternalism och särbehandling av äldre	62
6.4.1	Ålderns påverkan på förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård	62

6.4.2	Ålderns påverkan på förutsättningar för tvångsvård av missbrukare	64
6.4.3	Nödrättsbestämmelsens tillämplighet på äldre individer	65
6.4.4	Innebörden för självbestämmanderätten	65
6.5	Förenligheten av hög ålder och självmordsförsök	66
6.5.1	Ålder och självmordsförsök drar i olika riktning	66
6.5.2	Särbehandling på grund av ålderism eller på grund av uppmaning	68
7	SLUTSATS	70
7.1	Inledande avsnitt	70
7.2	Äldrestereotyper inom hälso- och sjukvårdens område	70
7.3	Självbestämmanderätten tillåter särbehandling av äldre	70
7.4	Ålderns påverkan på tillämpligheten av paternalism	71
7.5	Avvägningskonflikten mellan hög ålder och självmord	72
	KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING	74
	RÄTTSFALLSFÖRTECKNING	79

Summary

This essay on social and welfare law is part of my final examination at law school. The aim is to clarify if the regulation about the right to self-determination in the Swedish health care system allows different treatment of elderly and if so is the case, if it causes problems in relations to conditions for suicidal elderly. The subject is relevant partly because elderly persons often are considered as a weak group which can have difficulties in obtaining similar rights as others, partly because they are the group which commits most suicides in Sweden. To reach the aim I have studied if age is allowed to affect elements in the right to self-determination and the prerequisites to apply the justification rule necessity in the Swedish Penal Code, the legislation about compulsory psychiatric care and the legislation about compulsory care of abusers. I have also investigated if age respective attempted suicide affects the right to self-determination in different ways.

I have chosen a method which is often used to answer jurisprudence questions concerning Swedish law. It is called the classical legal method. This method means in first hand using law text, preambles and precedents as materials. I have also used other materials such as doctrines, documents issued by public authorities and articles. To explore the problems about the elderly group I have chosen to use a theoretical perspective called ageism. This is to be understood as prejudices and stereotype ideas which omit from a persons age and can lead to different treatments. To make it easier to use ageism in this essay I have chosen to examine if there emerges any age stereotypes in the preamble to the health care laws.

My conclusions enlightens that there are some age stereotypes in the preambles to the health care laws. The age stereotypes includes for example that elderly compared to younger have more difficulties to utilize information, do not want as much information and have difficulties to be involved in their health care. Moreover it seems more important they feel safety and no anxiety. If we observe this in the context of the right to self-determination it seems elderly have more difficulties to practise this right. There are also several parts in this right which are allowed the influence of high age. Example on this is the information duty of the health care personal which explicitly shall be adjusted to the individual. Another example is the assessment of the patient's decision capability. A person's age also affects the benefit of a treatment. The benefit then affects for example the applicability of the hypothetical consent.

Different treatment of elderly is also allowed according to the laws about the justification rule necessity, the legislation about compulsory psychiatric care and the legislation about compulsory care of abuses. The laws do not have the same applicability as for others. This means that the elderly keep the right to self-determination even if they have mental illness, abuse drugs or are in a situation where the legislation about necessity can be applicable.

The answer to the question, if age respective attempted suicide affects the right to self-determination in different ways, is yes. These two factors pull in opposite direction both with regard to the right to self-determination and the applicability of the justification rule necessity, the legislation about compulsory psychiatric care and the legislation about compulsory care of abuses. This makes it difficult to unite these two factors.

Sammanfattning

Denna socialrättsliga uppsats utgör mitt examensarbete inom juristprogrammet. Syftet med studien är att klargöra om regleringen kring självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården tillåter särbehandling av äldre och om det i så fall orsakar avvägningsproblem i förhållande till självmordsbenägna äldre. För att kunna uppnå syftet har jag undersökt om hög ålder tillåts påverka element i självbestämmanderätten samt förutsättningarna för tillämpning av lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och nödrättsbestämmelsen (24 kap. 4 § brottsbalken (1962:700)). Vidare har jag genomfört en jämförelse mellan hur hög ålder och självmordsförsök påverkar självbestämmanderätten för att undersöka om det finns en avvägningskonflikt.

För att besvara de frågor jag ställt har jag valt att använda mig av den klassiska juridiska metoden. Metoden innebär att det material som jag använt först och främst består av lagtext, förarbeten och prejudikat. Jag har även använt andra rättskällor såsom doktrin, föreskrifter och allmänna råd utfärdade av myndigheter och artiklar med mera. För att belysa problematiken kring gruppen äldre har jag i denna uppsats valt att utgå från ett teoretiskt perspektiv kallat ålderismen. Med detta avses fördomar eller stereotypa föreställningar som utgår från en människas ålder och som kan leda till särbehandling. För att göra användningen av ålderismen möjlig har jag valt att undersöka om det framkommer äldrestereotyper i förarbetena inom hälso- och sjukvårdens område.

Mina slutsatser innebär först att det framkommer äldrestereotyper i förarbetena inom hälso- och sjukvårdens område som består i att äldre jämfört med yngre anses ha svårt att tillgodogöra sig information, inte vill ha lika mycket information samt har svårt att vara delaktiga i vården. Vidare anses det finnas en vikt i att de känner trygghet och inte utsätts för oro. Avseende självbestämmanderätten leder detta till en bild av att äldre skulle ha svårare att utöva denna rätt. En individs ålder får också påverka flera element inom självbestämmanderätten. Detta gäller bland annat hälso- och sjukvårdspersonalens informationsskyldighet som uttryckligen ska individanpassas och beslutskompetensbedömningen. Individens ålder kan även påverka vilken nytta patienten har av en behandling. Nyttan påverkar sedan i sin tur exempelvis tillämpligheten av det hypotetiska samtycket.

Även förutsättningarna för tillämpning av lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och nödrättsbestämmelsen (24 kap. 4 § brottsbalken (1962:700)) tillåter att det sker en särbehandling av äldre. Min slutsats utifrån detta är att äldre i större utsträckning behåller ansvaret över sig själva även om de är psykiskt sjuka, missbrukare eller befinner sig i en nödsituation. Paternalism, det vill säga när någon annan bestämmer i individens ställe, får då begränsad

tillämplighet i förhållande till äldre. I uppsatsen utgår jag från att paternalism och autonomi är varandras motsatser. Om autonomi ingår som en del av definitionen av självbestämmanderätten innebär det att även självbestämmanderätten påverkas av paternalismens begränsade tillämplighet.

På frågan, om det finns en avvägningskonflikt mellan hur åldern och självmordsförsöket påverkar självbestämmanderätten, är svaret ja. De två instrumenten drar i olika riktningar både rörande självbestämmanderätten och tillämpligheten av lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och nödrättsbestämmelsen (24 kap. 4 § brottsbalken (1962:700)). De två faktorerna blir därför svåra att förena.

Förord

Jag börjar nu närma mig slutet på min juristutbildning och min tid i Lund. Det har varit några fantastiska år med många äventyr. I perioder har det varit tufft med tidiga morgnar och tentaångest. I slutänden har det emellertid alltid varit mödan värd. Innan jag packar ner gamla lagböcker och anteckningsblock i flyttkartongerna återstår dock några veckor av min utbildning. Även om min tid i Lund ännu inte är slut vill jag ändå passa på att tacka min familj för allt det stöd jag fått, inte enbart under detta uppsatsskrivande, utan under hela min utbildning.

Jag ska också skriva några ord om varför jag har valt detta ämne till min examensuppsats. Inledningsvis kan jag berätta att uppsatsen från början inte alls skulle handla om äldre och deras självbestämmanderätt. Till en början var min avsikt att enbart skriva om fenomenet självmord. Jag har genom hela utbildningen tyckt att det varit intressant att studera olika regleringar som har kopplingar till döden. När jag började läsa i litteraturen om ämnen framträdde snabbt en bild av att de ”viktigaste” självmorden att bekämpa var de bland yngre och att samhällets självmordpreventionsprogram utformades efter dessa. Ungefär samtidigt läste jag en artikel om att det är äldre som står för den största andelen självmord i Sverige. Jag började då fundera kring hur detta kan hänga samman. Ur dessa funderingar föddes uppsatsen. Ålderismen stötte jag något senare på i en bok om ålderdomens utanförskap.

Arbetet kring denna uppsats har i perioder gått både upp och ned. Ibland har jag inte tyckt mig förstå någonting, ibland har allting förefallit glasklart. Jag har lärt mig mycket längs vägen och förhoppningsvis kommer något av denna kunskap föras vidare till läsaren. Jag hoppas du ska uppskatta läsningen.

Jag vill avslutningsvis rikta ett varmt tack till min handledare Titti Mattsson för inspiration, god vägledning och uppmuntrande ord i tunga stunder.

Lund i januari 2013

Sabina Karlsson

Förkortningar

Artnr	Artikelnummer
BrB	Brottsbalken (1962:700)
Dir.	Direktiv
DiskL	Diskrimineringslag (2008:567)
F	fortsättning på nästa sida
Ff	fortsättning på nästa sida och minst en sida till
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
Kap.	Kapitel
LPT	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LVM	Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
Men.	Mening
M.fl.	Med flera
Mom.	Moment
NASP	Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa
Nr	Nummer
P.	Punkt
PSL	Patientsäkerhetslag (2010:659)
Prop.	Proposition
Red.	Redaktör
Ref.	Referat
RF	Regeringsformen (1974:152)
RÅ	Regeringsrättens årsbok
S.	sida/sidor
SoL	Socialtjänstlag (2001:453)
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling

SOSFS 1997:6 (S)	Allmänna råd. Tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
SOSFS 2005:28 (M)	Föreskrifter och allmänna råd. Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria.
SOSFS 2011:7 (M)	Föreskrifter och allmänna råd. Livsuppehållande behandling
SOU	Statens offentliga utredningar
St.	Stycke
Uppl.	Upplaga

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Vårt samhälle bygger på idén att alla vuxna individer har en rätt att bestämma över sig själva. Denna idé avspeglar sig även inom den svenska hälso- och sjukvården som bygger på frivillighet både för att söka upp vården och ta emot behandling. Det nu sagda är grunden för den så kallade självbestämmanderätten.¹ Denna rätt innebär att varje patient ska visas respekt för sin autonomi genom sitt självbestämmande.² En person kan dock ha nedsatt eller helt sakna förmåga att bestämma över sig själv.³ Dessa individer delas ibland in i grupper som benämns som sårbara. Exempel på en sådan grupp är äldre.⁴ De individer som saknar möjlighet att utöva sin självbestämmanderätt kan få denna rätt begränsad genom paternalism. Paternalism innebär att någon annan ska bestämma över individen.⁵

Den svenska vården ska verka mot målet att hela befolkningen ska ges god vård på lika villkor (2 § hälso- och sjukvårdslag (1982:763) (fortsättningsvis HSL)). Ålder ska då inte tillmätas någon betydelse för vilken vård som erbjuds.⁶ Självbestämmanderättens ställning inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen innebär emellertid att principen om likabehandling kan få ge vika för denna rätt.⁷ I uppsatsen kommer jag att studera om regleringen kring självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården tillåter en särbehandling av äldre. Vidare kommer jag även att undersöka om tillämplighet av paternalism påverkar gruppens rätt till självbestämmande.

I vårt samhälle har det spritts en bild av ålderdomen som sorglig och ledsam.⁸ Kanske baseras denna bild delvis på det faktum att äldre står för den största andelen självmord i Sverige.⁹ Suicid kan ha medicinska orsaker som psykiska sjukdomar.¹⁰ Att ta sitt liv eller snarare att avstå från vård och behandling efter ett självmordsförsök, även om detta leder till döden, utgör också en del av patientens självbestämmanderätt. Samtidigt påverkar självmordsförsöket bedömningen av patientens förmåga att bestämma över sig själv.¹¹ Den koppling som finns mellan självbestämmanderätten och

¹ Prop. 2009/10:67 s. 12, Socialstyrelsens handbok artnr 2011-6-39 s. 13 samt Albertson Fineman (2012) s. 114.

² Rynning (1994) s. 75.

³ SOU 1995:5 s. 92.

⁴ Albertson Fineman (2012) s. 114 f; Begreppet äldre definieras i avsnitt 1.6.

⁵ Rynning (1994) s. 76.

⁶ Prop. 1981/82:97 s. 28.

⁷ Se Albertson Fineman (2012) s. 114.

⁸ Magnússon, Finnur (2011). "Åldrandets utanförskap", s. 201-211 i Staaf & Zanderin (red.), *Mänskliga rättigheter i svensk belysning*, s. 204.

⁹ Se Prop. 2009/10:116 s. 78 f; Begreppen självmord och självmordsförsök definieras i avsnitt 1.6.

¹⁰ Jamison (2005) s. 178 ff samt Odén m.fl. (1998) s. 12 och 32.

¹¹ SOU 2004:112 s. 562 och 581.

själv mordet/själv mords försöket och det samhällsproblem som självmord bland äldre utgör är anledningen till att jag har valt att använda självmordet/själv mords försöket som studieobjekt. Om det är tillåtet att särbehandla äldre avseende självbestämmanderätten och självbestämmanderätten kan påverkas av ett självmordsförsök kan det uppstå vissa svårigheter. Jag avser att undersöka om så är fallet för att belysa vilka problem som kan uppstå om äldre får särbehandlas. Suicid/suicidförsök får därför utgöra en ram kring detta arbete.

1.2 Syfte och frågeställningar

I uppsatsen studerar jag den svenska regleringen kring självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården i förhållande till äldre.¹² Syftet är att klargöra om regleringen tillåter särbehandling av äldre och om det i så fall orsakar avvägningsproblem i förhållande till självmordsbenägna äldre. Ämnet kan få betydelse för flera olika områden, exempelvis för det pågående arbetet att utforma nya lagar på hälso- och sjukvårdens område.¹³ När lagstiftaren ska utforma en ny lagstiftning kan det vara väsentligt att klargöra den gamla lagens brister för att kunna avgöra om dessa bör, ska eller inte ska åtgärdas. Vidare kan ämnesvalet vara relevant i förhållande till regeringens nollvision om självmord för att se i vilken mån regleringen kan påverka äldres möjligheter till fullbordade självmord.¹⁴ För att belysa vissa problem som kan uppstå kring gruppen äldre har jag valt att använda mig av ett teoretiskt perspektiv som analysverktyg som kallas ålderism. Ålderismen definieras i uppsatsen som fördomar eller stereotypa föreställningar som utgår från en människas ålder och som kan leda till särbehandling.¹⁵

De frågeställningar uppsatsen avser att besvara är:

1. Framkommer äldrestereotyper i förarbetena inom hälso- och sjukvårdens område och i så fall vilka?
2. Tillåter regleringen kring självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården särbehandling av äldre?
3. Tillåter regleringen kring tillämpligheten av paternalism inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen särbehandling av äldre?
4. Kan det ses en avvägningskonflikt mellan hög ålders påverkan på självbestämmanderätten och självmordets påverkan på densamma?

Den första frågan syftar till att öppna upp möjligheten att använda ålderismen som analysverktyg. De övriga tre frågeställningarna är inriktade mot att besvara uppsatsens övergripande syfte.

¹² I uppsatsen kommer jag att betrakta missbruksvården som en del av hälso- och sjukvården. Ett liknande synsätt har nyligen framförts i SOU 2011:35.

¹³ Se exempelvis SOU 2011:35 om ny reglering kring psykiatrisk tvångsvård och dir. 2011:25 Stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning.

¹⁴ Se prop. 2007/08:110 s. 107.

¹⁵ Andersson (2008) s. 12.

1.3 Metod och material

Uppsatsens syfte utgår från att besvara frågan vad gällande rätt innehåller. En lämplig utgångspunkt är därför att använda den klassiska juridiska metoden där rättskällor utgör det främsta materialet. Rättskälleläran är en central del av den juridiska metoden. De primära rättskällorna består av lag, förarbeten och prejudikat. Utöver dessa finns det även andra rättskällor som kan tillmätas betydelse exempelvis doktrin.¹⁶ Denna uppsats frågeställningar kommer framför allt att besvaras utifrån det nu nämnda materialet.

Avseende den första frågeställningen, kring om det framkommer äldrestereotyper i förarbetena inom hälso- och sjukvårdens område och i så fall vilka, utgår jag inte direkt från att besvara vad gällande rätt innehåller utan snarare vad förarbetena innehåller. Eftersom dessa dock som nämnt utgör en av de centrala rättskällorna anser jag att den klassiska juridiska metoden även är lämplig att besvara denna fråga.

Frågeställningarna kommer i vissa fall att besvaras med hjälp av praxis. Den praxis som jag använder mig av är från de högsta instanserna. De högsta instanserna kan anses ha som huvudsakligt syfte att vägleda underrätterna så att deras rättstillämpning blir likformig och konsekvent.¹⁷ Emellertid finns det inte så mycket praxis på det område uppsatsen behandlar. Detta kan bland annat bero på att inom flera delar av området har domstolen inte tilldelats kompetens att pröva frågor som exempelvis om vilken vård en enskild patient i en specifik situation har rätt till.¹⁸ I uppsatsen får praxis störst relevans avseende tvångslagstiftningarna. Som jag tidigare nämnt utgör prejudikat en av de centrala rättskällorna och kan således få betydelse för svaret på var gällande rätt innehåller. I denna uppsats använder jag emellertid även ett fall från Högsta förvaltningsdomstolen för att försöka definiera begreppet äldre i förarbetena till lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (fortsättningsvis LVM).¹⁹

Att ta sin utgångspunkt i rättskälleläran är gemensamt för nästan alla rättsvetenskapliga arbeten. De utgör en bas i det juridiska resonemanget. Det kan dock diskuteras om denna utgångspunkt verkligen bör vara densamma för alla rättsliga kontexter. Den socialrättsliga lagstiftningen består av regler som uppställer en yttre gräns för myndigheter och domstolars tillämpning. Denna typ av lagstiftningsuppbyggnad kallas ramlagstiftning. En definition av ramlag är att det är en lag som ger en ram för myndigheter och domstolars arbete. Rättsregleringen får på så vis en mer målinriktad

¹⁶ Lehrberg (2010) s. 83 och 87 ff.

¹⁷ Se Heuman, Lars (2012). "Rättspraxis" s. 133-161 i Bernitz m.fl., *Finna rätt – Juristens källmaterial och arbetsmetoder*, s. 133 ff.

¹⁸ Se Rynning, Elisabeth (1994). "Consent to medical care and treatment – Legal relevance in Sweden", s. 321-364 i Westerhäll & Phillips (red.), *Patient's rights – Informed consent, access and equality*, s. 338.

¹⁹ Tidigare hette denna domstol Regeringsrätten. Den 1 januari 2011 bytte den dock namn till Högsta förvaltningsdomstolen. Se vidare prop. 2009/10:80 s. 120 ff. Jag kommer enbart att använda mig av dess nuvarande namn.

funktion och myndigheterna kan ganska fritt röra sig inom den uppställda ramen. Inom gränserna kan annan reglerbildning ske. Exempelvis kan myndigheter utfärda föreskrifter.²⁰ De typer av regleringar som ska studeras på ett visst område för att få fram gällande rätt framgår av normgivningsföreskrifterna i regeringsformen (1974:152) (fortsättningsvis RF).²¹ Det för uppsatsen relevanta området är regelstyrts av lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd. Myndigheter som har mottagit delegation av regeringen att få utfärda föreskrifter på området är Socialstyrelsen och Läkemedelsverket.²² Myndigheter behöver vägledning i sitt arbete och detta innebär att även andra källor än de nu uppräknade rättskällorna används.²³ Så sker även i denna uppsats.

På området som är av intresse för självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården är det framför allt Socialstyrelsen som har blivit bemyndigad att utfärda föreskrifter.²⁴ Förvaltningsmyndigheter kan även utfärda allmänna råd och dessa är till skillnad från föreskrifter inte bindande. På grund av detta krävs det inget särskilt förordnande för att få utfärda dem.²⁵ Även om de allmänna råden formellt sett inte är bindande följer ofta aktörerna dem. Bland annat har domstolen tillmätt dessa betydelse i sina prövningar.²⁶ Till föreskrifterna har i vissa fall Socialstyrelsen utfärdat handböcker som vägledning. Eftersom föreskrifterna inte har några förarbeten får handböckerna tjäna som komplement i uppsatsen.

Utöver de källor som jag hitintills har tagit upp kommer jag även använda doktrin, facklitteratur och artiklar. Den litteratur som finns på området hälso- och sjukvårdsrätt är ofta gammal. Viss reglering har funnits under en längre tid vilket innebär att litteraturen har kvar viss relevans. Jag har därför tvingats selektera ut de delar som fortfarande har kvar sin relevans även om detta inte alltid är en lätt uppgift. Jag kan vidare påpeka att det inte finns så mycket material på området. I flera fall är det samma författare som har skrivit om ämnet.

Jag skriver denna uppsats inom området socialrätt. Trots detta hänvisar jag till både straffrätt och statsrätt. Jag använder mig även av material från dessa områden. Anledningen till detta är dels att jag vill skapa större förståelse, dels att det saknas enskild reglering på socialrättens område i vissa frågor och att svar på dessa därför får sökas inom andra rättsområden. Jag har inte för avsikt att ge en heltäckande bild av de andra områdenas reglering utan använder mig enbart av de delar som har relevans för frågeställningarna.

²⁰ Prop. 2009/10:67 s. 12, Lehrberg (2010) s. 109 samt Westerhäll (1990a) s. 23.

²¹ Leijonhufvud, Madeleine (2012). ”Förarbeten”, s. 111-131 i Bernitz m.fl., *Finna rätt – Juristens källmaterial och arbetsmetoder*, s. 113.

²² Rönnberg (2011) s. 19.

²³ Westerhäll (1990a) s. 23.

²⁴ Socialstyrelsen är bemyndigad att utfärda föreskrifter enligt förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. och patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

²⁵ Lehrberg (2010) s. 100; Se även kap. 8 RF.

²⁶ Warnling-Nerep, Wiweka (2012). ”Rättsordningen”, s. 35-58 i Bernitz m.fl., *Finna rätt – Juristens källmaterial och arbetsmetoder*, s. 50 f.

Ett problem som har uppstått kring denna uppsats är rörande definitionen av äldre i uppsatsens mening och äldre i källornas mening. Begreppet äldre problematiseras och definieras i avsnitt 1.6, men redan här kan sägas att i uppsatsen menar jag med äldre individer på 65 år eller äldre. I flera fall finns det ingen definition av begreppet i källorna vilket ibland gör det svårt att avgöra om de menar samma individer som jag. Jag har därför fått tolka från fall till fall om källorna inkluderar den grupp jag avser eller inte.

Särskilt problematiskt blir avsaknaden av definition av begreppet äldre avseende LVM. Detta beror på att förarbetena till lagen talar mycket om äldre kontra yngre missbrukare. Med unga missbrukare menas då missbrukare som befinner sig i åldern strax över 20 år.²⁷ Vad som menas med äldre missbrukare framgår inte. Det finns emellertid mycket som tyder på att vad lagstiftaren i detta sammanhang avser med äldre inte överensstämmer med min definition. Exempelvis kan jag nämna att när förarbetena behandlar statistik kring förtidig död på grund av missbruk nämner de näst inga individer på 65 år eller mer.²⁸ En annan omständighet som tyder på samma sak är att vid införandet av nuvarande LVM ansågs ett problem vara att den inte nådde de unga missbrukarna utan enbart de äldre.²⁹ Enligt statistiken var dock enbart 3 % 65 år eller äldre (40 stycken av det totala 1201 stycken som vårdades). De som var upp till 24 år utgjorde 4 % (52 stycken).³⁰ Sist kan jag även nämna rättsfallet RÅ 1990 ref. 16 som handlar om ifall en man på 34 år som missbrukat alkohol i över 10 år ska beredas vård tvångsvis enligt LVM. Av Högsta förvaltningsdomstolens domskäl och även av den skiljaktiges uttalande så kan det verka som att de tillskriver denna man till gruppen äldre missbrukare. Detta skulle då tyda på att förarbetenas definition av äldre omfattar en mycket stor grupp. Det verkar dock även som att lagstiftaren inte enbart menar att åldern ska avgöra vilken grupp en missbrukare ingår i. Flera uttalanden kring att lagen inte syftat till att ingripa först när skadorna är permanenta vilket är varför den framför allt riktar sig mot unga och att äldre missbrukare lider av större socialt sönderfall skulle även kunna tyda på att de väger med hur länge missbruket har pågått.³¹ I vilket fall sluter jag mig till att de med äldre inte avser samma grupp som jag gör i denna uppsats.

De skilda definitionerna får betydelse bland annat för vilka delar av förarbetena som är relevanta för denna uppsats. Som jag nämnt behandlar förarbetena exempelvis inte alltid personer på 65 år eller äldre även om det talas om äldre missbrukare. Detta har lett till att jag har försökt selektera ut de delar som har relevans just för min uppsats vilket har varit svårt.

Det första beskrivande avsnittet i denna uppsats behandlar självmordet som instrument. Det har alltså inte karaktär av en rättvetenskaplig undersökning.

²⁷ Se prop. 1987/88:147 s. 17.

²⁸ Se SOU 1987:22 s. 107 ff och 165.

²⁹ Prop. 1987/88:147 s. 43.

³⁰ SOU 1987:22 s. 74 f.

³¹ Se prop. 1987/88:147 s. 43 samt SOU 1987:22 s. 277.

Därför kommer jag att använda en beskrivande metod för att kartlägga denna del. Avsnittet syftar till att ge en introduktion rörande självmord och självmordsförsök för att läsaren ska få vissa utgångspunkter klara för sig i den övriga uppsatsen. Den beskrivande metoden som jag använder i denna del kan närmast beskrivas som en litteraturstudie.

I avsnitt 1.4 presenteras det perspektiv jag använder som analysverktyg nämligen ålderismen. Det kan vara på sin plats att kommentera det material som jag använder för att klargöra ålderismens innehåll. Materialet är inte rättsvetenskapligt vilket i grunden bottnar i att ålderismen inte är en juridisk teori. Detta innebär inte att den inte kan få betydelse för juridiken utan enbart att den varken utformats eller i någon större omfattning har tillämpats på området. I denna uppsats har jag som författare valt vilket material jag använder för att beskriva instrumentet på det sätt jag finner lämpligt för att jag ska kunna använda den som analysverktyg. Jag har gjort mina val utifrån att försöka ge en helhetsbild av teorin och skapa förståelse för den. Det finns emellertid inte så mycket material att välja mellan på grund av att ålderismen enbart har studerats i begränsad omfattning.

1.4 Det teoretiska perspektivet ålderism

Jag har valt att använda mig av det teoretiska perspektivet ålderism. Detta i syfte att belysa vilka svårigheter som kan uppkomma kring äldre. Ålderismen blir intressant i detta sammanhang eftersom den kan avspegla verkligheten.³² Begreppet ålderism började användas i Sverige år 1997 men hade då i sin engelska form *ageism* eller *agism* redan använts sedan år 1968. I denna uppsats kommer jag att använda mig av den svenske gerontologen Lars Anderssons definition. Enligt denna är ålderism fördomar eller stereotypa föreställningar som utgår från en människas ålder och som kan leda till särbehandling.³³ Definitionen innebär att ålderism omfattar alla åldersgrupper.³⁴ Jag kommer dock endast behandla ålderism rörande äldre. Vidare kommer jag att betrakta diskriminering som en negativ form av särbehandling. Diskriminering kommer att användas i samband med Diskrimineringslag (2008:567) (fortsättningsvis DiskL) och jag kommer därför använda mig av samma definition som lagen nämligen att med diskriminering menas att någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan behandlas, har behandlats eller skulle ha behandlats i en jämförbar situation, om missgynnandet har samband med ålder (1 kap. 4 § 1 p. DiskL).³⁵

³² Se Snellman (2009) s. 11.

³³ Andersson (2008) s. 12; Andersson använder inte ordet *särbehandling* i sin definition utan *diskriminering*. Jag har emellertid valt att byta ut begreppen. Detta beror dels på begreppet diskriminerings negativa klang, dels på att jag även kommer använda begreppet *diskriminering* så som DiskL definierar det. Denna definition behöver inte vara samma som begreppets innebörd enligt ålderismen.

³⁴ Se vidare Andersson (2008) s. 10 ff.

³⁵ I lagens definition ingår även diskrimineringsgrunderna kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder och

Utifrån den valda definitionen blir det intressant att ta upp äldre stereotyper. Själva begreppet stereotyp kan definieras som en kombination mellan medvetna och omedvetna föreställningar från samhället. Föreställningarna utgår från samhällets struktur, maktförhållanden och familjeförhållanden. Stereotyper behöver inte vara negativa. Vad som är positivt och negativt är svårt att formulera eftersom detta skiljer sig mellan olika individers uppfattning. När en stereotyp väl är upprättad behöver inte denna ändras enbart på grund av att en individ uppvisar motsatta drag. Individen betraktas då snarare som ett undantag.³⁶ Några stereotypa föreställningar som finns om äldre är att de är sjuka, bräckliga, ensamma och socialt isolerade. Detta stämmer dock bara på en liten del av den äldre befolkningen.³⁷

Samhället har tilldelat äldre som grupp vissa privilegier i välfärdssystemet på grund av dessa positiva och negativa antaganden. Det faktum att de kräver mer ekonomiska resurser av välfärdssystemet än de själva kan tillföra kan även innebära att det sker ett avståndstagande från dem av den yngre befolkningen. När politiker diskuterar institut som social välfärd och tillgång till hälso- och sjukvård delar de ofta in befolkningen i olika åldersgrupper. Detta innebär att de drar upp fiktiva gränser mellan olika generationer och att äldre distanseras från andra vuxna och barn. I många fall handlar särbehandling av äldre om att försöka neutralisera deras situation i förhållande till andra.³⁸

Utgångspunkten i samhället är att varje vuxen individ har autonomi, det vill säga rätt att bestämma över sig själv. I denna utgångspunkt ingår vissa privilegier som självbestämmanderätten. Dock innebär det också att vissa sociala rättigheter läggs åt sidan exempelvis likabehandling. I balansen mellan likabehandling och självbestämmanderätt väger alltså den sistnämnda tyngst. Detta påverkar det ansvar varje enskild individ tilldelas över sig själv. De individer som inte ha autonomi delas in i vissa bestämda grupper som anses vara extra sårbara. Denna sårbarhet påverkar synen på deras förmåga att fatta beslut. Deras ansvar över sig själva blir därför inte lika stort och paternalism får styra samhällets sociala ansvar över dessa. Exempel på individer som anses ingå i sårbara grupper är barn och äldre. Utmärkande för sårbara grupper är att de är beroende av andra.³⁹

Att benämna gruppen äldre som sårbar är inte nytt. Stigmatiseringen innebär ett problem om äldre alltid ska anses sårbara. Att utgå ifrån att sårbarheten gäller alla äldre som grupp snarare än vissa individer i gruppen innebär att paternalism i förhållande till äldre i vissa fall bedöms vara berättigat. Enligt Martha Aldertson Fineman bör inte stereotypa föreställningar få påverka den legala utvecklingen eftersom de inte är faktamässigt förankrade.⁴⁰

sexuell läggning. Jag kommer dock enbart behandla ålderdiskriminering. Vidare tillhör definitionen egentligen begreppet direkt diskriminering.

³⁶ Andersson (2008) s. 46 f.

³⁷ Magnússon, Finnur (2011). "Åldrandets utanförskap", s. 201-211 i Staaf & Zanderin (red.), *Mänskliga rättigheter i svensk belysning*, s. 205.

³⁸ Albertson Fineman (2012) s. 102, 105, 110 f och 121.

³⁹ Albertson Fineman (2012) s. 114 ff.

⁴⁰ Albertson Fineman (2012) s. 118 f och 123.

Ålderism kan kopplas till äldre patienter på två sätt, dels till äldre som grupp, dels till enskilda äldre individer.⁴¹

1.5 Avgränsningar

Som framgår av frågeställningarna inriktar sig uppsatsen mot självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården i förhållande till äldre och självmord. Genom detta sker också flera avgränsningar. En av dessa är att jag inte kommer att behandla reglering rörande barn. Vidare syftar uppsatsen till att studera gruppen äldre generellt. Avseende denna grupp behandlas ofta dementa i samband med självbestämmanderätten. Här kommer jag dock inte studera denna grupp specifikt. Eftersom studien även inriktar sig mot patientens egen självbestämmanderätt har jag valt att avgränsa bort olika former av ställföreträderskap inom hälso- och sjukvården. Jag kommer inte heller behandla tidigare avgivna viljeyttringar exempelvis genom livstestamente.

De tre faktorerna självbestämmanderätt, äldre och självmord har betydelse i flera olika sammanhang exempelvis vård på sjukhus och inom äldreomsorgen. Här kommer utgångspunkten tas i regleringen för vård på sjukhus. Detta innebär att jag inte kommer behandla äldreomsorgen vilket bland annat betyder att jag inte kommer ta upp Socialtjänstens ansvar enligt socialtjänstlag (2001:453) (fortsättningsvis SoL) för äldre.

Innehållet i regleringen på hälso- och sjukvårdens område påverkas av flera yttre faktorer så som till exempel den medicinska etiken. Det blir därför av intresse att studera vad denna säger. Uppsatsen utgör emellertid en rättsvetenskaplig studie genom vilken inriktning mot gällande rätts innehåll sker. Jag kommer därför inte behandla den medicinska etiken eller andra yrkesetiska riktlinjer. Denna avgränsning sker även genom metodvalet.

En fråga är vilken vård som kan ges i olika sammanhang. Denna kommer dock inte att behandlas här. Detta gäller både för den generella regleringen så som HSL och för tvångslagstiftningen så som lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (fortsättningsvis LPT). Jag avgränsar vidare till att behandla tiden närmast efter självmordsförsöket. Eftersom uppsatsen genom detta mer inriktar sig på inledningen av vården kommer inte förutsättningarna för att ge öppen psykiatrisk tvångsvård behandlas då tvångsvård av allvarligt psykiskt störda måste inledas i slutna form (se 2 § LPT). Vidare behandlar jag inte gränsdragningen mellan psykiatrisk tvångsvård och missbruksvården.

I uppsatsen behandlar jag paternalism vilket innebär att jag kommer studera olika tvångslagstiftningar. Det är dock inte alla tvångslagstiftningar som får samma relevans i förhållande till frågeställningarna. Därför har jag valt att begränsa studien till att behandla psykiatrisk tvångsvård och tvångsvård av

⁴¹ Andersson (2002) s. 117.

missbrukare. Jag kommer även behandla nödrättsbestämmelsen i 24 kap. 4 § brottsbalken (1962:700) (fortsättningsvis BrB) som en form av paternalism. All annan tvångslagstiftning avgränsar jag bort. Jag kommer enbart behandla tvångsvård då individen utsätter sin egen hälsa för fara. Således kommer jag inte ta upp förutsättningar för att tvångsvårda en person på grund av att denna utgör en fara för någon annan.

Uppsatsen inriktar sig på att studera gällande svensk rätt. Därför har jag valt att avgränsa bort behandling av internationella rättsinstrument. Detta gäller även för Europeiska konventionen den 4 november 1950 om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna även om denna idag har form av svensk lag.⁴² Anledningen till att jag valt att inte behandla konventionen är att ingen av dennas fri- och rättigheter specifikt behandlar mina frågeställningar.

1.6 Definiering och problematisering av centrala begrepp

Inom den klassiska juridiska metoden ingår även att förstå den juridiska begreppsbyggnaden.⁴³ Juridiken använder begrepp som ett sätt att föra in olika händelser under en och samma företeelse och reglering.⁴⁴ I detta avsnitt kommer jag att ta upp, definiera och problematisera vissa centrala begrepp i uppsatsen.

De första begreppen är *själv mord* och dess synonym *suicid*. Det finns olika uppfattningar om vilka typer av handlingar som ingår under begreppen. Exempelvis är det känt att missbruk av alkohol kan leda till en förtidig död och vissa anser därför att detta ska betraktas som en typ av självmord. Likväl kan det anses relevant att själva avsikten med handlingen ingår som en del av definitionen.⁴⁵ Enligt Världshälsoorganisationen (engelska World Health Organization) utgör självmord "the act of deliberately killing oneself"⁴⁶. Den svenska definitionen av begreppet lyder "en medveten avsiktlig självförvårdad livshotande handling som leder till döden"⁴⁷ och anses överstämja med Världshälsoorganisationens.⁴⁸ I denna uppsats kommer den förstnämnda definitionen att användas. Valet baserar jag på avsaknaden av ordet medveten. Enligt min uppfattning kan det diskuteras om exempelvis en drogpåverkad eller psykiskt störd medvetet tar sitt liv. Vidare kan användningen av ordet medveten vara problematisk i förhållande till beslutskompetensen och självbestämmanderätten. För att undvika

⁴² Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

⁴³ Sandgren (1995/96) s. 727.

⁴⁴ Lehrberg (2010) s. 105.

⁴⁵ Arlebrink, Jan (1999). "Suicid", s. 100-115 i Arlebrink (red.), *Döden och döendet – Etiska, existentiella och psykologiska aspekter*, s. 103.

⁴⁶ <http://www.who.int/topics/suicide/en/>

⁴⁷ SOU 2010:45 s. 33.

⁴⁸ SOU 2010:45 s. 33.

konflikter har jag därför valt den första definitionen. För kontinuitetens skull har jag även valt att definiera begreppet *självordsförsök* som ett försök att utföra ett självmord så som det definieras i detta stycke.

Problem kring begreppen självmord och självmordsförsök ligger inte enbart i hur de ska definieras. Själva begreppens utformning kan också vara problematisk. Både begreppet självmord och självmördare ha en språklig koppling till den straffrättsliga handlingen mord i 3 kap. 1 § BrB. Det finns därför en risk att dessa två handlingar sammankopplas. Detta medför att det kan vara olämpligt att använda själva begreppet självmord. Emellertid är det ett vida spritt begrepp på den definierade handlingen som inte bör ge anledning till missförstånd om begreppets innebörd.⁴⁹ Jag har därför valt att ändå använda mig av det i uppsatsen.

Ett annat uttryck som jag använder i uppsatsen och som kan behöva en precisering är begreppet *äldre*. Vilka som betraktas ingå i gruppen äldre kan variera mellan olika länder och sammanhang. En möjlig avgränsning kring gruppen är kronologisk. Exempelvis gäller detta för att träda in i folkpensionssystemet vid 65 års ålder.⁵⁰ I detta arbete avser jag med äldre individer som är 65 år eller äldre. När jag nämner uttrycket hög ålder menar jag också denna grupp. Valet baserar jag på att individen efter denna ålder inte behöver arbeta och således inte längre betraktas som en arbetskraftsresurs. Det finns dock problem med att använda begreppet. Det kan tyckas påvisa en generalisering som inte finns och skillnader inom gruppen kan bli överskuggade. Problem denna generalisering kan åstadkomma är exempelvis när en äldre inte får vård för depression eftersom symtomen anses vara typiska för åldrandet. Vidare kan generaliseringen leda till särbehandling av äldre både i positiv och negativ bemärkelse. Exempel på en positiv särbehandling är framväxten av äldreomsorgen. Exempel på negativ är när äldre anses som mindre värda och därför beskrivs som en belastning och osynliggörs.⁵¹ Det kan likväl även uppstå problem om det vid en studie av äldre inte definieras vilka som avses. Detta problem uppkommer i uppsatsen bland annat avseende studie av äldre missbrukare i LVM. För att undvika att detta problem blir generellt genom hela uppsatsen har jag ändå valt att använda mig av en definition av begreppet även om jag är medveten om problemen.

I undersökningen kommer jag att använda mig av den svenska definitionen av begreppet *patient* som säger att med patient menas en individ som etablerat kontakt med hälso- och sjukvården på grund av sitt eget hälsotillstånd.⁵² Jag anser denna definition lämplig då den är oberoende av om patienten har sökt vård frivilligt eller inte.

Det kan även vara på sin plats att definiera vad jag i denna uppsats menar med *självbestämmanderätt*. Jag har valt att använda mig av en definition

⁴⁹ Prop. 2007/08:110 s. 107.

⁵⁰ Prop. 1997/98:113 s. 16.

⁵¹ SOU 1997:51 s. 50.

⁵² Prop. 1981/82:97 s. 49 samt SOU 1997:154 s. 49.

som säger att med självbestämmanderätt avses att patienten visas respekt för sin autonomi. Med *autonomi* menas då att en individ ska få bestämma över sig själv och sitt liv utan att denna vilja kontrolleras eller hindras.⁵³ Att begreppen får dessa definitioner innebär att utgångspunkten i uppsatsen är att dessa är bundna till vandra.

Jag har valt att definiera *paternalism* som autonomins motsats, vilket innebär att någon annan får bestämma över individen.⁵⁴ Vem som representerar vad som menas med annan kan variera. Det kan bland annat vara en annan person eller staten. Om det är fråga om en annan person blir det fråga om ett ställföreträderskap. I uppsatsen har jag emellertid valt att avgränsa bort behandling av ställföreträdare. Jag kommer därför med annan mena staten genom hälso- och sjukvårdspersonal och domstol.⁵⁵

Ytterligare ett begrepp som kan behöva klargöras är *tvång*. Detta begrepp kan uppfattas på flera olika sätt. Exempelvis kan vissa uppfatta det som att så länge en individ inte har uttryckt en vilja är allt tvång eller att en individ måste uttrycka en vilja för att det ska kunna vara tvång. Vad som avgör om det är fråga om tvång eller inte beror också på vilka krav som ställs på samtycket.⁵⁶ Detta har bland annat betydelse för fri- och rättigheterna i 2 kap. 6 och 8 §§ RF. Begreppet eller för den del vilka krav som ställs på samtycket har dock varken preciserats i förarbeten eller lagtext. Eftersom begreppet har så stor betydelse för rättens egentliga innehåll har jag valt att inte konstruera en egen definition eftersom detta då skulle kunna vara missvisande mot vad lagstiftaren har avsett. Jag är medveten om att det är problematiskt att lämna ett begrepp odefinierat men jag anser att i detta fall är det än mer problematiskt att definiera det.

1.7 Disposition

Uppsatsen består av sex huvudavsnitt exklusive inledningen, en käll- och litteraturförteckning samt en rättsfallsförteckning. Varje huvudavsnitt inleds av ett inledande avsnitt i vilket jag beskriver vad jag kommer att behandla i huvudavsnittet, varför detta behandlas och hur dispositionen ser ut. Jag kommer därför inte här gå in djupare på vad varje huvudavsnitt innehåller utan enbart vilka dessa är. Avsnitten 2, 3, 4 och 5 avslutas sedan av en avslutning kring vad som har kommit fram och några kommentarer kring det.

Uppsatsen inleds med ett beskrivande avsnitt kring självmord/självmordsförsök (avsnitt 2). Suicid/suicidförsök utgör en ram för uppsatsen vilket framgår av syftet om en eventuell särbehandling av äldre

⁵³ Rynning (1994) s. 75 samt Socialstyrelsens handbok artnr 2011-6-39 s. 25.

⁵⁴ Rynning (1994) s. 76.

⁵⁵ För att se vilka som ingår i hälso- och sjukvårdspersonalen se 1 kap. 4 § patientsäkerhetslag (2010:659) (fortsättningsvis PSL).

⁵⁶ Se prop. 1975/76:209 s. 146 ff samt SOU 2006:110 s. 112 ff; För närmare diskussion om tvångets innebörd se Rynning (1994) s. 103 ff.

innebär att det uppstår avvägningsproblem i förhållande till självmord/självmordsförsök. På detta följer en beskrivning av vissa grundläggande omständigheter kring äldre och hälso- och sjukvården (avsnitt 3). I avsnittet behandlar jag även vilka äldrestereotyper som framkommer i förarbetena inom hälso- och sjukvårdens område. Sedan kommer ett avsnitt om självbestämmanderätten och dess element (avsnitt 4). Här behandlas även speciella omständigheter rörande äldre och självmordsbenägna. Detta följs av en beskrivning av förutsättningarna för tillämpning av paternalism inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen (avsnitt 5). De regleringar som behandlas är LPT, LVM och nödrättsbestämmelsen (24 kap. 4 § BrB). I avsnittet kommer jag behandla hur en individs höga ålder kan påverka tillämpligheten av dessa regleringar för sig. Härfter kommer en analys (avsnitt 6), en slutsats (avsnitt 7), en käll- och litteraturförteckning och en rättsfallsförteckning.

2 Faktabas om självmord och självmordsförsök

2.1 Inledande avsnitt

Avsnittet behandlar instrumentet självmord/självmordsförsök. Suicid/suicidförsök utgör en ram för uppsatsen. Detta följer av syftet och den fjärde frågeställningen om en eventuell särbehandling av äldre innebär att det uppstår avvägningsproblem i förhållande till självmordsförsök. För att läsaren ska kunna se denna ram framför sig och även förstå vilket speciellt instrument suicidet/suicidförsöket utgör inom den svenska hälso- och sjukvården kan det vara på sin plats med en inledande faktabas.

Avsnittet inleds med en kort historik kring självmordet (avsnitt 2.2). Med denna beskrivning vill jag visa på hur utvecklingen kring synen på självmordet/självmordsförsöket har förändrats. Bland annat beskrivs hur suicidet har gått från att betraktas som något kriminellt och syndigt till något medicinskt relaterat. Beskrivningen ska tjäna som en inledning in i fenomenet. På denna beskrivning följer ett avsnitt om vilket flerdimensionellt problem självmordet utgör (avsnitt 2.3). I den övriga uppsatsen kommer jag att behandla instrumentet som ett juridiskt problem och dess förhållande till hälso- och sjukvården och äldre. Det finns dock flera andra områden som försöker hantera självmordet/självmordsförsöket. För att läsaren ska förstå vilken stor påverkan synen och behandlingen av självmord/självmordsförsök kan ha är det bra att veta hur många utgångspunkter som faktiskt kan tas kring instrumentet. Det följande avsnittet beskriver de vanligaste riskfaktorerna för självmord/självmordförsök (avsnitt 2.4). Att känna till dessa kommer att underlätta förståelsen, längre fram i uppsatsen, kring hur ett självmordsförsök påverkar en patients självbestämmanderätt. Eftersom uppsatsen inriktar sig på att behandla äldre individer anser jag det även vara på sin plats med en beskrivning av självmordet/självmordsförsöket i förhållande till dessa (avsnitt 2.5). Avsikten är att läsaren ska få en inblick i varför suicidet blir intressant när det kommer till denna grupp. Sist genomför jag en kort sammanfattning och sammanställer vissa avslutande reflektioner (avsnitt 2.6).

2.2 En kort historisk tillbakablick

Samhället har under en lång tidsperiod tagit avstånd från självmord. Historiskt har det även ansetts vara en brottslig handling. I det antika Grekland fanns det inte någon sådan lagreglering men befolkningen vägrade att begrava en självmördares kropp. Till skillnad från i Grekland införde det antika Rom ett lagreglerat förbud mot självmord, självmordsförsök och

medhjälp till självmord redan cirka 100 år efter Kristus. Lagregleringen förbjöd också att den dödes egendom gick i arv.⁵⁷

Den kristna kyrkan fördömde tidigt självmord. Detta kan ha berott på att självmord var relativt vanligt bland de tidiga kristna eftersom de ville sammanföra sig med Kristus. Kyrkofadern Augustinus framförde därför en åsikt om att suicid var en feg handling och ett brott mot budordet att inte döda. Detta låg sedan till grund för den kristna kyrkans uppfattning. Redan på 1200-talet bestämde kyrkan att den som tagit sitt liv skulle förvägras en kyrklig begravning om inte självmordet hade grund i en psykisk störning.⁵⁸

Sedan medeltiden har självmord betraktats dels som en synd mot Gud, dels som ett brott mot staten. Att handlingen kriminaliserades innebar att utmätande av straff blev en fråga för domstolen. Självmordet ansågs ha sin grund i att individen utsatts för olika frestelser eller i galenskap. Handlingen betraktades som en form av mord, synden ansågs till och med vara svårare än för mord. Den dödes kropp straffades och i flera länder beslagtogs den dödes egendom dock inte i Sverige.⁵⁹

Även i Sverige blev självmord kriminaliserat under medeltiden. I kung Kristoffers landslag år 1442 stadgades att kroppen efter en självmördare skulle föras upp till galgbacken för att där brännas. Det fanns ett undantag för de galna. Under senare tid betraktade även domstolarna depression som en förmildrande omständighet. Genom 1734 års lag uteslöts sedan bränningen. Ett självmordsförsök straffades med döden. Om individen visade ånger mellan försöket och straffets utförande kunde han/hon fortfarande förlåtas av Gud.⁶⁰

Även den protestantiska kyrkan fördömde självmord. Dess upphovsman Martin Luther ansåg att självmord var en akt av satan. Självmördarna var alltså offer för satans ondska och det faktum att Luther ansåg att självmördare var besatta av ondskans makt innebar ett minskat personligt ansvar för handlingen. Att se självmord som en akt av satan påverkade ytterligare hur kroppen behandlades efter döden. Kroppen ansågs bära på satans smitta. Ofta stacks en påle genom självmördarens hjärta så att denne inte skulle gå igen. Dennes själ ansågs nämligen vara speciellt orolig.⁶¹

Fruktan för Guds straff var vida spridd under 1600-talet. Medlemmarna i självmördarens församling hade ett stort intresse i att denne fick sitt straff eftersom de alla annars riskerade att drabbas av Guds vrede och blev straffade med pest, hungersnöd eller krig.⁶² Under 1700-talet började det emellertid diskuteras om inte självmord i själva verket var kopplat till

⁵⁷ Arlebrink, Jan (1999). "Suicid", s. 100-115 i Arlebrink (red.), *Döden och döendet – Etiska, existentiella och psykologiska aspekter*, s. 100 f samt Jamison (2005) s. 17.

⁵⁸ Arlebrink, Jan (1999). "Suicid", s. 100-115 i Arlebrink (red.), *Döden och döendet – Etiska, existentiella och psykologiska aspekter*, s. 101 samt Jamison (2005) s. 17.

⁵⁹ Minois (1999) s. 9 samt Odén m.fl. (1998) s. 11, 35 och 210.

⁶⁰ Odén m.fl. (1998) s. 12, 21, 23 f och 79.

⁶¹ Jamison (2005) s. 18 f samt Minois (1999) s. 72 och 74.

⁶² Odén m.fl. (1998) s. 25 f.

psykisk ohälsa snarare än religion och rättvisa.⁶³ Under denna tid betraktades ohälsa bero på omoraliskt levande och syndfullhet. Även psykiska sjukdomar ansågs vara självförvållande.⁶⁴

I Sverige togs kriminaliseringen av självmord bort år 1864 och dagens samhälle betraktar suicid som ett medicinskt problem.⁶⁵ Detta har lett till att ansvaret för självmord under det senaste seklet kan anses ha flyttats över från individen själv till hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdens personal ska i sitt arbete förebygga att individer tar sitt liv. Om de misslyckas kan de bli föremål för prövning i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (fortsättningsvis HSAN).⁶⁶ De kan även dömas till straffansvar.⁶⁷ Vidare ska varje suicid som sker efter nära kontakt med vården anmälas till Socialstyrelsen som ska undersöka om den vårdande personalen har gjort något fel.⁶⁸

2.3 Ett flerdimensionellt problem

Själv mordet som fenomen diskuteras inom flera områden exempelvis etiken, psykologin och hälso- och sjukvården. Inom hälso- och sjukvården kan problemet delas upp i flera delar. Först handlar det om hur en patient ska vårdas efter att denne inkommit akut efter ett självmordsförsök, det akuta skeendet. Vidare uppkommer frågor kring den efterkommande vården. Även frågor kring hur hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna hantera sina egna känslor kring självmordsförsök och självmord ingår här.⁶⁹ Hälso- och sjukvårdspersonalen kan aldrig vara säker på om patienten verkligen ville dö. På grund av detta kräver hälso- och sjukvårdens yrkesansvar och etiska principer rörande vården att behandling sätts in för att rädda personens liv, nästan utan undantag.⁷⁰

En annan utgångspunkt från problematiken kan tas i självmordprevention. Att försöka förebygga självmord har en lång historia. Vissa länder har utfärdat nationella program för självmordsprevention. Ett av dessa länder är Sverige.⁷¹ Här råder en nollvision rörande självmord eller annorlunda uttryckt ska ingen behöva känna att självmord är den enda utvägen.⁷² En del av dessa program består i att behandla alkoholism, depression och psykiska

⁶³ Minois (1999) s. 241.

⁶⁴ Qvarsell (1996) s. 33 f och 98.

⁶⁵ Odén m.fl. (1998) s. 12 och 32.

⁶⁶ Se exempelvis HSAN 1023/08 och HSAN 3227/08; Prövningen kan leda till disciplinära påföljder. Se 9 kap. 1 § PSL.

⁶⁷ Se 3 kap. 7 § BrB samt ”Psykiater dömd för vållande till annans död efter patients självmord” (2005) Ahlgren (red.) s. 966 f.

⁶⁸ 4 kap. 2 § SOSFS 2005:28 (M) Föreskrifter och allmänna råd. Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria (fortsättningsvis SOSFS 2005:28 (M)).

⁶⁹ Arlebrink, Jan (1999). ”Suicid”, s. 100-115 i Arlebrink (red.), *Döden och döendet – Etiska, existentiella och psykologiska aspekter*, s. 100 och 114.

⁷⁰ Westerhäll (1994) s. 89.

⁷¹ Jamison (2005) s. 209 och 254.

⁷² Prop. 2007/08:110 s. 107.

störningar.⁷³ Riksdagen har framfört att en nationell plan för folkhälsopolitiken ska uppföras. Detta har skett genom prop. 2007/08:110. Den nu gällande planen består av nio strategier varav en inkluderar självmordsprevention.⁷⁴ Som en del av detta självmordsförebyggande arbete har även en utredning om händelseanalyser vid självmord utfärdats i SOU 2010:45. Bland annat föreslås att skyldigheten för hälso- och sjukvårdspersonalen att anmäla fall där en individ har tagit livet av sig inom fyra veckor efter att ha uppsökt hälso- och sjukvård ska införas i lag.⁷⁵

2.4 Riskfaktorer

Det finns studier som visar att 31 % av alla människor någon gång har haft tankar på att ta sitt liv. Det är emellertid enbart 2,5 % som i slutänden gör det. Detta kan bero på att restriktionerna mot självmord i vårt samhälle är starka. Alla samhällen begränsar individens vilja genom exempelvis lagar, normer och attityder.⁷⁶ Den som tar sitt liv anser detta säkert vara den bästa utvägen bland flera dåliga. Det är likväl inte alla människor som ser självmord som en möjlighet. Många kan utstå långvarigt lidande både kroppsligt och psykiskt utan att för den skull ta sitt liv.⁷⁷ Vidare behöver de som utför ett självmordsförsök inte ha samma avsikt som de som begår självmord. Självmordsförsöket kan representera ett rop på hjälp och inte en vilja att dö.⁷⁸

De största självmordriskfaktorerna är i första hand depression och därefter kommer alkohol- och narkotikamissbruk. Självmord är den vanligaste orsaken till förtidig död bland psykiskt sjuka. Vidare har upp emot 48 % av alla självmord i Sverige någon relation till alkohol. I skandinaviska studier som har gjorts av sambandet mellan narkotikamissbruk och självmord har visats att av dem som vårdas för sitt missbruk har mellan 35 och 47 % försökt ta sitt liv någon gång.⁷⁹ Detta betyder inte att majoriteten av missbrukare och psykiskt störda begår suicid men jämfört med andra utför en större andel av dessa handlingen.⁸⁰

Exempel på andra riskfaktorer som kan leda till självmord är schizofreni, förlamande ångest, kroniska somatiska sjukdomar, social isolering och genetiska faktorer. Det förlopp som föregår ett självmord är olika långt hos olika individer. För vissa är det ett plötsligt infall, medan det för andra sker efter en tids övervägande. En annan faktor som har stor betydelse för självmordsrisken är åldern. Självmord bland barn under 15 år är mycket

⁷³ Jamison (2005) s. 254 f.

⁷⁴ Prop. 2007/08:110 s. 106 f.

⁷⁵ SOU 2010:45 s. 27 och 33; Idag återfinns denna skyldighet i SOSFS 4 kap. 2 § SOSFS 2005:28 (M).

⁷⁶ Odén m.fl. (1998) s. 9 f.

⁷⁷ Jamison (2005) s. 69 och 178 f.

⁷⁸ Rynning (1994) s. 381.

⁷⁹ SOU 2011:6 s. 443 och 538 samt Johnsson (2002) s. 57 och 61.

⁸⁰ Jamison (2005) s. 181.

ovanligt.⁸¹ Äldre står dock, både historiskt och idag, för en stor del av de utförda suiciden.⁸²

2.5 Självmord bland äldre

I dagens samhälle är självmord bland äldre något av en undanträngd fråga i jämförelse med självmord bland ungdomar. Det är ofta mer socialt accepterat med suicid bland äldre eftersom de redan från början befinner sig närmare döden.⁸³ År 2011 uppgick medellivslängden i Sverige till 83,7 år för kvinnor och 79,8 år för män.⁸⁴ Ålderdomen betraktas ibland som en avvikelse från det normala.⁸⁵ Ålderismen kan bidra till att självmord är både accepterat och förväntat enbart på grunden hög ålder.⁸⁶ Vidare är ofta den bild som sprids att ålderdomen är ledsam och sorglig.⁸⁷ Det har gjorts flera undersökningar om hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande av äldre suicidala patienter. En av dessa visar att läkare är mer motvilliga mot att behandla äldre självmordsbenägna än yngre och att de anser att självmordstankar hos äldre är normalt och förnuftigt.⁸⁸

I Sverige utgör äldre den grupp som utför flest suicid.⁸⁹ Så är fallet även i många andra länder.⁹⁰ Antalet självmord per 100 000 invånare år 2010 var i hela befolkningen från 15 år och uppåt, 18,4. För individer på 65 år och uppåt låg dock siffran på 20,5.⁹¹ Motsvarande siffror för självmordsförsök år 2010 visade en frekvens på 112,6 för hela befolkningen på 15 år och uppåt. För individer på åldern 65 år och uppåt blev siffran 50,6.⁹² Antalet självmordsförsök per antal äldre är lägre än för genomsnittet, medan det motsatta gäller för fullbordade självmord. Män i åldern 65 år och äldre står för en stor överrepresentation i självmordsstatistiken. Den allra störta delen av dessa utförs av män på 85 år och äldre. Det finns ingen motsvarighet för denna statistik bland kvinnor. Trots detta betraktas ofta självmord vara mer tragiskt när en yngre person tar sitt liv.⁹³

Det är inte ovanligt med psykisk ohälsa bland äldre. Dessa lider också fyra gånger högre risk att få depression. Även sjukdomar som demens ökar

⁸¹ Jamison (2005) s. 178 ff.

⁸² Odén m.fl. (1998) s. 13.

⁸³ Kiemo (2004) s. 19 och 26.

⁸⁴ Prop. 2011/12:166 s. 4.

⁸⁵ Magnússon, Finnur (2011). "Åldrandets utanförskap", s. 201-211 i Staaf & Zanderin (red.), *Mänskliga rättigheter i svensk belysning*, s. 202.

⁸⁶ Kiemo (2004) s. 26.

⁸⁷ Magnússon, Finnur (2011). "Åldrandets utanförskap", s. 201-211 i Staaf & Zanderin (red.), *Mänskliga rättigheter i svensk belysning*, s. 204.

⁸⁸ Andersson (2008) s. 83.

⁸⁹ Prop. 2009/10:116 s. 78 f.

⁹⁰ Wærn (2011) s. 3.

⁹¹ NASP: Självmord i Sverige – Data 1980-2010 (2012) s. 3 och 5.

⁹² NASP: Självmordsförsök i Sverige – Data 1987-2010 (2012) s. 7.

⁹³ Nordin (2009) s. 8 f.

riskerna för psykisk ohälsa. Detsamma gäller för olika somatiska sjukdomar.⁹⁴ Av dem som begår självmord bland äldre lider 65-75 % av depression vid handlingens utförande. Depression som utlösande faktor är vanligare bland äldre än yngre. Det finns en risk att en del av de äldre har fått depression på grund av deras åldersrelaterade livssituation.⁹⁵

Alkoholmissbruk är den näst vanligaste utlösande faktorn till självmord bland vuxna individer.⁹⁶ Om detta också gäller äldre är något oklart. En svensk studie har emellertid visat att alkoholmissbruk innebär en ökad risk även för äldre. Denna risk är något högre bland kvinnor.⁹⁷

Fysisk ohälsa, till exempel i form av cancer, neurologiska sjukdomar, problem med synen, kroniska lungsjukdomar och hjärtsvikt är ytterligare en riskfaktor för självmord bland äldre. Det är något oklart om det är själva sjukdomen eller de funktionsbegränsande följderna av sjukdomen som ökar risken.⁹⁸ För många är det en del av ålderdomen att bli fysiskt och psykiskt begränsad vilket bidrar till att de får det svårare att medverka i det sociala samspelet.⁹⁹ Även sociala faktorer så som att vara ensamstående ökar risken för självmord med upp till fem gånger. Problem inom familjen innebär en ökad risk liksom att förlora sin partner.¹⁰⁰

2.6 Avslutande kommentarer

Jag har nu beskrivit fenomenet självmord/självordsförsök. Som jag nämnde redan i det inledande avsnittet har jag gjort detta för att läsaren ska kunna se den ram suicid/suicidförsök utgör i uppsatsen och förstå vilket speciellt instrument det utgör inom den svenska hälso- och sjukvården. I detta avsnitt kommer jag nu att sammanfatta och behandla det som framkommit om fenomenet.

Synen på självmord har under de senaste seklen förändrats. Dess plats inom rättssystemet har också ändrats från straffrätten till hälso- och sjukvårdsrätten. Vidare har självmördarens individuella ansvar mer och mer överförs till staten och då framför allt hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdspersonalen kan både tilldelas disciplinära påföljder och straffrättsliga sådana om de vid en självmordsrisk begår något misstag. Som kommer behandlas i avsnitt 4 påverkar emellertid patientens självbestämmanderätt om denna ska beredas vård efter ett självmordsförsök. Samtidigt föreskriver hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesansvar och yrkesetiska riktlinjer att de ska sätta in vård i dessa situationer.

⁹⁴ Prop. 2009/10:116 s. 78.

⁹⁵ Wærn (2011) s. 2 f.

⁹⁶ SOU 2011:6 s. 538.

⁹⁷ Wærn (2011) s. 3 och 5; Det finns dock utländska studier där denna förhöjda risk inte har kunnat påvisas. Wærn (2011) s. 3.

⁹⁸ Wærn (2011) s. 5.

⁹⁹ Kiemo (2004) s. 19.

¹⁰⁰ Wærn (2011) s. 5.

Utöver hälso- och sjukvårdens ansvar att behandla patienter efter ett självmordsförsök har regeringen satt upp ett mål för samhället att förebygga alla självmord, en nollvision. Riksdagen har i sin tur utfärdat en nationell plan för samhällsutvecklingen där självmordprevention ingår. Sammanfattningsvis kan framföras att synen på självmord/självmordsförsök i vårt samhälle idag är att de ska förhindras och bekämpas. Läsaren kan själv fundera över om detta egentligen innebär att suicid är mer accepterat idag än under medeltiden.

För att på bästa sätt kunna förebygga självmord kan det underlätta att känna till de vanligaste riskfaktorerna för att en individ ska ta sitt liv. De vanligaste riskfaktorerna består av psykisk ohälsa framför allt depression samt alkohol- och narkotikamissbruk. Ytterligare en omständighet som ökar risken är en individs ålder. Äldre har under en lång tid stått för den största andelen självmord i Sverige. Äldre står emellertid inte enbart för den största delen utan även synen på deras självmord skiljer sig också från synen på yngres. Den är mer accepterad och det finns till och med de som anser att självmord bland äldre är naturligt. Anledningarna till att äldre tar sitt liv verkar dock i stor utsträckning vara samma som för andra nämligen psykisk ohälsa och missbruk. Däremot löper dessa större risk att drabbas av psykisk ohälsa på grund av faktorer som hör samman med åldrandet. Suicid bland äldre kan vidare bero på fysisk ohälsa och sociala faktorer. Varför synen på självmord bland äldre skiljer sig från synen på självmord bland andra, även om orsakerna verkar vara de samma, är svårt att svara på.

Det läsaren framför allt ska ta med sig från detta avsnitt är att självmord/självmordsförsök idag betraktas som ett medicinskt problem som ska bekämpas. Vanligast är självmord bland äldre. Dessa tar sitt liv av samma anledningar som andra. Emellertid är synen på självmord bland äldre annorlunda. Dessas suicid betraktas som mer acceptabla och naturliga.

3 Äldre och hälso- och sjukvårdslagstiftningen

3.1 Inledande avsnitt

Innan vi dyker ner i det vidsträckta området självbestämmanderätt inom hälso- och sjukvården kan det vara bra för läsaren att ha vissa grundläggande omständigheter kring äldre och hälso- och sjukvården klara för sig. Dessa omständigheter består delvis av grundläggande reglering på området och några speciella omständigheter. Vidare kommer jag i avsnittet att presentera det jag har fått fram vid mina undersökningar kring den första frågeställningen om det framkommer äldrestereotyper i förarbetena inom hälso- och sjukvården område och i så fall vilka. Genom att jag beskriver dessa innan beskrivningen av självbestämmanderätten och paternalismen kan läsaren ha dessa i åtanke vid sin fortsatta läsning.

Huvudavsnittet inleds med en beskrivning av vilka lagar som gäller för äldre patienter och vissa speciella omständigheter rörande äldre och hälso- och sjukvården (avsnitt 3.2). Efter detta behandlar jag förbudet mot åldersdiskriminering inom hälso- och sjukvården samt det övergripande målet vård på lika villkor (avsnitt 3.3). Denna beskrivning har med ålderismen som analysverktyg att göra. I definitionen av begreppet ålderism ingår begreppet särbehandling. I denna uppsats motsvarar diskriminering den negativa formen av särbehandling. På detta följer en presentation av de äldrestereotyper som framkommer i förarbetena inom hälso- och sjukvårdens område (avsnitt 3.4). Även dessa har betydelse för ålderismen som analysverktyg. Sist genomför jag en kort sammanfattning och sammanställer vissa avslutande reflektioner (avsnitt 3.5).

3.2 Utgångspunkter rörande äldre och hälso- och sjukvårdslagstiftningen

Ramlagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område är generellt hållen och inkluderar alla patienter.¹⁰¹ Det finns viss särreglering avseende vissa patientgrupper som då kompletterar den generella lagstiftningen exempelvis LPT avseende allvarligt psykiskt störda. Det finns ingen sådan gällande äldre patienter. Detta innebär att avseende äldre som grupp får utgångspunkten tas i den allmänt hållna ramlagstiftningen.

¹⁰¹ För tillfället pågår en utredning kring om regleringen i HSL eventuellt ska delas upp i två delar, en ny patientlag och en lag om hälso- och sjukvårdens organisation, se dir. 2011:25 stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning och tilläggsdirektiv dir. 2012:113 till utredningen om stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning (S 2011:03).

Att lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område är generell innebär att utgångspunkterna är samma för alla grupper av patienter. Dock befinner sig dessa i olika ställning i förhållande till hälso- och sjukvården. En grupp som ofta anses ha en svag ställning är äldre. Detta beror bland annat på att de lider av fler sjukdomar, behöver hjälp från olika delar av hälso- och sjukvården och även är i behov av mer vård.¹⁰² Vidare bygger lagstiftningen på att patienten är delaktig i vården. Patientgruppen äldre kan dock även ha svårigheter att vara detta.¹⁰³

Det övergripande målet vård på lika villkor för hela befolkningen innebär att en patients ålder inte ska tillmätas betydelse för dennas möjlighet att få vård. Detta innebär emellertid inte att det inte får ske prioriteringar inom hälso- och sjukvården (se 2 § 2 st. 2 men. HSL). Den avgörande omständigheten ska vara vem som har mest behov av vård. Dock ska inte ålder vara en faktor som är avgörande av vårdbehovet. Detta gäller för såväl hög som låg ålder och följer av principen om alla människors lika värde.¹⁰⁴ Uttalandet gäller enbart för kronologisk ålder med vilket lagstiftaren menar en individs faktiska ålder utifrån det år denna är född. Den så kallade biologiska åldern, vilken kan beskrivas som ett status av patientens kropp, får tillmätas betydelse.¹⁰⁵

Den biologiska åldern påverkar på så sätt att den har betydelse för vem en behandling kan vara lämplig. Ett nedsatt fysiskt status kan innebära att nackdelarna med en behandling överstiger fördelarna. Risken för komplikationer ökar också med högre biologisk ålder. Om risken blir för hög kan inte behandlingen betraktas vara till nytta för patienten. Det är därför acceptabelt att särbehandling sker vid vård av äldre eller som det benämns i förarbetena att hänsyn tas till individens ålder av medicinska skäl.¹⁰⁶ Detta innebär att en äldre individ med dåligt hälsostatus inte kommer att erbjudas en viss behandling som denna inte kan tillgodogöra sig eller inte ha nytta av på grund av vissa nedsatta funktioner i kroppen. Begreppet nytta innebär att den åtgärd som vidtas ska vara meningsfull och ändamålsenlig, vilket innebär att den ska nå sitt syfte.¹⁰⁷ Detta gäller även vid självmordsförsök, det vill säga att behandlingen ska vara till nytta för patienten. Utgångspunkten är att om en skada är självförvållad ska detta inte påverka vem som anses ha störst behov av vård.¹⁰⁸

¹⁰² SOU 1995:5 s. 128 samt SOU 2008:127 s. 192.

¹⁰³ Prop. 2009/10:67 s. 35.

¹⁰⁴ Prop. 1981/82:97 s. 27 f, prop. 1984/85:181 s. 13 samt SOU 1995:5 s. 128.

¹⁰⁵ Prop. 1996/97:60 s. 24 f.

¹⁰⁶ SOU 1995:5 s. 128.

¹⁰⁷ Prop. 1996/97:60 s. 24 f samt Rönneberg (2011) s. 79 f.

¹⁰⁸ SOU 1995:5 s. 129 f och 138.

3.3 Vård på lika villkor och åldersdiskrimineringsförbudet

I 2 § 1 st. HSL presenteras de övergripande målen som den svenska hälso- och sjukvården ska verka mot. Dessa består av god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Målen syftar till ett framtida tillstånd, det vill säga de uttrycker vad hälso- och sjukvården ska sträva efter inte krav på hur det ska vara.¹⁰⁹ Det övergripande målet vård på lika villkor för hela befolkningen handlar dels om vårdens tillgänglighet, dels om dess innehåll.¹¹⁰ Det innebär att omständigheter som exempelvis ekonomi, språk, religion, kultur, ålder, kön och geografiska förhållanden inte får påverka den enskildes möjlighet att få vård. Vidare framgår av bestämmelsen att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Dessa mål gäller för all hälso- och sjukvård.¹¹¹ Betydelsen av vad som är hälso- och sjukvård i HSL framgår av 1 §. Denna bestämmelse säger att med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Skyddet mot diskriminering inom hälso- och sjukvården återfinns i 2 kap. 13 § DiskL och omfattar sedan den 1 januari i år även diskrimineringsgrunden ålder.¹¹² Vad lagstiftaren menar med ålder definieras i 1 kap. 5 § 6 p. som uppnådd levnadslängd. Tidigare gällde skyddet mot åldersdiskriminering enbart för arbetslivsområdet och utbildningsområdet.¹¹³ Den nya regleringen innehåller ett diskrimineringsförbud för alla åldrar, såväl gamla som unga.¹¹⁴ Vad lagstiftaren menar med diskriminering framgår av 1 kap. 4 §. Från skyddet finns en viss rätt till undantag exempelvis om det finns ett berättigat syfte och medlen är lämpliga och nödvändiga för att nå syftet (2 kap. 13 b §).

3.4 Äldrestereotyper som framkommer i förarbetena

I förarbeten framkommer vissa föreställningar om och inställningar till äldre. En av dessa är att äldre som grupp är utsatt och har ett stort skyddsbehov.¹¹⁵ Detta innebär bland annat att äldre ska kunna känna sig

¹⁰⁹ Prop. 1981/82:97 s. 21 f och 26.

¹¹⁰ SOU 1984:39 s. 85.

¹¹¹ Prop. 1981/82:97 s. 27 f, prop. 1984/85:181 s. 13 samt Rönnberg (2011) s. 74.

¹¹² Detta har skett genom att riksdagen har röstat igenom prop. 2011/12:159.

¹¹³ Prop. 2011/12:159 s. 31; Regeringen menar att åldersdiskriminering uppstår på grund av vissa fördomar, myter, attityder, uppfattningar och förväntningar om äldre som leder till att de inte kan uppnå samma och lika rättigheter och möjligheter som andra. Vidare menade de att en utvidgning av skyddet kan vara viktigt för att motverka stereotypa föreställningar och fördomar eftersom dessa på sikt kan leda till förändringar i attityden i samhället. Prop. 2011/12:159 s. 31 f. Läsaren kan jämföra detta uttalande med ålderismen (se avsnitt 1.4).

¹¹⁴ Prop. 2011/12:159 s. 31.

¹¹⁵ Se exempelvis prop. 2009/10:210 s. 167 samt SOU 2001:6 s. 32.

trygga exempelvis genom att de kan känna igen sin invanda miljö och vardagssituationer. Detta innebär också att de äldre som grupp så långt som möjligt ska befrias från förhållanden som skapar oro och ovisshet.¹¹⁶

Äldre betraktas också vara känsligare för förändringar. En egenskap som flera förarbeten nämner i samband med äldre är skör.¹¹⁷ Känsligheten för förändring framgår bland annat genom att äldre enligt förarbetena är mer känsliga för förändringar av den personal som vårdar dem. Äldre uttalas nämligen ha svårare att etablera kontakt med ny personal jämfört med yngre.¹¹⁸ Det framgår även genom att äldre enligt förarbetena är särskilt känsliga för miljöombyten. Exempelvis uttalar dessa att LPT inte är lämplig att använda på äldre individer eftersom detta skulle innebära att de flyttas från sin invanda miljö. Det skapar oro och otrygghet vilket hos äldre innebär att deras svårigheter förvärras.¹¹⁹

Vidare framkommer i förarbetena att äldre ingår i den grupp som inte vill ha lika mycket information om sin sjukdom och alternativa behandlingar samt inte vill utöva ett lika stort inflytande över sin vård som yngre. Äldre kritiserar inte heller sjukvården i samma utsträckning som yngre om patienten anser det brista i detta hänseende.¹²⁰ Emellertid har äldre som grupp enligt förarbetena även svårighet med att vara delaktiga i vården.¹²¹ Det framgår även att det ibland exempelvis avseende samordning av olika vårdinsatser läggs ett för stort ansvar på patienten. Detta är enligt förarbetena särskilt problematiskt avseende äldre då de inte har samma förutsättningar att klara av denna uppgift.¹²²

I flera fall där förarbetena behandlar beslutsinkompetenta patienter nämner de äldre. De tar då bland annat upp att äldre i vissa fall kan ha svårt att tillgodogöra sig information och således svårt att själv fatta beslut om vården. Detta innebär också att de har svårt att få fram och hävda sin rätt.¹²³ Den nedsatta autonomin kan i vissa fall bero på att den äldre är skild från sin invanda miljö om denna ligger på sjukhus. Äldre individers autonomi är enligt förarbetena speciellt känslig för sjukhusmiljön.¹²⁴

3.5 Avslutande kommentarer

Jag har nu behandlat vissa delar av den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen samt vissa utgångspunkter som är specifika när det handlar om äldre individer. Utöver detta har jag även behandlat

¹¹⁶ Prop. 2009/10:116 s. 29 f.

¹¹⁷ Se exempelvis prop. 2009/10:67 s. 35.

¹¹⁸ Prop. 1981/82:97 s. 57.

¹¹⁹ SOU 2012:17 s. 359.

¹²⁰ SOU 1997:154 s. 68 och 108.

¹²¹ Se prop. 2009/10:67 s. 35.

¹²² Prop. 2009/10:67 s. 35 f.

¹²³ se exempelvis prop. 1993/94:149 s. 68 samt prop. 2009/10:116 s. 23 och 44.

¹²⁴ SOU 2001:6 s. 35.

åldersdiskrimineringsförbudet och undersökt vilka äldrestereotyper som framkommer i förarbetena. Syftet med denna beskrivning är att för läsaren klargöra vissa utgångspunkter som är bra att förstå vid studier av hälso- och sjukvårdsrätt och äldre. Jag ska nu sammanfatta och behandla det som framkommit.

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen består av några centrala ramlagar som gäller för all hälso- och sjukvård och inkluderar alla patienter. Denna lagstiftning gäller således även för äldre som ska behandlas som alla andra patienter.

Ett övergripande mål för hälso- och sjukvården är vård på lika villkor för hela befolkningen (2 § 1 st. HSL). Detta innebär bland annat att ålder inte ska tillmätas betydelse för möjligheten att få vård. Det innebär emellertid inte att den som är i störst behov av vård inte får ges företräde. Bedömningen om vem som ska få vård först får påverkas av en individs biologiska ålder, vilken kan beskrivas som ett status av patientens kropp. Detta sker genom att den biologiska åldern påverkar vilken nytta en patient har av en viss behandling. Om nyttan inte överväger nackdelarna ska patienten inte få behandlingen.

Diskriminering på grund av att någon är gammal får inte ske inom hälso- och sjukvården (2 kap. 13 § DiskL). Om en individ likväl diskrimineras på grund av att det finns vissa föreställningar om äldre är detta en form av ålderism. Detta beror på att diskriminering utgör en form av negativ särbehandling (se vidare avsnitt 1.4). Oavsett om det leder till diskriminering eller inte framkommer vissa föreställningar om äldre, så kallade äldrestereotyper, i förarbetena inom hälso- och sjukvårdens område. Den bild som framträder kring äldre är att de utgör en svag grupp som har svårt att utöva sina rättigheter och även i vissa fall inte vill göra detta. Jag kommer i avsnitt 6.3 analysera äldres självbestämmanderätt i förhållande till dessa äldrestereotyper, men kan redan här nämna att den bild som framträder av äldre ger intryck av att äldre har svårt att utöva rätten.

Det som läsaren framför allt bör ta med sig till sin fortsatta läsning är att det inte finns någon specialreglering rörande äldre utan att dessa faller under den allmänna lagstiftningen. Vidare bör läsaren ha i åtanke att hälso- och sjukvården borde och i vissa fall ska verka mot att äldre inte särbehandlas enligt sitt övergripande mål vård på lika villkor och åldersdiskrimineringsförbudet. Även den bild av äldre som behandlas i föregående stycke kan vara bra att ha med sig.

4 Självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården

4.1 Inledande avsnitt

Vi har nu kommit fram till beskrivningen av självbestämmanderätten och dess delar. Med detta avsnitt avser jag att ge läsaren en inblick i vad självbestämmanderätten är, var den skyddas och vad skyddet innebär. Självbestämmanderättens betydelse för uppsatsen framgår av syftet och den andra frågeställningen om att klargöra om regleringen tillåter särbehandling av äldre. Denna beskrivning kommer även att bidra till att besvara den fjärde frågeställningen om det kan ses en avvägningskonflikt mellan hur självmordsförsöket och hög ålder påverkar självbestämmanderätten. I avsnittet beskriver jag dels generellt vad de olika delarna av regleringen innebär, dels speciella omständigheter kring självmord/självmordsförsök och äldre. Med den generella beskrivningen avser jag att läsaren först ska förstå vad regleringen i allmänhet innehåller för att sedan kunna se den påverkan och skillnader som en individs höga ålder kan innebära. Beskrivningen av vilken påverkan suicidet/suicidförsöket och hög ålder kan ha på självbestämmanderätten är inte heltäckande utan kommer behandlas mer ingående i analysen (se avsnitt 6).

Avsnittet inleds med en beskrivning av den centrala regleringen för självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården i RF (avsnitt 4.2). Denna reglering har betydelse både för den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen och för paternalismen som beskrivs i nästa huvudavsnitt. Grundlagsregleringen uppställer en ram för hälso- och sjukvårdregleringen. Denna beskrivning följs sedan av ett avsnitt om självbestämmanderätten och autonomi (avsnitt 4.3). I avsnittet ingår en beskrivning av vad självbestämmanderätten innebär samt dess koppling till patientens autonomi. Avsikten med beskrivningen är att läsaren ska förstå självbestämmanderätten som grundpelare inom den svenska hälso- och sjukvården. Härfter följer ett avsnitt om självbestämmanderättens olika element (avsnitt 4.4). De delar som behandlas är kravet på samtycke, rätten till information och beslutskompetensen. Med att beskriva självbestämmanderättens element var för sig avser jag att visa på hur en individs höga ålder kan påverka dessa och hur dessa i sin tur påverkar självbestämmanderätten. Den delen som följer behandlar tillämpligheten av det så kallade hypotetiska samtycket (avsnitt 4.5). Instrumentet kan beskrivas som en speciell form av samtycke men utgör också en grund för att ge vård utan ett uttryckligt samtycke. Eftersom det inte är en generell del av självbestämmanderätten har jag valt att placera denna beskrivning sist i huvudavsnittet. Anledningen till att jag har valt att ta med det, även om det motsvarar en form av specialbestämmelse, är att det kan få betydelse vid självmordsförsök genom att det erbjuder en möjlighet att ge vård utan ett

uttryckligt samtycke. Sist genomför jag en kort sammanfattning och sammanställer vissa avslutande reflektioner (avsnitt 4.6).

4.2 Grundlagsskyddet för självbestämmanderätten

De rättsligt bindande fri- och rättigheterna har fått sin plats i 2 kap. RF. Här återfinns skyddet mot att påtvinga någon vård och behandling inom hälso- och sjukvården.¹²⁵ De mest centrala fri- och rättigheterna för området är skyddet mot påtvingade kroppsliga ingrepp (6 §) och frihetsberövande (8 §). Att en individ blir patient orsakar inte att denna förlorar sina rättigheter.¹²⁶ De nämnda fri- och rättigheterna skyddar patientens självbestämmanderätt och gör att utgångspunkten för den svenska hälso- och sjukvården är att denna ska bygga på frivillighet.¹²⁷

Enligt 2 kap. 6 § 1 men. RF är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot påtvingade kroppsliga ingrepp även i andra fall än dödstraff (4 §) och kroppslig bestraffning (5 §). Med kroppsliga ingrepp menar lagstiftaren i huvudsak våld mot kroppen men även besiktning av densamma. I skyddet ingår läkarundersökningar, kirurgiska ingrepp, vaccination och blodprovtagning.¹²⁸ Att tvinga någon att ta medicin som denne inte vill ha borde också kunna ingå.¹²⁹ Detsamma gäller antagligen psykiatrisk läkarundersökning även om detta inte framgår direkt av förarbetena.¹³⁰ För att det ska ske en kränkning av skyddet i 2 kap. 6 § RF krävs det utöver att det handlar om ett kroppsligt ingrepp att denna har påtvingats individen och att det är fråga om en faktiskt handlig och inte en underlåtenhet.¹³¹ Detta innebär att RF uppställer ett skydd mot att en individ ges hälso- och sjukvård mot sin vilja och utan samtycke.¹³² Det som avgör om det är tvång är vilka krav regleringen ställer på samtycket. Mer framgår inte av förarbetena.¹³³

I 2 kap. 8 § RF stadgas att varje medborgare gentemot det allmänna är skyddad mot frihetsberövande, är tillförsäkrad frihet att flytta sig inom riket och även att lämna Sverige. Detta innebär bland annat att en individ inte får föras till eller kvarhållas på en sjukvårdsinrättning mot sin vilja om

¹²⁵ Nergelius (2010) s. 134 samt Rynning (1994) s. 98.

¹²⁶ Rynning, Elisabeth (1994). ”Consent to medical care and treatment – Legal relevance in Sweden”, s. 321-364 i Westerhäll & Phillips (red.), *Patient's rights – Informed consent, access and equality*, s. 321.

¹²⁷ Prop. 2009/10:67 s. 12.

¹²⁸ Prop. 1975/76:209 s. 56 och 147 samt Rynning (1994) s. 100 och 102.

¹²⁹ SOU 2004:112 s. 561.

¹³⁰ Rynning (1994) s. 100 f.

¹³¹ Prop. 1975/76:209 s. 56 och 147 samt SOU 2006:110 s. 112.

¹³² Att utsätta någon för ett påtvingat kroppsligt ingrepp kan ge straffansvar, se 3 kap. BrB.

¹³³ Prop. 1975/76:209 s. 56 och 147 samt SOU 2006:110 s. 112.

inte ett undantag från skyddet har införts. Det som avgör är om personen i realiteten kan avlägsna sig.¹³⁴

Fri- och rättigheterna i 2 kap. RF är som nämnt rättsligt bindande. Avseende 2 kap. 6 och 8 § RF utgör dessa emellertid så kallade relativa rättigheter vilket innebär att de kan begränsas genom lag om förutsättningarna i 21-24 §§ är uppfyllda (2 kap. 20 § 1 st.).¹³⁵ För att undantaget ska godtas krävs bland annat att syftet är att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle och begränsningen får inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett undantaget (21 §).

Att ingripa tvångsvis rörande en viss individ innebär alltid en kränkning av dennas fri- och rättigheter. Detta påverkas inte av att syftet med ingripandet är gott eller är för den enskildes bästa. Skyddet för fri- och rättigheterna i 2 kap. 6 § RF har stort tillämpningsområde. Detta är dock i vissa fall begränsat genom lag. Detsamma gäller för rättigheterna i 8 §. Exempelvis utgör LVM och LPT två av dessa undantag, liksom nödrättsbestämmelsen (24 kap. 4 § BrB). Om det finns ett samtycke krävs likväl inget lagstadgat undantag eftersom kravet på påtvingat då inte är uppfyllt.¹³⁶ Om en lagreglering strider mot RF ska myndigheterna åsidosätta denna i sin verksamhet enligt lagprövningsrätten (11 kap. 14 § RF).

4.3 Självbestämmanderätten och autonomi

Ett flertal lagar påverkar patientens ställning inom hälso- och sjukvården, exempelvis HSL och PSL.¹³⁷ På området finns det likväl ingen rättighetslagstiftning såsom för flera andra socialrättsliga områden.¹³⁸ Lagarna innehåller enbart olika skyldigheter. Patienternas rättigheter får sedan utläsas indirekt av skyldigheterna. Denna form av rättigheter går inte att kräva fram i domstol, utom i vissa undantagsfall. Detta framgår bland annat av överklaganderätten. Det går inte att överklaga en vårdgivares beslut i ett enskilt patientärende. Det finns vissa undantag från detta exempelvis i LPT.¹³⁹

Utgångspunkten inom den svenska hälso- och sjukvården är att den är frivillig och varje individ har ett eget ansvar över sin hälsa. Detta innebär att

¹³⁴ Rynning (1994) s. 111.

¹³⁵ Huvudregeln är att undantagen ska ha formen av lag. Det finns dock tre undantag från denna huvudregel då det är accepterat att undantag sker i förordning. Dessa utgörs enkelt uttryckt av undantag rörande tystnadsplikt, att föreskrifter i vissa typer av lagar ska upphöra eller börja gälla och begränsning av mötes- och demonstrationsfriheten med hänsyn till rikets säkerhet. 2 kap. 20 § 2 st. RF samt Nergelius (2010) s. 160 f.

¹³⁶ Prop. 2004/05:123 s. 26, Nergelius (2010) s. 144 och 146 samt Sahlin (1990) s. 598 f.

¹³⁷ SOU 2008:127 s. 53.

¹³⁸ Behovet av en rättighetslagstiftning på området håller på att utredas, se dir. 2011:25 stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning.

¹³⁹ Prop. 2009/10:67 s. 12 och SOU 1997:154 s. 51 f.

det är upp till varje enskild individ att bestämma om han/hon vill söka vård för sjukdom eller skada och även vilken vård han/hon vill ta emot.¹⁴⁰ Patienten kan emellertid inte kräva en viss behandling.¹⁴¹ Vilken vård som den enskilde patienten erbjuds är upp till behandlande hälso- och sjukvårdspersonal.¹⁴² Detta gäller för alla patienter och alltså även för äldre. Dessa kan emellertid på grund av vissa föreställningar om dem ha svårt att uppnå samma rättigheter som andra.¹⁴³

De centrala lagarna på området, HSL och PSL, bygger helt på principen om frivillighet. Det finns ingen möjlighet att med grund i dessa påtvinga en patient behandling. Självbestämmanderätten framgår indirekt av flera bestämmelser, exempelvis 2 a § 1 st. 3 p. HSL om att god vård innebär respekt för patientens självbestämmande och integritet, 2 b § HSL och 6 kap. 6 § PSL om att patienten har rätt till individuellt anpassad information, 2 a § 2 st. HSL och 6 kap. 1 § 3 men. PSL om att vården ska utformas i samråd med patienten om så går samt 3 a § HSL och 6 kap. 7 § PSL om att patienten får välja behandlingsmetod om det finns flera alternativa behandlingar.¹⁴⁴

Självbestämmanderätten innebär att patienten ska visas respekt för sin autonomi. Autonomi innebär att en individ får bestämma över sig själv och att denna rätt varken kontrolleras eller hindras. Om en individ har autonomi ska alltså dennes plan över sig själv respekteras och följas så länge individen avgivit sin viljeyttring frivilligt och medvetet. Om en individ ha autonomi eller inte kan förändras över tid exempelvis på grund av en psykisk sjukdom. En individ som har nedsatt eller saknar autonomi kan inte göra ett medvetet val eller så är valet påverkat av andra.¹⁴⁵ Att en patient har nedsatt autonomi innebär likväl inte att han/hon förlorar sina rättigheter, utan det innebär att han/hon har en nedsatt möjlighet att utnyttja dem, exempelvis sin självbestämmanderätt. Orsaken till den nedsatta autonomin kan vara medvetlöshet, psykisk sjukdom, förvirringstillstånd, demens, depression, utvecklingsstörning, talsvårigheter eller andra faktorer som bidrar till att patienten har svårt att kommunicera med sin omgivning.¹⁴⁶

¹⁴⁰ Prop. 2009/10:67 s. 12 samt Socialstyrelsens handbok artnr 2011-6-39 s. 13.

¹⁴¹ Prop. 1998/99:4 s. 26.

¹⁴² Sverne Arvill & Johansson (2012) s. 43.

¹⁴³ Prop. 2011/12:159 s. 31.

¹⁴⁴ Rönnberg (2011) s. 97.

¹⁴⁵ Rynning (1994) s. 75 f.

¹⁴⁶ SOU 1995:5 s. 92 och 140; Patientens självbestämmanderätt innebär att en patient har rätt att bestämma över sig själv även om hans/hennes vilja inte överensstämmer med majoritetens. Patienten får vara irrationell, vidskeplig eller ha fel och får på grund av det inte fråntas sin självbestämmanderätt. Patientens beslut ska respekteras även om detta skiljer sig från vad läkaren anser är rationellt och förnuftigt. Detta innebär emellertid inte en rätt att överta läkarens medicinska beslutandefunktion. SOU 1979:78 s. 250 samt Rynning (1990/91) s. 634.

4.4 Självbestämmanderättens element

4.4.1 Kravet på samtycke

I Sverige gäller som utgångspunkt inom hälso- och sjukvården att det krävs ett samtycke från patienten för att få ge vård och behandling.¹⁴⁷ Detta framgår dels av 2 kap. 6 och 8 §§ RF, dels av bestämmelser i HSL så som 2 a § 2 st. Bestämmelserna motsvarar inte ett absolut krav på samtycke.¹⁴⁸ I 2 a § 2 st. HSL framgår enbart att samråd med patienten ska ske så långt det är möjligt. Vilka situationer som det inte är möjligt att samråda framgår inte. Det grundläggande kravet på patientens samtycke kan både inskränkas och utvidgas i speciallag.¹⁴⁹

Om patienten inte har förmåga att avge ett giltigt samtycke kan, med hänsyn till dennas hälsotillstånd, vård ges ändå.¹⁵⁰ I dessa fall ska läkaren se till att patienten får den vård som denna behöver.¹⁵¹ Regleringen i RF uppställer dock ett krav på att ett undantag från krav på samtycke ska ha formen av lag (2 kap. 20 §). Om det i en viss situation är fråga om tvång eller inte beror på vad det ställs för krav på samtycket.¹⁵²

Den svenska författningen uppställer inga formkrav på ett samtycke inom vården. Samtycket kan därför ha olika form exempelvis skriftligt, muntligt eller konkludent. Omständigheter i det enskilda fallet påverkar vilken form samtycket kan ha. För att en individs samtycke ska vara giltigt ska denna först vara behörig att förfoga över det aktuella intresset. Vidare ska han/hon ha förmåga att förstå innebörden av samtycket, känna till alla omständigheter som kan påverka beslutet, lämna samtycket frivilligt och ha för avsikt att det ska vara allvarligt menat. Bedömningen av om samtycket uppfyller dessa krav måste göras i varje enskilt fall. Individen i fråga ska också kunna överblicka konsekvenserna av sitt handlande. Grupper som inte kan göra detta är psykiskt sjuka och missbrukare.¹⁵³ Kravet på samtycke innebär att patienten är delaktig i beslut kring vården. En grupp som kan ha svårt med att vara det är äldre.¹⁵⁴

¹⁴⁷ SOU 1997:154 s. 59.

¹⁴⁸ Att uppställa ett absolut krav på samtycke inom hälso- och sjukvården skulle vara orealistiskt. Det kommer alltid finnas personer som saknar förmåga att ge samtycke men ändå behöver vård. Rynning, Elisabeth (1994). ”Consent to medical care and treatment – legal relevance in Sweden”, s. 321-364 i Westerhäll & Phillips (red.), *Patient’s rights – informed consent, access and equality*, s. 345 f.

¹⁴⁹ Rynnings (1994) s. 175.

¹⁵⁰ Prop. 1981/82:97 s. 11.

¹⁵¹ SOU 1995:5 s. 92 f och 140.

¹⁵² Prop. 1975/76:209 s. 146 ff samt SOU 2006:110 s. 112 ff.

¹⁵³ Prop. 2009/10:83 s. 16, Rynning (1994) s. 19, 168, 277 och 318 ff samt Rynning, Elisabeth (1994). ”Consent to medical care and treatment – Legal relevance in Sweden”, s. 321-364 i Westerhäll & Phillips (red.), *Patient’s rights – Informed consent, access and equality*, s. 340 f.

¹⁵⁴ Prop. 2009/10:67 s. 35.

Det finns nästan ingen reglering inom den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen för när vård får ges utan samtycke. Dessa situationer uppkommer framför allt när en patient är beslutsinkompetent och det inte finns någon legal ställföreträdare och är relativt vanliga. Det finns dock situationer då det kan vara nödvändigt att ge vård även om inte ett giltigt samtycke finns, exempelvis i en akutsituation. Den reglering som finns kring när det inte behövs ett samtycke för vård är tvångslagarna och ansvarsfrihetsgrunderna i BrB. Även hypotetiskt samtycke får betydelse i dessa situationer, men för detta finns det ingen specifik reglering.¹⁵⁵ Självmod utgör ett exempel på situationer som ofta inte kräver samtycke för vård.¹⁵⁶

4.4.2 Individuellt anpassad information

Patientens rätt att få information har sina egna bestämmelser i 2 b § HSL och 6 kap. 6 § PSL. Informationsskyldigheten utgör en av hälso- och sjukvårdspersonalens grundläggande skyldigheter.¹⁵⁷ Informationsrätten har stor betydelse för patientens möjlighet att utöva sin självbestämmanderätt och lämna ett giltigt samtycke.¹⁵⁸ Informationen ska bland annat omfatta patientens hälsotillstånd, olika undersökningsmetoder samt vård och behandlingsalternativ (2 b § HSL och 6 kap. 6 § PSL). Den ska vara individanpassad eller med andra ord anpassas efter patientens förmåga att tillgodogöra sig den på bästa sätt. Hälso- och sjukvårdspersonalen som ger informationen ska också se till att den är tillräckligt omfattande för att patienten ska kunna utnyttja sin självbestämmanderätt.¹⁵⁹ Personalen ska anteckna i patientens journal vilken information som patienten har fått (3 kap. 6 § Patientdatalag (2008:355)).

Om en patient inte vill vara delaktig i sin vård utan enbart få den behandling hälso- och sjukvårdspersonalen finner lämplig ska detta respekteras.¹⁶⁰ Bland annat äldre vill enligt förarbetena inte vara lika delaktiga i vården av sig själva som yngre. Äldre ingår även enligt förarbetena i den grupp som inte vill ha lika mycket information.¹⁶¹ Att patienten inte får information bidrar emellertid till att han/hon inte kan avge ett giltigt samtycke. Att det inte finns ett giltigt samtycke innebär att den vård som hälso- och sjukvårdspersonalen kan ge begränsas.¹⁶²

¹⁵⁵ SOU 1997:154 s. 61, SOU 1997:154 Bilaga 2 s. 325 samt Rynning (1994) s. 352.

¹⁵⁶ Giesen, Dieter (1994). "From paternalism to self-determination to shared decision making in the field of medical law and ethics", s. 19-38 i Westerhäll & Phillips (red.), *Patient's rights – Informed consent, access and equality*, s. 32.

¹⁵⁷ Prop. 1978/79:220 s. 44.

¹⁵⁸ Prop. 1998/99:4 s. 23 samt prop. 2009/10:67 s. 17.

¹⁵⁹ Prop. 1978/79:220 s. 44 samt prop. 2009/10:67 s. 17 och 49 f.

¹⁶⁰ Rönnberg (2011) s. 97.

¹⁶¹ SOU 1997:154 s. 68 och 108.

¹⁶² Rynning (1994) s. 259.

4.4.3 Kravet på och bedömningen av beslutskompetens

Ett krav för att en patient ska kunna utöva sin självbestämmanderätt är att han/hon är beslutskompetent.¹⁶³ För att en individ ska vara beslutskompetent i en viss fråga krävs att han/hon är behörig över det aktuella intresset. Den som först och främst har behörighet och kompetens att samtycka till en medicinsk behandling är patienten själv.¹⁶⁴ Detta framgår både av bestämmelser i 2 kap. 6 och 8 §§ RF, 2 a § HSL och 6 kap. 1 § PSL. När det handlar om vuxna patienter är utgångspunkten att dessa har beslutskompetens över sig själva om det inte finns speciella omständigheter i det enskilda fallet som talar emot det. Sådana omständigheter kan vara för handen om en patient är psykiskt sjuk, dement, okontaktbara, vid viss typ av medicinering eller om denna lider av svåra smärtor. Dessa tillstånd leder då till bristande beslutsbehörighet. Denna utgångspunkt borde kunna betraktas som en presumtion.¹⁶⁵

I den svenska författningen finns det ingen bestämmelse om hur genomförandet av beslutskompetensbedömningen ska gå till eller vem som ska göra denna.¹⁶⁶ Från detta finns ett undantag avseende patienter som får eller behöver livsuppehållande behandling. Vid denna typ av behandling är det den behandlande läkaren som ska avgöra om patienten är beslutskompetent (se 2 kap. 3 § och 4 kap. SOSFS 2011:7 (M) Allmänna råd och föreskrifter. Livsuppehållande behandling (fortsättningsvis SOSFS 2011:7 (M))). Dessa föreskrifter är tillämpliga vid vård av patienter med livshotande tillstånd i verksamhet som omfattas av HSL (1 kap. 1 § SOSFS 2011:7 (M)). Regleringen definierar livshotande tillstånd som ett tillstånd som på grund av sjukdom eller skada medför fara för en människas liv (1 kap. 2 § SOSFS 2011:7 (M)). I samma bestämmelse definieras även livsuppehållande behandling som den behandling som ges vid ett livshotande tillstånd för att upprätthålla en patients liv.

Föreskrifterna stadgar att den behandlande läkaren, innan denna tillgodoser en patients vilja att avbryta eller inte påbörja en livsuppehållande behandling, ska genomföra en beslutskompetensbedömning. I denna bedömning ska läkaren först undersöka om patienten har fått individuellt anpassad information enligt 2 b § HSL och att han/hon har förstått dess innebörd (4 kap. 1 § SOSFS 2011:7(M)). Vidare ska läkaren enligt samma bestämmelse undersöka patientens psykiska status, om patienten förstår konsekvenserna av att behandlingen inte ges, haft tillräckligt med tid för sitt övervägande och står fast vid sin inställning. Det kan antas att för att en patient ska anses tillräckligt kompetent att få avstå från en livsnödvändig behandling krävs en högre grad av förståelse för konsekvenserna än om konsekvenserna inte är

¹⁶³ Socialstyrelsens handbok artnr 2011-6-39 s. 20.

¹⁶⁴ Rynning (1994) s. 277 och 279.

¹⁶⁵ SOU 1997:154 s. 60, Rynning (1994) s. 282 samt Rynning, Elisabeth (1994). "Consent to medical care and treatment – Legal relevance in Sweden", s. 321-364 i Westerhäll & Phillips (red.), *Patient's rights – Informed consent, access and equality*, s. 336.

¹⁶⁶ Socialstyrelsens handbok artnr 2011-6-39 s. 20.

lika allvarliga.¹⁶⁷ Läkaren ska även, innan han/hon fattar sitt beslut, rådgöra med minst en annan legitimerad läkare (4 kap. 2 § SOSFS 2011:7(M)) och bör göra detta med andra i hälso- och sjukvårdspersonalen som är med och vårdar patienten (allmänna rådet till 4 kap. 2 § SOSFS 2011:7(M)). Om läkaren har gjort detta och finner att patienten är beslutskompetent ska han/hon fatta sitt beslut i enlighet med patientens vilja (4 kap. 3 § SOSFS 2011:7 (M)).

Om föreskrifterna om livsuppehållande behandling inte är tillämpliga får vägledning kring vad som ska ingå i beslutskompetensbedömningen sökas i den allmänna samhällsrättsliga regleringen.¹⁶⁸ De faktorer som då ingår i bedömningen liknar till viss del de som räknas upp i SOSFS 2011:7 (M). Exempel på de allmänna faktorerna är att patienten ska kunna ta övervägda ställningstaganden, tillgodogöra sig information och se konsekvenserna av sitt handlande. Dessa faktorer påverkas av en individs mognad, fysisk och psykisk hälsa, beslutets svårighetsgrad och konsekvensernas svårighetsgrad.¹⁶⁹ Konsekvenserna innefattar både följderna av att få en viss behandling och av att inte få densamma. Risken för att det ska uppstå komplikationer av en behandling ökar med en individs biologiska ålder.¹⁷⁰

Att en person har autonomi är en förutsättning.¹⁷¹ Som nämnts nämner ofta förarbetena äldre när de behandlar personer med avtagande autonomi (se avsnitt 3.4). Om en individ har sänkt autonomi blir det relevant att avgöra vilka delar av autonomin som är avtagande. Exempelvis kan individen vara fullt beslutskompetent med allt vad det innebär. Individens svårighet kan då bestå i att verkställa sitt beslut och göra sig hörd.¹⁷² Som nämnts kan det vara sjukhusmiljön som påverkar äldres autonomi.¹⁷³

Patientens förmåga att avge ett giltigt samtycke kan vara antingen helt eller delvis nedsatt. Om det exempelvis är omöjligt att ge information till en patient på grund av att han/hon är medvetslös är förmågan helt nedsatt. Detsamma gäller för andra fall där patienten är okontaktbar. I vissa fall kan en patient uttrycka en vilja även om denna i sig inte kan utgöra ett giltigt samtycke. Det kan bero på att patienten inte har kunnat tillgodogöra sig informationen och/eller överväga konsekvenserna. Dessa patienter har en svag ställning och utgörs exempelvis av dementa och utvecklingsstörda.¹⁷⁴ Gränsen mellan beslutskompetens och beslutsinkompetens kan i dessa fall

¹⁶⁷ Se Rynning (1994) s. 284.

¹⁶⁸ SOU 1997:154 s. 60; Beslutskompetensen har ingenting att göra med den civilrättsliga rättshandlingsförmågan. Exempelvis kan även en omyndig samtycka till vård i vissa fall. Detsamma gäller en person som vårdas under LPT eller har förvaltare. Vilka vårdfrågor dessa kan besluta över beror på behandlingens art och svårighetsgrad. SOU 1997:154 s. 60 samt Rynning (1994) s. 277.

¹⁶⁹ Rynning (1994) s. 280.

¹⁷⁰ SOU 1995:5 s. 128; Med biologisk ålder menas ett status av patientens kropp.

¹⁷¹ Rynning (1994) s. 280.

¹⁷² Se Rynning (1994) s. 279 f.

¹⁷³ SOU 2001:6 s. 35.

¹⁷⁴ För tillfället pågår en utredning kring en eventuell ny reglering rörande beslutinkompetenta patienter, se dir. 2012:72 om kommittédirektiv beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning.

vara svår att fastställa. Som exempel har patienten enligt självbestämmanderätten rätt att fatta ett irrationellt beslut, men samtidigt kan detta tyda på att patienten lider av en psykisk diagnos vilken kan orsaka beslutsinkompetens.¹⁷⁵

En patients rätt att avsäga sig vård, även efter ett självmordsförsök, är en del av hans/hennes självbestämmanderätt. Självmordsförsöket kan också tolkas som en viljeyttring att avstå från vård. Handlingen påverkar emellertid synen på patientens beslutskompetens. En patient som inkommer till hälso- och sjukvården efter ett självmordsförsök kommer hälso- och sjukvårdspersonalen enbart i undantagsfall betrakta som beslutskompetent. Detta beror i grunden på att flera självmord beror på missbruk, psykisk störning eller en akut krisreaktion. Vidare kan ofta ett självmordsförsök representera ett rop på hjälp och inte ett uttryck att vilja dö. De olika riskfaktorerna för självmord utgör en antydning om att en omständighet som talar emot presumtionen, om att alla vuxna är beslutskompetenta, är för handen (se avsnitt 2.4).¹⁷⁶ Innan ett självmordsförsök får representera en vilja att avstå från vård ska patienten genomgå en psykiatrisk undersökning.¹⁷⁷ Om resultatet blir att patienten är beslutinkompetent kan detta leda till att användning av paternalism blir mer försvarligt.¹⁷⁸

4.5 Det hypotetiska samtyckets tillämplighet

Självbestämmanderätten tar sin utgångspunkt i att det finns ett samtycke till att få ge vård (se 2 kap. 6 och 8 §§ RF och 2 a § HSL). Det förekommer dock fall inom hälso- och sjukvården där ett samtycke från patienten saknas och som inte uppfyller kriterierna för en nödsituation (se vidare avsnitt 5.5) eller för att tillämpa tvångslagarna (se vidare avsnitt 5.3 och 5.4) men som ändå kräver att någon typ av vård sätts in.¹⁷⁹ I vissa fall kan det hypotetiska samtycket fylla den gråzon som uppstår mellan en nödrättssituation och den situation där patienten kan lämna ett giltigt samtycke.¹⁸⁰ Det hypotetiska samtycket innebär att det i realiteten inte finns ett samtycke, men att hälso- och sjukvårdspersonalen antar att patienten skulle ha samtyckt till vården

¹⁷⁵ Prop. 1996/97:60 s. 34, SOU 1997:154 Bilaga 2 s. 325 samt Rynning, Elisabeth (1994). ”Consent to medical care and treatment – Legal relevance in Sweden”, s. 321-364 i Westerhäll & Phillips (red.), *Patient's rights – Informed consent, access and equality*, s. 336 f.

¹⁷⁶ SOU 2004:112 s. 562 och 581, Rynning (1994) s. 381 och Rynning, Elisabeth (1994). ”Consent to medical care and treatment – Legal relevance in Sweden”, s. 321-364 i Westerhäll & Phillips (red.), *Patient's rights – Informed consent, access and equality*, s. 350 f.

¹⁷⁷ Socialstyrelsens handbok artnr 2011-6-39 s. 48.

¹⁷⁸ Rynning (1994) s. 377.

¹⁷⁹ SOU 1997:154 s. 61 f.

¹⁸⁰ Sahlin (1990) s. 600.

om denne kunnat.¹⁸¹ Det hypotetiska samtycket har i vissa fall godtagits som en grund för vård.¹⁸²

Det som avgör om det hypotetiska samtycket kan ligga som grund för att få ge vård är dels kunskapen om patienten i fråga, dels karaktären på den vård som kommer att grunda sig på det. Det hypotetiska samtycket kan inte åberopas i alla situationer men det är oklart var gränserna går.¹⁸³ Hälso- och sjukvårdspersonalens enda möjlighet att försöka klargöra gränsen är genom att göra en avvägning mellan kravet på information, samråd med patienten och patientens självbestämmanderätt mot kravet på sakkunnig och omsorgsfull vård (se 6 kap. 1 § PSL).¹⁸⁴

Enligt Elisabeth Rynning föreligger ett krav att skälen för att ge vården och behandlingen ska vara betydligt starkare än de för att inte ge den för att det hypotetiska samtycket ska vara tillämpligt. Det måste alltså ske en intresseavvägning. I den ena vågskålen hamnar nyttan för patienten av att få behandlingen. I bedömningen ingår omständigheter som vad ett uppskjutande eller uteblivande av behandlingen skulle innebära för patientens hälsa och välmående.¹⁸⁵ Även en individs biologiska ålder påverkar hur stor nytta en individ kan få av en medicinsk behandling.¹⁸⁶ Vid bedömningen vilka skäl som föreligger för att ge patienten behandlingen ingår också att väga med bieffekter och risker med denna. Även hur ingripande behandlingen är liksom dess art, det vill säga om det är en vanligt förekommande åtgärd eller en mer specifik, kan tillmätas betydelse. När avvägningen mellan dessa faktorer är klar ska hälso- och sjukvårdspersonalen sedan väga detta mot vad som faktiskt kan antas om patientens vilja. Denna antagna vilja kan vara baserad på vad de anhöriga berättar, vad patienten har haft för vilja i liknande situationer och även på genomsnittspatienten. Gränserna kring när det är acceptabelt att ge vård på grund av hypotetiskt samtycke är oklara. Avvägningarna har dock ett visst skönsmässigt utrymme. Enligt Elisabeth Rynning kan emellertid det hypotetiska samtycket inte ligga till grund för att påtvinga en patient vård, det vill säga ge denna vård mot dess uttryckliga vilja.¹⁸⁷

4.6 Avslutande kommentarer

I detta huvudavsnitt har jag beskrivit självbestämmanderätten, dess reglering och element. Jag har både behandlat det generellt och i viss mån i förhållande till självmord/självmordsförsök och äldre. Ramen som detta uppställer är central i uppsatsen utifrån syftet. I det följande kommer jag nu

¹⁸¹ SOU 1997:154 s. 61 f.

¹⁸² Se prop. 1990/91:58 s. 101.

¹⁸³ SOU 1997:154 s. 61 f.

¹⁸⁴ SOU 1997:154 Bilaga 2 s. 326.

¹⁸⁵ Rynning (1994) s. 392 f.

¹⁸⁶ Se SOU 1995:5 s. 128; Med biologisk ålder menas ett status av patientens kropp.

¹⁸⁷ SOU 1997:154 s. 61 f samt Rynning (1994) s. 324 och 391 ff.

att sammanfatta och behandla det som framkommit om självbestämmanderätten.

Självbestämmanderätten innebär att patienten ska visas respekt för sin autonomi. Autonomi innebär i sin tur att en individ ska få bestämma över sig själv utan att kontrolleras eller hindras. Självbestämmanderätten har inte fått en egen lagparagraf men framgår dels indirekt av flera bestämmelser i PSL och HSL, dels av RF. Det skydd som finns för rätten kräver att det antingen finns ett samtycke för att få ge vård eller att ett lagstadgat undantag är tillämpligt (2 kap. 6, 8 och 20 §§ RF).

Kravet på att det måste finnas ett samtycke för vård är inte absolut. I vilka situationer det inte krävs ett samtycke är dock oklart. Suicid/suicidförsök brukar utgöra ett exempel på en sådan situation. Det finns inga formkrav på samtycket. Dock krävs att den som avger det har förmåga att förstå dess innebörd, denne har kännedom om alla omständigheter som kan påverka beslutet, samtycket har lämnats frivilligt och att det är allvarligt menat. Individens i fråga ska också kunna överblicka konsekvenserna av sitt handlande. Denna uppräknade förutsättningar går också att koppla till bedömningen av patientens beslutskompetens. Att patienten är beslutskompetent är en förutsättning för att han/hon ska kunna utöva sin självbestämmanderätt. Vem som ska avgöra om så är fallet finns det emellertid ingen reglering kring. I bedömningen ingår att väga med faktorer som att patienten kan ta övervägda ställningstaganden, tillgodogöra sig information och se konsekvenser av sitt handlande. Dessa påverkas av faktorer som mognad, fysisk och psykisk hälsa, beslutets svårighetsgrad och konsekvensernas svårighetsgrad. Att en person ha autonomi är en förutsättning. För vuxna patienter är utgångspunkten att dessa har beslutskompetens om det inte finns omständigheter i det enskilda fallet som talar emot det.

Vad en individs höga ålder har för betydelse för det nu sagda kommer behandlas i analysen. Redan här kan jag dock påpeka att äldre, som nämnt, har sämre både fysisk och psykisk hälsa. Deras autonomi är också enligt förarbetena känslig, speciellt för sjukhusmiljön. Det framkommer dock ingenstans att hög ålder ensamt skulle kunna vara en omständighet som tyder på att personen är beslutsinkompetent.

När det handlar om livsuppehållande behandling finns det speciella föreskrifter att undersöka. I regleringen ingår både bestämmelser om att det är behandlande läkare som ska göra beslutskompetensbedömningen och vilka faktorer som då ska vägas med. Bland annat ska läkaren alltid göra en bedömning av patientens psykiska status och om patienten haft tillräckligt med tid för sitt övervägande. Först kan jag nämna att det finns flera likheter mellan denna bedömning och den bedömning som sker av beslutskompetensen i allmänna fall. Skillnaderna består bland annat just i kravet på att alltid göra en psykisk bedömning oavsett om det finns omständigheter som tyder på att det föreligger psykisk ohälsa eller inte. Vidare är kravet att patienten ska ha haft en viss tid på sig för sitt beslut

speciellt för livsuppehållande behandling. Detta innebär att om en patient inkommer till hälso- och sjukvården efter ett självmordsförsök och denna är döende kommer detta krav näst ingå aldrig att uppfylla eftersom det rör sig om en akutsituation. Vård kommer alltså att sättas in i dessa fall. Slutsatsen blir att för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska avbryta/inte påbörja en livsuppehållande behandling ställer föreskrifterna upp högre krav på patienten. Bland annat verkar de kräva en högre grad av beslutskompetens. Självmordsförsöket är en omständighet som tyder på att patienten inte är beslutskompetent. Detta beror på de vanligaste riskfaktorerna psykisk ohälsa och missbruk (se vidare avsnitt 2.4). Specialregleringen kring livsuppehållande behandling gör det till och med svårare för självmordsbenägna att uppnå beslutskompetens.

Både ur förutsättningarna för att ett samtycke ska vara giltigt och för att patienten ska ha beslutskompetens framgår att patienten behöver information, exempelvis för att förstå konsekvenserna av att denna inte får en viss behandling. Självbestämmanderätten innehåller också en rätt för patienten till individuellt anpassad information. I förarbetena inom hälso- och sjukvården område framkommer vissa äldre stereotyper kring äldre och rätten till information (se avsnitt 3.4). Ur dessa framkommer att äldre har svårt att tillgodogöra sig information och inte heller alltid vill ta emot den.

De olika delarna i självbestämmanderätten är, som nu framkommit, kopplade till varandra. Om en patient exempelvis inte får tillräckligt med information eller inte förstår informationen får han/hon också svårt att ta övervägda ställningstaganden och är då inte beslutskompetent. Om patienten inte är beslutskompetent kan denna inte avge ett giltigt samtycke. Ur detta framgår att eftersom självmordsförsöket påverkar bedömningen av beslutskompetensen påverkar det hela individens självbestämmanderätt. Detsamma gäller om en individs ålder påverkar någon del av rätten. Om så är fallet kommer jag behandla i avsnitt 6.3.

Om en patient inte kan utöva sin självbestämmanderätt kan det hypotetiska samtycket i vissa fall ligga som grund för att få ge vård. Vid bedömningen om detta är tillämpligt vägs både nyttan av behandlingen och patientens antagna vilja med. Nyttan påverkas av en individs biologiska ålder (se avsnitt 3.2). Om detta även innebär att nyttan påverkas av en individs kronologiska ålder kommer behandlas i analysen (se avsnitt 6.3.2).

5 Paternalism inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen

5.1 Inledande avsnitt

Med beskrivningen i detta huvudavsnitt avser jag att besvara den tredje frågeställningen om regleringen kring paternalism inom hälso- och sjukvården tillåter en särbehandling av äldre. Denna beskrivning kommer också att bidra till att kunna besvara den fjärde frågeställningen om det kan ses en avvägningskonflikt mellan hur självmordsförsöket och individens höga ålder påverkar självbestämmanderätten. Även i förhållande till uppsatsen syfte har regleringen kring paternalism betydelse dels då den kan ta ifrån en person självbestämmanderätten i vissa situationer, dels i förhållande till självmordsförsöket. Suicidförsöket bidrar i vissa fall, som framkommer i detta huvudavsnitt, till att paternalism blir tillämpligt. Om även en individs höga ålder påverkar tillämpligheten av detta innebär det att det kan uppstå vissa avvägningsproblem även avseende denna reglering liksom den som beskrivs i avsnitt 4. De regleringar med paternalistiska inslag jag behandlar i avsnittet är LPT, LVM och nödrättsbestämmelsen (24 kap. 4 § BrB). Valet av de tvångslagar jag behandlar utgår från de vanligaste riskfaktorerna för självmord, nämligen psykisk störning och missbruk. Nödrättsbestämmelsen tar jag med på grund av dess tillämplighet vid akutsituationer inom hälso- och sjukvården. Denna bestämmelse kan i dessa situationer ligga som grund för att få ge vård, även utan samtycke i vissa fall. Detta blir relevant efter ett självmordförsök. Sammanfattningsvis kan jag alltså säga att de paternalistiska inslagen jag har valt att behandla baseras på dess tillämplighet vid självmordförsök som uppställer en ram i detta arbete.

Huvudavsnittet inleds med en kort beskrivning av vad paternalism är och dess koppling till hälso- och sjukvården (avsnitt 5.2). Denna beskrivning ska ge en inledande förståelse vad paternalism är och innebär i förhållande till självbestämmanderätten. Efter detta följer en beskrivning av förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård (avsnitt 5.3). Denna beskrivning är indelad i två delar. Först kommer en generell beskrivning av förutsättningarna för lagens tillämplighet. Sedan kommer ett avsnitt om vad som kan vara speciellt rörande äldre individer och denna form av tvångsvård. Jag har valt att dela upp beskrivningen på detta sätt då jag anser det relevant att förstå den generella regleringen för att kunna se vilka skillnader en individs höga ålder kan innebära. Samma uppdelning och av samma anledning använder jag i det följande avsnittet om tvångsvård av missbrukare i vissa fall (avsnitt 5.4). Den del som följer består av en beskrivning av tillämpligheten av nödrättsbestämmelsen (avsnitt 5.5). Bestämmelsens tillämplighet baseras mer på en avvägning och beskrivningen delas därför inte upp på samma sätt som de andra avsnitten. Om åldern påverkar dess tillämplighet kommer det snarare ske genom

påverkan på denna avvägning. Sist genomför jag en kort sammanfattning och sammanställer vissa avslutande reflektioner (avsnitt 5.6).

5.2 Paternalism och hälso- och sjukvården

Motsatsen till autonomi är paternalism som innebär att det är någon annan som bestämmer och handlar åt individen. Den som bestämmer kan vara en annan individ eller ett samhälle.¹⁸⁸ Inom hälso- och sjukvården kan paternalism grunda sig i att hälso- och sjukvårdspersonal har större kunskap och utbildning på området och därigenom har bäst förutsättningar för att bestämma vad som är för patientens bästa.¹⁸⁹ Att använda paternalism mot en patient innebär emellertid en kränkning av hans/hennes grundläggande fri- och rättigheter och självbestämmanderätt (se 2 kap. 6 och 8 §§ RF). Detta gäller speciellt om det handlar om att gå emot viljan hos en patient med autonomi.¹⁹⁰ För att få använda paternalism mot en patient uppställer RF därför ett krav på lagstöd (2 kap. 20 § RF). Exempel på sådana lagregleringar är LPT, LVM och nödrättsbestämmelsen (24 kap. 4 § BrB).

Om patienten inte har autonomi innebär paternalistiska insatser inte heller en kränkning av självbestämmanderätten. Om autonomin istället är nedsatt kan graden av kränkning variera. Paternalism inom hälso- och sjukvården behöver inte vara någonting negativt. Exempelvis kan paternalism i vissa fall användas mot en individ för att stärka hans/hennes autonomi så att individen ska kunna bestämma över sig själv. Detta gäller exempelvis för psykiskt sjuka.¹⁹¹ Vidare kan paternalism användas för att skydda en individ som inte själv kan tillvarata sina intressen.¹⁹²

5.3 Psykiatrisk tvångsvård

5.3.1 Förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård

Tvångsvård av psykiskt sjuka är en del av hälso- och sjukvården och regleras i LPT. Att denna vårdtyp ingår under hälso- och sjukvården gör att HSL är tillämplig även avseende psykiatrisk tvångsvård (1 § 1 st. LPT). Regleringen i LPT kompletterar då den generella hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Om regleringen i LPT och HSL kolliderar ska bestämmelserna i den förstnämnda lagen verka som en form av specialreglering och får företräde. Utgångspunkten är emellertid att de

¹⁸⁸ Som framgår i avsnitt 1.6 menar jag i denna uppsats med annan samhället.

¹⁸⁹ Rynning (1994) s. 76.

¹⁹⁰ Se prop. 1978/79:220 s. 44.

¹⁹¹ Rynning (1994) s. 76 f.

¹⁹² Rynning, Elisabeht (1994). "Consent to medical care and treatment – Legal relevance in Sweden", s. 321-364 i Westerhäll & Phillips (red.), *Patient's rights – Informed consent, access and equality*, s. 321.

grundläggande principer som framkommer i HSL även är tillämpliga på psykiatrisk tvångsvård.¹⁹³ Utöver den nu nämnda regleringen har Socialstyrelsen utfärdat föreskrifter som komplement till LPT i SOSFS 2008:18 (M) Föreskrifter och allmänna råd. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

De förutsättningar som ska vara uppfyllda för att en individ ska kunna få psykiatrisk tvångsvård framgår av 3 § LPT. Denna stadgar att det är tre förutsättningar som ska vara för handen samtidigt.¹⁹⁴ Den första består i att patienten ska lida av en allvarlig psykisk störning (1 st.). Vidare ska patienten på grund av sitt psykiska tillstånd ha ett oundgängligt behov av vård. Detta vårdbehov ska inte kunna tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (1 st. 1 p.).¹⁹⁵ Sista ska patienten antingen motsätta sig vård eller så ska det till följd av dennas psykiatriska tillstånd finnas en grundad anledning att anta att vården inte kan ges med dennas samtycke (2 st.). Den tvångsvård som hälso- och sjukvårdspersonalen ger enligt LPT ska ha till syfte att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som denna behöver (2 § 2 st.). Det finns ingen motsvarighet till LPT för somatisk vård.¹⁹⁶ Den som i sista hand avgör om förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda är domstolen (8 §).

Vilka typer av psykiska störningar som kan ingå i allvarlig psykisk störning går enligt förarbetena till LPT inte att precisera. Förarbetena räknar dock upp vissa exempel som syftar till att vara vägledande vid bedömningen. Uppräkningen är inte uttömmande. Först och främst handlar det om tillstånd av psykotisk karaktär, det vill säga tillstånd med störd verklighetsuppfattning och med symtom av typen vanföreställningar, hallucinationer och förvirring. Förarbetena räknar även upp allvarliga depressioner som medför självmordstankar liksom fall där missbruk leder fram till starka självmordstankar.¹⁹⁷

Den andra förutsättningen består i att patienten har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård (3 § 1 st. 1 p. LPT). Det är patientens eget behov som ska vara avgörande för bedömningen. Vidare ska behovet vara oundgängligt just vid tiden för prövningen och bero på den psykiska sjukdomen. Om

¹⁹³ Fröberg (1991) s. 15.

¹⁹⁴ Prop. 2007/08:70 s. 51; Under 2008 beslutade regeringen att tillsätta en utredning för att göra en översyn över LPT och lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och lämna ett förslag om ny lagstiftning på området. Denna utredning utkom förra året med sitt betänkande SOU 2012:17. Deras förslag består bland annat i att LPT och lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård ska upphöra och att en ny gemensam lag ska införas. Vidare går förslaget ut på att det ska kunna ske ett tvångsingripande tidigare i sjukdomsförloppet. SOU 2012:17 s. 4 f och 35 ff.

¹⁹⁵ Vid denna bedömning ska även beaktas om patienten på grund av sin psykiska störning är farlig för annan persons säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa (3 § 4 st. LPT).

¹⁹⁶ Rynning (1994) s. 112.

¹⁹⁷ SOU 2011:35 s. 85 f, 238 och 316; För att avgöra om en psykisk störning är allvarlig måste en bedömning av både dennas art och grad ske. Med art menas typen av störning och grad står för omfattningen av det ingrepp i personligheten som störningen förorsakar. Prop. 1990/91:58 s. 87 och 238.

patienten kan få tillräckligt stöd i en annan miljö som sitt hem är kraven för tvångsvård inte uppfyllda. Vid bedömningen av patientens vårdbehov ska domstolen först och främst se till risker för patientens liv och hälsa om han/hon inte får vård. I bedömningen ingår vidare att beakta patientens levnadsförhållanden och relation till sin omgivning. En individ ska tvångsvårdas enbart när det inte finns några andra möjligheter eller dessa inte är tillräckliga. En enbart somatisk sjukdom får aldrig föranleda psykiatrisk tvångsvård oavsett hur akut vårdbehovet är.¹⁹⁸

Den tredje förutsättningen för psykiatrisk tvångsvård framgår av 3 § 2 st. LPT och har med patientens egen inställning till vården att göra. Som redan framkommit gäller de grundläggande principerna i den generella hälso- och sjukvårdslagstiftningen även för psykiatrisk tvångsvård. Detta innebär att en patient inte förlorar sin rätt till självbestämmande enbart på grund av att denna är allvarligt psykiskt störd.¹⁹⁹ Den tredje förutsättningen i LPT innebär emellertid att tvångsvård enbart får ske om patienten själv motsätter sig behövlig vård eller att det på grund av patientens psykiatriska tillstånd finns grundad anledning att anta att vård inte kan ges med samtycke.²⁰⁰ Förutsättningen innebär att lagen uppställer ett krav på att vården ska gå emot patientens vilja för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska få ge den enligt LPT. Vård enligt LPT kan också grunda sig i att patienten på grund av sitt psykiska tillstånd inte kan avge en giltig viljeyttring.²⁰¹ Tanken kring att ha en lag om psykiatrisk tvångsvård grundar sig i att det finns individer som på grund av en psykisk störning inte kan se till sitt eget bästa.²⁰²

Ett speciellt fall rörande psykiatrisk tvångsvård är när en individ har allvarligt menade självmordstankar. Ett självmordsförsök och det självdestruktiva beteende som föranleder försöket kan utgöra grund för psykiatrisk tvångsvård.²⁰³ Det finns ingen speciell förutsättning som är kopplad till självmordbenägna i LPT. Det framgår inte heller någonstans i lagen att ett av dess syfte skulle vara att skydda patienten från sig själv. Som redan framkommit kan dock en patients självmordstankar vägas med i bedömningen både av om det föreligger en allvarlig psykisk störning och ett oundgängligt behov av vård. Även vid en självmordsrisk kvarstår dock kravet att patienten först och främst ska beredas vård frivilligt om det går.²⁰⁴ Självmordsförebyggande arbete innebär ofta en kränkning av patientens

¹⁹⁸ Prop. 1990/91:58 s. 74, 91 och 239 samt Socialstyrelsens handbok artnr 2009-126-114 s. 16 f.

¹⁹⁹ Se prop. 1990/91:58 s. 134 samt SOU 1984:64 s. 205.

²⁰⁰ Av RÅ 1999 ref. 64 framgår att undantaget att ge tvångsvård oberoende av om det finns ett samtycke (3 § 2 st. LPT) ska ha en restriktiv tillämpning.

²⁰¹ Se prop. 1990/91:58 s. 102 samt prop. 2007/08:70 s. 145 f.

²⁰² SOU 1984:64 s. 152.

²⁰³ se exempelvis RÅ 1999 ref. 64.

²⁰⁴ SOU 2011:35 s. 316; I år har det som nämnts kommit ett nytt betänkande om den psykiatriska tvångsvården, SOU 2012:17. I direktiven till denna uttalades att de speciellt skulle studera samhällsskyddet, men inte egenskyddet. Enligt Lotta Vahlne Westerhäll bör detta uppmärksammas ur två aspekter. Dels den nära koppling som finns mellan psykisk störning och självmord, dels regeringens uppställda nollvision mot självmord. Vahlne Westerhäll (2011) s. 1257.

självbestämmanderätt på kort sikt, men främjar samtidigt individens välfärd på lång sikt.²⁰⁵

5.3.2 Psykiatrisk tvångsvård och äldre

Det finns ingen övre åldersgräns för tillämpning av LPT. Det innebär att lagen även är tillämplig på äldre individer. I gruppen äldre är också psykisk ohälsa vanligare än bland andra. Risken att drabbas av en psykisk störning ökar med åldern. Kanske är det denna omständighet som har bidragit till bilden av psykisk ohälsa som en del av åldrandet.²⁰⁶ Vidare lider äldre, som nämnts, också oftare av flera sjukdomar samtidigt.²⁰⁷ Behandling av psykisk ohälsa hamnar ofta som sekundär till behandling av somatiska sjukdomar. Psykisk tvångsvård får som nämnt aldrig ske på grund av en enbart somatisk sjukdom.²⁰⁸

Förarbetena har uttalat att det är olämpligt att tillämpa LPT på äldre individer eftersom dessa då flyttas från sin invanda miljö. Flytten kan enligt förarbetena innebära att den gamle drabbas av oro och otrygghet som kan förvärra situationen. Även andra insatser för psykiska sjukdomar är sämre för äldre. Vid samsjuklighet kan det även vara svårt att avgöra vad som orsakar beteendepåverkan eftersom åldern även förändrar hur individen påverkas av en psykisk sjukdom. Om vi som exempel studerar en individ som lider av demens men också en annan psykisk störning. I dessa fall kan det vara svårt att avgöra om beteendepåverkan beror på demensen eller på den andra störningen. Demensen går ofta inte att bota och om hälso- och sjukvårdspersonalen kopplar beteendepåverkan till denna istället för den andra psykiska störningen kommer de inte att sätta in botande insatser. Även det oprecisa i begreppet allvarlig psykisk störning orsakar vissa problem eftersom det kan vara svårt att avgöra om en grupp uppfyller förutsättningen eller inte. Detta gäller bland annat dementa äldre. Demensen kan i vissa fall ha så kraftig beteendepåverkan att denna uppfyller kravet för allvarlig psykisk störning.²⁰⁹ Vilka fall dessa utgör är svårare att fastställa.

5.4 Tvångsvård av missbrukare

5.4.1 Förutsättningar för tvångsvård av missbrukare

I vissa situationer kan samhället behöva beröva en enskild individ sin frihet på grund av dennas allvarliga missbruk av alkohol, narkotika eller flytande lösningsmedel. I den svenska författningen finns denna möjlighet i LVM.

²⁰⁵ Prop. 1990/91:58 s. 253 samt Vahlne Westerhäll (2011) s. 1257.

²⁰⁶ SOU 2006:100 s. 231 och 233.

²⁰⁷ SOU 1995:5 s. 128 och SOU 2008:127 s. 192.

²⁰⁸ SOU 2006:100 s. 233.

²⁰⁹ Prop. 1990/91:58 s. 86, SOU 2006:100 s. 231 samt SOU 2012:17 s. 359 och 362.

Lagen ger tvångsmöjligheter på socialtjänstens område och kompletterar SoL. Enligt 1 § LVM ska de allmänt givna målen i 1 kap. 1 § SoL vara vägledande även för vård enligt LVM. I dessa mål ingår bland annat att visa respekt för den enskildes integritet och självbestämmanderätt (1 kap. 1 § 3 st. SoL och 1 § 2 men. LVM). Socialnämnden ska aktivt sörja för att se till att missbrukare får den hjälp och vård som denne behöver för att komma ifrån sitt missbruk (5 kap. 9 § SoL). Som komplement till LVM har Socialstyrelsen utfärdat allmänna råd i SOSFS 1997:6 (S) Allmänna råd. Tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (fortsättningsvis SOSFS 1997:6 (S)).

Enligt 3 § LVM ska vården syfta till att motivera missbrukaren att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Av bestämmelsen framgår både ett långsiktigt och ett kortsiktigt mål. Det långsiktiga består i att individen ska bli fri från sitt missbruk. Det kortsiktiga i att missbrukaren ska bli motiverad att ta emot vård frivilligt.²¹⁰

Förutsättningarna för tvångsvård framgår av 4 § LVM. Dessa består av en generalindikation som måste vara uppfylld och tre specialindikationer varav en måste vara uppfylld.²¹¹ Lagen har en tvingande karaktär, det vill säga att om förutsättningarna är uppfyllda ska missbrukaren tvångsvårdas. Samhället har ett ansvar att ingripa i dessa situationer.²¹² Specialindikationerna består av hälsoindikationen (1 st. 3 p. a) mom.), den sociala indikationen (1 st. 3 p. b) mom.) och skadeindikationen (1 st. 3 p. c) mom.). Det är domstolen som i sista hand avgör om förutsättningarna är uppfyllda (5 §).

Generalindikationen (4 § 1 st. 1 p. LVM) stadgar att den första förutsättningen för tvångsvård är att individen till följd av fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flytande lösningsmedel är i behov av vård. Kravet på ett fortgående alkoholmissbruk innebär att missbruket ska ha en viss varaktighet. Det räcker inte att någon tillfälligtvis överkonsumerar.²¹³ Vårdbehovet är kopplat till missbrukarens möjlighet att komma ifrån sitt missbruk, inte att förbättra dennas fysiska eller psykiska hälsa.²¹⁴ Av 4 § 1 st. 2 p. LVM framgår vidare att en missbrukare enbart kan tvångsvårdas om vårdbehovet inte kan tillgodoses genom SoL eller på något annat sätt. Att ge vård enligt SoL förutsätter att det finns ett samtycke (se 3 kap. 5 § SoL). Om det finns ett giltigt samtycke och missbrukaren kan få vård enligt SoL kan vårdbehovet alltså tillgodoses på något annat sätt.²¹⁵ Förutsättningen i 4 § 1 st. 2 p. LVM är då inte uppfylld. Tvångsvård av missbrukaren kan först bli aktuellt när de frivilliga åtgärderna är uttömda eller inte är tillräckliga.²¹⁶

²¹⁰ Prop. 1987/88:147 s. 90.

²¹¹ Se prop. 1981/82:8 s. 40 samt Gustafsson (2001) s. 394.

²¹² Prop. 1987/88:147 s. 91 samt Westerhäll (1990b) s. 73.

²¹³ Prop. 1987/88:147 s. 44 samt SOSFS 1997:6 (S) s. 10.

²¹⁴ Gustafsson (2001) s. 340.

²¹⁵ Prop. 1981/82:8 s. 73 och 75, SOU 2004:3 s. 137 samt Gustafsson (2001) s. 129 och 375.

²¹⁶ SOSFS 1997:6 (S) s. 11, RÅ 1990 ref. 10 samt Sverne Arvill & Johnsson (2012) s. 57.

Hälsoindikationen framgår av 4 § 1 st. 3 p. a) mom. LVM. Bestämmelsen stadgar att om missbrukaren till följd av sitt missbruk utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara kan det föranleda tvångsvård. Det handlar om situationer där risken redan är påtaglig.²¹⁷ Det kan röra sig om individer som medvetet eller omedvetet utsätter sin hälsa för allvarlig fara, men riskerna ska vara medicinskt påvisbara.²¹⁸

Den sociala indikationen i 4 § 1 st. 3 p. b) mom. LVM reglerar situationer där missbrukaren på grund av sitt missbruk löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv.²¹⁹ Vid denna bedömning ska missbrukarens hela situation vägas in. I detta ingår förhållanden som är avgörande för missbrukarens hela liv. Exempelvis ingår förhållanden som ifall missbrukaren riskerar att hamna i socialt utanförskap, om han/hon är nära att hamna utanför bostads-, arbets- och utbildningsmarknaden, om missbrukaren inte kan behålla normala sociala relationer och om han/hon låter missbruket styra hela sitt liv. Riskerna ska bero på missbruket. De situationer som den sociala indikationen ska fånga upp är när missbrukaren är nära att förstöra sina möjligheter att under en lång tid framöver leva ett människovärdigt liv.²²⁰ Detta gäller särskilt för dem som är på väg mot en livssituation där risker för kriminalitet, våld, ohälsa och för tidig död är kraftigt förhöjda.²²¹

Skadeindikationen framgår av 4 § 1 st. 3 p. c) mom. LVM. Denna indikation stadgar att en missbrukare kan ges tvångsvård om denne på grund av sitt missbruk kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Bestämmelsen tar sikte på risken för självmord och självmordsförsök.²²² Lagstiftaren anser att det ska finnas en möjlighet att ingripa vid risk för självmord, men att det är främmande att införa denna möjlighet under hälsoindikationen.²²³ Enligt de allmänna råden till LVM bör vidare möjligheterna att bereda missbrukaren vård enligt LPT undersökas innan skadeindikationen tillämpas.²²⁴

5.4.2 Tvångsvård av missbrukare och äldre

Varken i LVM eller i de allmänna råden SOSFS 1997:6 (S) stadgas om en övre åldersgräns för lagens tillämplighet.²²⁵ Lagen är alltså tillämplig även

²¹⁷ SOU 2004:3 s. 138.

²¹⁸ SOSFS 1997:6 (S) s. 12.

²¹⁹ Skadeindikationen kan bli tillämplig dels då ett missbruk kan komma att allvarligt skada missbrukaren själv, dels dennas närstående (4 § 1 st. 3 p. c) mom. LVM).

²²⁰ Se exempelvis avvägningen i RÅ 1990 ref. 16.

²²¹ Prop. 1987/88:147 s. 91 f samt SOSFS 1997:6 (S) s. 12 f.

²²² Skadeindikationen hade sin motsvarighet redan i lag (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall, vilken var företräddaren till LVM.

²²³ Prop. 1987/88:147 s. 92, SOU 1981:7 s. 40 samt SOU 2004:3 s. 139.

²²⁴ SOSFS 1997:6 (S) s. 13; Enligt Ewa Gustafsson borde även andra fall ingå under skadeindikationen där missbrukaren utsätter sig för allvarlig fara att skadas men som inte ingår under hälsoindikationen, Gustafsson (2001) s. 428.

²²⁵ Dock kan det anses finnas en nedre eftersom för personer under 18 år är LVU tillämplig och kan vara det på individer upp till 20 år (se 1 § LVU). Denna lag har också företräde framför LVM. Prop. 1981/82:8 s. 7 samt SOSFS 1997:6 (S) s. 9.

på äldre individer. Förarbetena säger emellertid att lagen först och främst ska ge möjlighet till ett tidigt ingripande avseende yngre missbrukare.²²⁶

En individs ålder kan påverka vissa av förutsättningarna för tvångsvård av missbrukare. Exempelvis har äldre missbrukare oftare skador som innebär att hälsoindikationen är uppfylld.²²⁷ Den sociala indikationen är dock speciellt inriktad mot yngre missbrukare och ska användas för att bryta deras destruktiva beteende innan det leder till allvarliga konsekvenser.²²⁸ Det är den unges framtid som ska räddas i form av möjlighet att få jobb, utbildning och bostad.²²⁹ Denna specialindikation går även att använda på äldre missbrukare. I dessa fall är den sociala indikationen mer restriktivt tillämplig. Likväl kan vid bedömningen, om individen ska beredas tvångsvård, risker för missbrukets sociala skadeverkningar få betydelse även avseende äldre. I dessa fall ska dock inriktningen snarare ske mot hälso- och sjukvårdsrelaterade aspekter samt möjligheterna till ett mindre utsatt liv.²³⁰ Förarbetena menar emellertid inte att alla äldre missbrukare utgör en homogen grupp. Om en äldre missbrukare har bättre sociala förankringar ska dessa också få väga tyngre. Vård enligt LVM ska användas för att rädda det som finns kvar av anknytningar till arbetsmarknaden, bostad, relationer till anhöriga och annan omgivning än andra missbrukare.²³¹

En faktor som en individs ålder påverkar kan vara om en konsumtion är riskabel eller inte. Detta gäller då i första hand alkoholkonsumtion. Under 2000-talet har alkoholkonsumtionen ökat kraftigt bland befolkningen. Den är dock inte jämt fördelad. En faktor som påverkar hur mycket en individ konsumerar är åldern.²³² Äldre dricker mindre än yngre. Dödligheten med alkoholrelaterade diagnoser har dock ökat för individer mellan åldern 65-74 år sedan 1990-talet. Äldre är känsligare för alkohol och påverkas mer av samma dos än yngre. För äldre missbrukare gäller emellertid samma förutsättningar för vård som för yngre.²³³

²²⁶ SOU 1987:22 s. 277.

²²⁷ Se SOU 2004:3 Bilagedel s. 152.

²²⁸ SOU 2004:3 s. 138 f samt Gustafsson (2001) s. 418.

²²⁹ Prop. 1987/88:147 s. 46.

²³⁰ SOU 2004:3 s. 138 f, SOSFS 1997:6 (S) s. 13 samt Gustafsson (2001) s. 418.

²³¹ Prop. 1987/88:147 s. 47.

²³² SOU 2004:3 s. 63.

²³³ SOU 2011:35 Del 2 s. 765 f, 768 och 770; Under 2008 beslutade regeringen att tillsätta en utredning för att göra en översyn av missbruksvården i Sverige. Resultatet av detta presenteras i SOU 2011:35 och innebär bland annat att utredningen förestår att det ska införas en ny lag på området beroende- och missbruksvård. Vidare föreslår utredningen att mer målspecificerade insatser bör utformas. En av de grupper som ska bli lättare att nå är äldre individer. SOU 2011:35 s. 73, 159 och 204.

5.5 Nödrättsbestämmelsen och förutsättningar för dess tillämplighet

Inom hälso- och sjukvården finns det situationer när en patient på grund av medvetlöshet eller annan orsak inte är i stånd att lämna ett samtycke till vård. Samtidigt kan det vara nödvändigt att patienten får vård. Enligt förarbetena till HSL är det självklart att hälso- och sjukvårdspersonalen kan ge vård i en sådan situation.²³⁴ Det framgår dock varken av HSL eller förarbetena på vilken grund denna vård utgör ett undantag från 2 kap. 6 och 8 §§ RF. Som nämnt uppställer RF ett krav på lagstöd för att få ge vård utan samtycke (2 kap. 20 § RF). Förutom den vård som en patient kan få med grund i tvångslagstiftningen saknar den hälso- och sjukvårdsrättsliga regleringen bestämmelser kring när det inte krävs ett samtycke för att ge vård.²³⁵ För att hitta det lagstadgade undantag som förarbetena till HSL talar om får vi söka i annan lagstiftning är den rent hälso- och sjukvårdsrättsliga.

Om situationen uppfyller kriterierna för en nödsituation kan nödrättsbestämmelsen i 24 kap. 4 § BrB blir tillämplig.²³⁶ Nödrättsbestämmelsen är en ansvarsfrihetsgrund inom straffrätten. Ansvarsfrihetsgrunderna innebär generellt att en handlig eller underlåtenhet som under normala förhållanden hade medfört straffansvar i den specifika situationen inte gör det.²³⁷ Inom hälso- och sjukvården blir frågor kring nödrätt som ansvarsfrihetsgrund aktuell när ett samtycke saknas och inte går att inhämta.²³⁸ Det ansvar som personalen frias från genom tillämplig av 24 kap. 4 § BrB behöver inte vara straffrättsligt utan kan även vara ett disciplinärt ansvar exempelvis provotid (8 kap. 1-2 §§ PSL).²³⁹

För att bestämmelsen om nödrätt ska bli aktuell ska det först vara fråga om en nödsituation. Utmärkande för en sådan situation är att två av rättsordningen skyddade intressen kolliderar. En fara som hotar det ena intresset kan enbart förhindras genom intrång i det andra intresset. En nödsituation föreligger om liv och hälsa, egendom eller annat av rättsordningen skyddat intresse utsätts för fara.²⁴⁰ Inom hälso- och sjukvården innebär detta situationer där en patient måste få vård på grund av risken för dennas liv och hälsa.²⁴¹ Exempel på sådana situationer är när en medvetlös patient kommer in till ett sjukhus och en operation är

²³⁴ Prop. 1981/82:97 s. 118.

²³⁵ Asp m.fl. (2010) s. 189.

²³⁶ Bestämmelsen i 24 kap. 4 § BrB om nöd är subsidiär i förhållande till 1-3 §§.

²³⁷ Rynning (1994) s. 365 f och 369.

²³⁸ Se Rynning (1994) s. 367 f, Rönnberg (2011) s. 97 och Sahlin (1990) s. 601.

²³⁹ Sahlin (1990) s. 601; Enligt förarbetena till ändring i BrB utgör en åtgärd utförd av en läkare ingen brottslig handling så länge inte en patient motsätter sig den och den är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet (se 6 kap. 1 § PSL) oavsett om den är övrigt överensstämmer med en brottsrubricering. När nödrättsregeln i 24 kap. 4 § BrB är tillämplig kan det till och med vara accepterat att ge vård som inte är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet. Prop. 1993/94:130 s. 40 samt Asp m.fl. (2010) s. 289.

²⁴⁰ Asp m.fl. (2010) s. 241.

²⁴¹ Prop. 1990/91:58 s. 258 samt Rynning (1990/91) s. 633.

livsnödvändig eller en redan påbörjad operation leder till att ytterligare åtgärder måste vidtas för att patientens liv och hälsa ska kunna räddas.²⁴² Nödrätten gäller även om den utsatta själv har framkallar faran.²⁴³

Nödrättsbestämmelsen uppställer utöver att det ska vara fråga om en nödsituation också ett krav på att handlingen inte ska vara oförsvarlig (24 kap. 4 § 1 st. BrB). Utgångspunkten är att det intresse som hotas ska vara av större vikt än det som kränks. I bedömningen om handlingen är oförsvarlig ingår att väga den skada handlingen orsakar mot hur överhängande faran är och vilket intresse som hotas med mera.²⁴⁴ Inom hälso- och sjukvården innebär detta att intresset att skydda patientens liv och hälsa vägs mot den grad av kränkning av patientens självbestämmanderätt ingripandet innebär. Livet har, inom denna bedömning, ett högt skyddsvärde. Det är emellertid inte självklart att det i alla situationer är skyddet för livet och hälsan som kommer att väga tyngst. I avvägningen ingår nämligen också att beakta hur nödvändig åtgärden är, ingreppets omfattning och risken för komplikationer.²⁴⁵ Avvägningen påverkas även av förhållanden som patientens allmäntillstånd. Exempelvis finns det en skillnad mellan att operera en i övrigt frisk 75-åring mot att operera en försvagad 90-åring. Så är fallet även om operationen är akut nödvändig.²⁴⁶ Avvägningen blir särskilt svår om det är fråga om ett självmordförsök.²⁴⁷

Även om nödrättsbestämmelsen innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen i vissa situationer kan vidta åtgärder som annars skulle vara grundlagsstridiga innebär den inte ett undantag från en beslutskompetent patients självbestämmanderätt. En beslutskompetent patient kan alltså inte påtvingas vård med stöd av denna bestämmelse. Nödrättsbestämmelsen kan emellertid utgöra den legala grunden för tvång avseende beslutsinkompetenta patienter som inte själva kan tillvarata sina intressen.²⁴⁸ Exempelvis kan den ta formen av en tvångsregel avseende att ge vård efter ett självmordförsök. Vården kan då bestå i tvångsmedicinering, tvångsmatning och tvångsbehandling mot en patients uttryckliga vilja.²⁴⁹ Detta beror på att en läkare i akutsituationen kan ha svårt att avgöra om självmordförsöket verkligen motsvarar en vilja att dö. Läkaren kommer därför att sätta in vård för att rädda patienten liv.²⁵⁰ Det kan även påpekas att i situationer där patientens liv är i fara blir SOSFS 2001:7 (M) om livsuppehållande behandling tillämplig. Det innebär att läkaren innan denna avbryter/väljer att

²⁴² SOU 1997:154 s. 61.

²⁴³ Asp m.fl. (2010) s. 242.

²⁴⁴ Asp m.fl. (2010) s. 245.

²⁴⁵ Prop. 1990/91:58 s. 258, SOU 1997:154 s. 61, Rynning (1990/91) s. 633 samt Rynning (1994) s. 373 f.

²⁴⁶ Se Sahlin (1990) s. 606 f.

²⁴⁷ Rönnberg (2011) s. 97.

²⁴⁸ SOU 1997:154 s. 61, Socialstyrelsens handbok artnr 2011-6-39 s. 16 samt Rynning, Elisabeth (1994). "Consent to medical care and treatment – Legal relevance in Sweden", s. 321-364 i Westerhäll & Phillips (red.), *Patient's rights – Informed consent, access and equality*, s. 349.

²⁴⁹ Asp m.fl. (2010) s. 246.

²⁵⁰ Sverne Arvill & Johansson (2012) s. 92 f.

inte påbörja behandling ska beakta vissa särskilda omständigheter (se vidare avsnitt 4.4.3).

5.6 Avslutande kommentarer

Detta huvudavsnitt är det sista innan analysen och behandlar förutsättningarna för paternalism inom hälso- och sjukvården. Paternalism är autonomins motsats och innebär att någon annan bestämmer åt individen. Autonomi innebär, som nämnt, att individen ska få bestämma över sig själv. Tillämpning av paternalism påverkar på så vis en individs självbestämmanderätt genom att denna rätt innebär att en person ska visas respekt för sin autonomi. Jag ska nu sammanfatta och beskriva vad som framkommit om ifall äldre får särbehandlas enligt regleringen och vad detta i så fall innebär i förhållande till hur självmordsförsöket påverkar.

Äldre har högre risk att drabbas av psykisk ohälsa. Istället för att koppla samman den ökade risken med åldrandet verkar det dock som att själva ohälsan kopplas till åldrandet. Denna föreställning kan begränsa tillämpligheten av LPT. Om det handlar om en äldre individ lider denna också oftare av flera sjukdomar samtidigt. Även detta gör att äldres psykiska ohälsa inte föranleder tvångsvård eftersom det blir svårare att detektera om det handlar om en allvarlig psykisk störning. Förarbetena uttalar även att det är olämpligt att tillämpa LPT på äldre eftersom detta innebär att de flyttas från sin invanda miljö vilken kan orsaka oro och otrygghet som kan förvärra situationen. Läsaren kan jämföra detta uttalande med äldrestereotyperna som jag beskrivit i avsnitt 3.4. Sammanfattningsvis finns det alltså en del som tyder på att LPT har begränsad tillämplighet i förhållande till äldre. Det kan verka som att detta beror på förutsättningarna i lagen går att anpassa efter den enskilda situationen och vissa föreställningar om äldre då vägs med.

Avseende självmordsbenägna verkar förhållandet vara något omvänt. Även om det inte finns en uttalad rätt att tvångsvårda på grund av egenskydd i LPT nämner förarbetena självmordsrisk exempelvis i förhållande till om det föreligger en allvarlig psykisk störning. Ett självmordsförsök verkar alltså i viss mån visa på att tvångsvård kan bli aktuellt. Detsamma gäller avseende tillämpligheten av LVM med den skillnaden att lagen innehåller en direkt uttalad grund för tvångsvård på grund av självmordsrisken.

Lagen om tvångsvård av missbrukare är tillämplig på äldre individer. Den sociala indikationen är dock framför allt tillämplig på yngre missbrukare. Detta beror på syftet med att ge vård och att det ska finnas kvar någonting att rädda, exempelvis arbete eller bostad. Vidare verkar inte lagen vara anpassad efter äldre individers speciella förutsättningar. Som exempel kan jag nämna omständigheten att äldres större känslighet för alkohol inte påverkar bedömningen om det rör sig om ett fortgående missbruk.

Nödrättsbestämmelsen blir tillämplig i nödsituationer inom hälso- och sjukvården. En sådan situation är för handen om det föreligger en risk för patientens liv och hälsa. Ett självmordsförsök kan orsaka en sådan situation. Patienter kan både vara döende och allvarligt skadade. Patientens rätt att avsäga sig vård i dessa situationer är inte enbart begränsad av nödrättsbestämmelsen utan även av myndighetsföreskrifterna kring livsuppehållande behandling (se vidare avsnitt 4.4.3). I förhållande till äldre individer får dock nödrättsbestämmelsen något begränsad tillämplighet. Detta beror delvis på att patientens allmäntillstånd får tillmätas betydelse. Äldre individer lider oftare av fler sjukdomar och är redan från början närmare döden. Vidare gäller, som för all annan hälso- och sjukvård, att nyttan med att ge en behandling ska överväga nackdelarna. Hur detta påverkas av en individs ålder behandlas närmare i avsnitt 6.3.2.

6 Analys

6.1 Inledande avsnitt

Vi har nu kommit fram till den del av uppsatsen där jag ska analysera den fakta som jag hitintills har beskrivit. Som verktyg i analysen kommer jag att använda mig av ålderismen (se vidare avsnitt 1.4). De resultat som har betydelse för svaren på frågeställningarna kommer jag att sammanfatta i nästa huvudavsnitt.

Analysen är uppdelad i fyra delar. Varje del utgår från en frågeställning, men delarna bygger också på varandra. Det första avsnittet behandlar den första frågeställningen om det framkommer äldresteriotyper i förarbetena inom hälso- och sjukvårdens område och i så fall vilka dessa är (avsnitt 6.2). Den andra delen utgår från den andra frågeställningen om regleringen kring självbestämmanderätten tillåter en särbehandling av äldre (avsnitt 6.3). Här behandlar jag bland annat om de olika elementen i självbestämmanderätten tillåter en särbehandling. Jag tar även upp svårigheten med att avgöra om regleringen tillåter särbehandling, hur en individs ålder påverkar nyttobedömningen av en behandling och hur detta i sin tur påverkar. På detta följer en del som tar sin utgångspunkt i den tredje frågeställningen om regleringen kring tillämpligheten av paternalism inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen tillåter särbehandling av äldre (avsnitt 6.4). Här behandlar jag först regleringarna LPT, LVM och nödrättsbestämmelsen (24 kap 4 § BrB) var för sig. På detta följer en analys kring vad det kan ha för betydelse för självbestämmanderätten. Den fjärde och sista delen utgår från den fjärde frågeställningen om det kan ses en avvägningskonflikt mellan hög ålders och självmordsförsökets påverkan på självbestämmanderätten (avsnitt 6.5). I detta avsnitt analyserar jag hur dessa skilda instruments påverkan förhåller sig till varandra och om särbehandlingen beror på en uppmaning till detta eller en avsaknad av förbud.

6.2 Äldresteriotyperna visar på en svag ställning

I förarbetena framkommer föreställningar om äldre bland annat genom att äldre betraktas som i behov av trygghet, skydd och är känsliga för förändring. Tryggheten ska garanteras genom att äldre inte utsätts för oro och otrygghet. Detta kan närmast sammanfattas i att den bild som framkommer om äldre är att dessa har en svag ställning i förhållande till hälso- och sjukvården. Denna svaga ställning framkommer på flera sätt så som att de har svårt att tillgodogöra sig information, svårt att vara delaktiga i vården av sig själva och att sjukhusmiljön i sig kan innebära att de får nedsatt autonomi. Det framstår alltså som att äldre har avtagande autonomi och svårare för att utöva sin självbestämmanderätt. Det verkar dock även

som att det finns en bild av att äldre inte i lika stor utsträckning som andra vill utöva denna rätt. Bland annat menar förarbetena att de inte vill ha lika mycket information eller vara lika delaktiga i vården som yngre. Det verkar alltså som att det kan finnas en bild av att äldre både har svårare och en mindre vilja att utöva självbestämmanderätten.

Som framkommit finns det ingen special reglering rörande äldre utan den generella lagstiftningen är tillämplig även på dessa. Detta gäller för såväl hälso- och sjukvårdslagstiftningen som för fri- och rättigheterna i RF. Vid studie av den sistnämnda regleringen framkommer inte heller att det skulle kunna ske en särbehandling av äldre eller att de för den del inte tillmäts samma rättigheter som andra. Jag menar att problemet avseende äldre inte verkar vara att lagstiftningen inte tillerkänner dem samma rättigheter som andra utan att de har svårt att uppnå den ställning där de kan utnyttja dessa.

Den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen bygger på att en individ kan utöva sin självbestämmanderätt. Om en individ inte kan det orsakar det vissa problem eftersom det inte finns så mycket reglering kring vad som gäller då exempelvis vilken vård som kan ges. På så vis kan den allmänna lagstiftningen inte menas vara anpassad till individer som har svårt att utöva sin självbestämmanderätt. Om äldre utgör en sådan grupp är lagstiftningen inte heller speciellt anpassad till dessa. Äldre kan då få en svag ställning i förhållande till hälso- och sjukvården.

6.3 Självbestämmanderätten och särbehandling av äldre

6.3.1 Svårigheten att avgöra om särbehandling tillåts

Det är rörande vissa element i självbestämmanderätten svårt att avgöra om dessa tillåter en särbehandling eller inte. Detta beror framför allt på den generellt utformade regleringen eller helt enkelt på att det saknas uttrycklig reglering. I flera fall går det varken att finna ett uttryckligt förbud mot eller ett uttryckligt tillstånd för särbehandling. I viss mån får svaren på om särbehandling tillåts eller inte sökas i om det verkar ske en särbehandling eller inte och om detta då är något som lagen och/eller förarbetena uppmuntrar till eller vill motverka. Detsamma gäller för regleringen kring paternalism. De äldrestereotyper som jag behandlar i avsnitt 3.4 underlättar detta sökande eftersom de i vissa fall visar på vad som bör eftersökas.

Det underlättar även att de olika elementen inom självbestämmanderätten är kopplade till varandra. Ett exempel på detta är att individens förståelse av informationen påverkar dennes beslutskompetent och beslutskompetensen påverkar förmågan att avge ett giltigt samtycke (se avsnitt 4). Det innebär att om en individs höga ålder påverkar exempelvis bedömningen av

beslutskompetens kommer åldern även, mer eller mindre direkt, påverka kravet på samtycket och så vidare.

6.3.2 Åldern påverkar nyttobedömningen

För att en individ ska få en behandling krävs att denna är till nytta för honom/henne. Vid bedömningen om en behandling är till nytta för patienter ingår bland annat att beakta patientens biologiska ålder men inte den kronologiska åldern (se vidare avsnitt 3.2). Frågan är emellertid om det faktum att den biologiska åldern får påverka inte också innebär att den kronologiska åldern indirekt påverkar. Äldre representerar som grupp de som lider av fler sjukdomar och är i behov av mest vård. Vidare befinner de sig närmare döden och anses vara både skröpligare och skörare än andra. Enligt min uppfattning innebär detta att den kronologiska åldern kommer att få betydelse för den biologiska genom att dessa till betydande del följer varandra. Äldre har naturligt sämre förutsättningar att uppnå en låg biologisk ålder jämfört med yngre. Den gamla individen kommer att ha en högre biologisk ålder på grund av faktorer som hör samman med åldrandet. I förarbetena benämns detta som ett hänsynstagande snarare än en uttrycklig särbehandling, men det ena hindrar i detta fall inte det andra. En individs ålder kommer alltså att få betydelse för nyttan.

Frågan är om det nya åldersdiskrimineringsförbudet i 2 kap. 13 § DiskL kommer ändra på detta förhållande. Jag ställer mig skeptisk till det. En anledning är att ålder definieras i DiskL som uppnådd levnadslängd (1 kap. 4 § 6 p.). I förhållande till kronologisk och biologisk ålder motsvarar detta snarast det förstnämnda som redan uttryckligen inte ska påverka nyttan även om jag menar att detta sker indirekt.

Om en individs ålder påverkar nyttan är relevant eftersom nyttobedömningen av en behandling påverkar flera delar av hälso- och sjukvården. Exempelvis påverkar nyttan av en behandling prioriteringar inom hälso- och sjukvården, tillämpligheten av det hypotetiska samtycket och vilken vård en individ erbjuds. Detta innebär att det får betydelse för äldre i förhållande till hälso- och sjukvården som helhet. Genom att nyttan påverkar vilken vård hälso- och sjukvårdspersonalen kommer att erbjuda individen påverkar den även självbestämmanderätten. En äldre individ kommer inte att erbjudas lika många alternativa behandlingar att bestämma över som han/hon vill ha eller inte.

6.3.3 Gränsen mellan beslutskompetensen och beslutsinkompetensen

Ett element inom självbestämmanderätten är att en patient ska vara beslutskompetent. För vuxna patienter är utgångspunkten att dessa har beslutskompetens över sig själv om det inte föreligger några omständigheter i det enskilda fallet som tala emot det (se vidare avsnitt 4.4.3). Detta gäller

även för äldre. Det finns ingen speciell reglering rörande beslutskompetens i hälso- och sjukvården om vi inte behandlar livsuppehållande behandling. Det framkommer inte heller ett förbud mot att särbehandla äldre i detta element. Vidare är de faktorer som ska vägas med i bedömningen av beslutskompetensen ganska allmänt formulerade och anpassningsbara till flera olika förhållanden. Detta gäller bland annat för avgörandet av vilken grad av beslutskompetens som krävs för olika beslut. Gränsen påverkar var gränsen mellan beslutskompetens och beslutsinkompetens gå i det enskilda fallet. Hur hög grad som krävs beror på faktorer som fysisk och psykisk hälsa, mognad, beslutets svårighetsgrad och konsekvensernas svårighetsgrad. Dessa faktorer kan verka vara ålderneutrala men frågan är om inte ålder kan få betydelse för dessa.

Kring äldre individer finns det vissa föreställningar att de har avtagande autonomi och svårt för att fatta beslut kring den vård som erbjuds dem. Bland annat anses äldres autonomi vara särskilt känslig för sjukhusmiljön. Vidare är äldres hälsostatus sämre än andras. Jag menar att detta skulle kunna tyda på att äldre i större utsträckning anses vara beslutsinkompetenta eftersom de faktorer som påverkar hur mycket kompetens som behövs för ett beslut genom dessa föreställningar borde anses vara att det krävs en hög grad kompetens. Frågan är om så verkligen är fallet.

Två faktorer som tillmäts betydelse för var gränsen mellan beslutskompetens och beslutsinkompetens går är beslutets svårighetsgrad och konsekvensernas svårighetsgrad. Att ha överblick över alla konsekvenserna påverkar också om patienten kan avge ett giltigt samtycke. Konsekvenserna kan betraktas från två håll, dels konsekvenserna av att få behandling, dels av att inte få densamma. Om vi börjar med att studera konsekvenserna av att få en viss behandling kan vi först konstatera att det har framkommit att det för äldre finns en större risk att det uppstår komplikationer. Äldre har därför kanske inte samma nytta av en behandling som yngre eftersom de negativa konsekvenserna kan vara fler och den återstående livslängden kortare. Detta gör att det verkar som att det i vissa fall kan vara mer negativt att ge en behandling till en äldre än en yngre individ.

Om vi istället ser till konsekvenserna med att inte ge en behandling utgår jag från den allvarliga konsekvensen döden. Rörande döden framkommer dock flera omständigheter som skulle kunna tyda på att denna inte betraktas som lika allvarlig i förhållande till äldre individer. En sådan omständighet är då att självmord bland äldre är mer socialt accepterat. För att ytterligare styrka bilden av att döden inte är en lika svår konsekvens i förhållande till äldre som till yngre kan vi ta ett fiktivt exempel. Om vi tänker oss en i övrigt frisk 75-åring man som nu ska besluta om han vill gå med på att amputera ena benet. Om det inte sker kommer patienten dö inom 2 år, men om han gör det blir han frisk och kan leva som andra. Medellivslängden för män i Sverige var år 2011 som framkommit 79,8 år. Detta betyder att om mannen beslutar att inte amputera benet kommer han dö vid en ålder av cirka 77 år vilket är 3 år under genomsnittet. Om han amputerar benet kommer han i genomsnitt

att leva cirka 5 år med amputerat ben. Vi ska nu jämföra detta med en 50-åring man i exakt samma position. I detta fall består dock valet i att om denne man inte amputerar benet dör han cirka 28 år innan genomsnittet. Jag menar att detta visar på att svårighetsgraden blir högre för den yngre patienten eftersom beslutet består i att leva i 2 eller 5 år respektive 2 eller 28 år. I slutändan blir det individens närhet till döden som får betydelse. Regleringen kring livsuppehållande behandling påverkar inte detta. Jag kan även påpeka att nyttan av en behandling aldrig kommer bli samma för den som är närmast döden. Jag vill dock framföra att jag inte är lika säker på att slutsatsen skulle bli densamma om konsekvensen är en annan exempelvis smärta. Eftersom självmordet/självmordsförsöket utgör en ram i arbetet kommer jag emellertid inte gå in närmare på detta.

Resultatet blir då att det rörande äldre är mindre negativt att inte ge en viss behandling samtidigt som det är mer negativt att ge en behandling jämfört med för yngre. Eftersom detta i sig påverkar var gränsen mellan beslutskompetens och beslutsinkompetens går får detta även betydelse för när individen är beslutskompetent. Det innebär att äldre individer i vissa situationer kommer att vara beslutskompetenta även om yngre i samma position inte kommer vara det på grund av olika konsekvenser av beslutet. Slutsatsen blir att bedömningen av en individs beslutskompetens får påverkas av dennas höga ålder. Detta sker då bland annat genom att ålder tillåts påverka var gränsen mellan beslutskompetensen och beslutsinkompetensen går.

6.3.4 Individ- och äldreanpassad information

I regleringen kring hälso- och sjukvårdspersonalens informationsskyldighet ingår även att dessa ska anpassa den efter varje individs förutsättningar så att han/hon på bästa sätt kan tillgodogöra sig denna (2 b § HSL och 6 kap. 6 § PSL) (se vidare avsnitt 4.4.2). Den som ger informationen har en skyldighet att se till att den är så omfattande att patienten kan utöva sin självbestämmanderätt. Detta innebär att hur informationen ges får påverkas av en individs ålder liksom flera andra faktorer som kan påverka patientens möjlighet att tillgodogöra sig denna. Som framkommit finns det en bild av att äldre kan ha svårt att tillgodogöra sig informationen vilket skulle kunna innebära att detta problem neutraliseras i förhållande till andra genom regleringen. Det innebär att regleringen ger en möjlighet att särbehandla äldre så att de kan uppnå samma ställning avseende informationen som andra. Om vi antar att förställningarna om att äldre har svårare att förstå informationen är sanna skulle avsaknaden av denna reglering annars innebära att äldre i större utsträckning fått svårare att utöva sin självbestämmanderätt. Patientens möjlighet att förstå och tillgodogöra sig informationen påverkar även dennes förmåga att avge ett giltigt samtycke.

Samtidigt som en föreställning om äldre är att de har svårt att tillgodogöra sig informationen är en annan att de också inte vill ha lika mycket information som andra eller vara lika delaktiga. Regleringen medger att om

en patient inte vill ha information utan enbart behandling ska denna vilja respekteras. Jag menar att lagstiftaren bör vara försiktig med att göra sådana generella uttalanden i förarbetena. Det finns nämligen en risk att dessa uppfattas som sanna för alla äldre individer och inte enbart vissa. Om en sådan generell bild av äldre sprids kan den försvaga äldre patienters ställning i förhållande till rätten om individuellt anpassad information. Oavsett om denna generella bild är spridd eller inte blir min slutsats att hälso- och sjukvårdspersonalens informationsskyldighet tillåter att äldre individer särbehandlas.

6.3.5 Åldern påverkar tillämpligheten av det hypotetiska samtycket

I Sverige saknas det i många fall reglering kring när hälso- och sjukvårdspersonalen kan ge vård utan samtycke. Den reglering som finns består bland annat av tvångslagstiftningen och nödrättsbestämmelsen (se vidare avsnitt 5). Även det hypotetiska samtycket får betydelse i dessa sammanhang. Det hypotetiska samtycket utgör inte ett lagstadgat undantag från 2 kap. 6 och 8 §§ RF. Det motsvarar därför en form av ett giltigt samtycke. I vilka situationer det hypotetiska samtycket är tillämpligt är oklart, men det får inte vara fråga om direkt tvång (se vidare avsnitt 4.5).

För att undersöka om åldern tillåts påverka det hypotetiska samtycket blir frågan närmast att studera om dess tillämplighet tillåts påverkas av denna faktor. För att det hypotetiska samtycket ska bli tillämpligt ska det ske en intresseavvägning mellan nyttan för patienten att få behandlingen och den grad av kränkning av patientens självbestämmanderätt det innebär att ge densamma. I nyttobedömningen ingår att väga med faktorer som hur ingripande behandlingen är, hur nödvändig den är och vilka risker som finns med behandlingen. Som jag redan har kommit fram till i avsnitt 6.3.2 kan en individs höga ålder påverka vilken nytta han/hon kan få av en viss behandling. Det innebär vid bedömningen om det hypotetiska samtycket är tillämpligt att vågskålen med nyttan kommer att väga lättare än för yngre.

Utöver att intresseavvägningen mellan nyttan och självbestämmanderätten påverkar tillämpligheten av det hypotetiska samtycket påverkas det även av om en patient är beslutskompetent eller inte. Detta sker genom att det hypotetiska samtycket inte kan användas som en grund att påtvinga en beslutskompetent patient vård. Som jag kommit fram till i avsnitt 6.3.3 kan en individs höga ålder påverka var gränsen mellan beslutskompetens och beslutsinkompetens går. Äldre kommer ha beslutskompetens i vissa fall där yngre inte har det. På så vis kommer en individs höga ålder även indirekt påverka tillämpligheten av det hypotetiska samtycket.

Min slutsats blir att en individs höga ålder påverkar tillämpligheten av det hypotetiska samtycket. Detta påverkar självbestämmanderätten genom att de fall där en äldre patient kan beredas vård med grund i det hypotetiska samtycket begränsas. För äldre kommer det i vissa fall krävas en uttrycklig

vilja för att få ge vård inte enbart en antagen sådan. Jag menar att det leder till att äldres möjligheter att få vård begränsas.

6.4 Paternalism och särbehandling av äldre

6.4.1 Alderns påverkan på förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård

Paternalism innebär att någon annan bestämmer åt individen. Användning av paternalism betraktas ofta som mer försvarligt om den riktar sig mot utgör en individ som har nedsatt autonomi. Insatserna syftar då till att höja individens autonomi så att denna i framtiden kan bestämma över sig själv. Förarbetena behandlar ofta äldre som en grupp med känslig autonomi. Exempelvis menar de att sjukhusmiljön kan påverka äldres autonomi. Frågan är då om paternalism inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen är mer tillämplig på äldre. För att undersöka detta ska jag nu börja med att studera om en individs höga ålder påverkar förutsättningarna för att LPT ska bli tillämplig.

Vi kan börja med att konstatera att LPT inte innehåller någon övre åldersgräns och således är tillämplig även avseende äldre individer. Syftet med att ge vård enligt denna lag består i att förmå patienten till att ta emot vård på frivillig väg (2 § 2 st. LPT). Jag menar att i detta syfte kan tolkas in ett outtalat syfte med lagen att hjälpa en individ att höja sin autonomi så att denna själv kan tillvarata sina intressen och utöva sin självbestämmanderätt på ett korrekt sätt. Om denna tolkning är korrekt förutsätter det att lagen i varje fall indirekt utgår från att personen som kan bli aktuell för vård är beslutsinkompetent. Jag menar att mycket talar för att så är fallet eftersom lagen uppställer ett krav på att en individ ska lida av en allvarlig psykisk störning för att komma på fråga för denna typ av vård. En omständighet som ofta nämns som exempel på en faktor som påverkar autonomi i sänkande riktning är psykisk störning, utan något krav på att denna ska vara allvarlig. Om beslutsinkompetens är ett outtalat krav för vård innebär det att det som framkommit under avsnitt 6.3.3 om hur en individs höga ålder påverkar beslutskompetensen även påverkar tillämpligheten av LPT.

Som redan har framgått kan även det oprecisa i begreppet allvarlig psykisk störning innebära vissa problem rörande vilka grupper som ska ingå under begreppet. Ålderdomen innebär en ökad risk att drabbas av psykisk ohälsa, men det är snarare ohälsan än risken som kopplas samman med att vara äldre. Jag menar att denna föreställning påverkar synen på om syftet med att ge vård kan uppnås. Om utgångspunkten är att en individ har kroniskt nedsatt autonomi kommer syftet att höja autonomin bli svårt om inte omöjligt att uppnå. Jag menar att det faktum att äldres psykiska ohälsa betraktas som en del av åldrandet innebär att den också kan betraktas som en inte botbar och kronisk omständighet. Vidare kommer äldres psykiska

ohälsa ofta i skymundan av deras somatiska sjukdomar. Det innebär att deras psykiska sjukdomar inte kommer att få samma uppmärksamhet, vilket också försvårar möjligheten att upptäcka en allvarlig psykisk störning hos individen. Sammanfattningsvis menar jag att det faktum att psykisk ohälsa bland äldre ofta betraktas som en del av åldrandet innebär dels att det inte läggs vård på att bota denna, dels att svaret på varför en äldre är sjuk och mår dåligt i första hand inte kopplas samman med den psykiska hälsan utan den fysiska.

Jag kan även påpeka att eftersom psykiatrisk tvångsvård är en form av hälso- och sjukvård gäller den generella lagstiftningen även för denna vårdtyp (1 § 1 st. LPT). Det innebär bland annat att kravet på att patienten ska ha nytta av behandlingen gäller även avseende psykiatrisk tvångsvård. Som jag redan har kommit fram till påverkar en individs höga ålder nyttobedömningen (se vidare avsnitt 6.3.2). Avseende LPT kan dock också diskuteras om inte det faktum att äldres psykiska ohälsa anses vara en del av åldrandet påverkar vilken nytta äldre menas ha av att få behandling för den.

Jag menar att det finns en del omständigheter som tyder på att LPT inte tillämpas i samma utsträckning på äldre individer. Det kan vara svårt att svara på varför så är fallet. Om vi betraktar de föreställningar om äldre som framkommer i förarbetena (se avsnitt 3.4) anser jag emellertid att dessa snarast skapar en bild av att äldres autonomi är nedsatt av andra anledningar än psykisk ohälsa. Det skulle då kunna förklara varför vård enligt LPT inte används som ett sätt att höja dessas autonomi. Förarbetenas uttalande att LPT inte är lämplig att tillämpa på äldre eftersom det skulle innebära att den äldre blir orolig och otrygg kan också visa på att det finns andra omständigheter som får större betydelse vid avgörandet om tvångsvården är värd det den offrar. Att äldre får leva med psykisk ohälsa verkar vara ett pris som anses värt att betala för att de ska slippa oro och otrygghet. Frågan är dock om en yngre individ som inte heller vill ha vård inte kan känna lika hög oro av att låsas in på en vårdinrättning. Det verkar dock finnas en bild av att det är extra viktigt att undvika oro bland äldre.

Ytterligare ett krav för att en patient ska beredas psykiatrisk tvångsvård är att vårdbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (3 § 1 st. 1 p. LPT). I Sverige finns det ett speciellt välfärdssystem som riktar sig mot äldre nämligen äldreomsorgen. I vissa fall kanske denna omsorg är tillräcklig för att tillgodose den äldres vårdbehov. I så fall påverkar det tillämpligheten av LPT. Jag har inte undersökt om så är fallet, men det kan ändå vara bra att ha i åtanke.

Min slutsats blir att LPT rent formellt är lika tillämplig på äldre som på yngre. Dock kan förutsättningarna som ska vara uppfyllda för att denna typ av vård ska beredas en individ påverkas av om patienten är gammal. En del av denna påverkan verkar baseras på de föreställningar som finns om äldre. Särbehandlingen av äldre baseras alltså på att förutsättningarna kan anpassas efter den enskilda situationen.

6.4.2 Ålderns påverkan på förutsättningar för tvångsvård av missbrukare

Syftet att ge vård enligt LVM är samma som i LPT nämligen att förmå personen att ta emot vård frivilligt (3 § LVM). Även här menar jag att det innebär att det finns ett uttalat syfte att höja individens autonomi. Dock är det inte lika säkert att detta beror på beslutsinkompetens eller liknande, utan här är det lika troligt att detta kan bero på att individen på grund av sitt missbruk inte kan tillgodose sina egna intressen. Det går då inte att dra några slutsatser kring om en individs höga ålder påverkar om syftet går att uppnå.

Det finns ingen övre åldersgräns för tillämpningen av LVM men dess förarbeten uttalar att lagen är mer inriktad mot att ingripa kring yngre missbrukare. Detta gäller då speciellt för den sociala indikationen (4 § 1 st. 3 p. b) mom. LVM). Denna indikation kan tillämpas på äldre missbrukare men mer restriktiv. Den sociala indikationen ska rädda möjligheten till jobb, utbildning och bostad. Avseende de två förstnämnda har dessa inte samma relevans för individer på 65 år eller äldre eftersom de har uppnått den ålder då de så att säga är befriade från dessa och inträder i folkpensionssystemet.

Förarbetena behandlar att risken för förtidig död eller ohälsa ska vara kraftigt förhöjd för att ett ingripande enligt LVM ska ske. Äldre är emellertid skröpligare, sjukare och närmare döden redan utan något missbruk att hänvisa till. Jag menar att synen på hur mycket risken är förhöjd på grund av missbruket kommer påverkas av en individs ålder. Att risken är förhöjd på grund av hög ålder kan inte föranleda tvångsvård. Om åldern får påverka skulle det innebära att det krävs en mycket mer överhängande fara för att risken ska betraktas som kraftigt förhöjd hos en äldre individ. Samtidigt kan en så överhängande fara innebära att det inte finns någonting kvar att rädda genom att vårda missbrukaren. Denna cirkelpåverkan skulle om den är sann innebära att lagen inte är speciellt anpassad till äldre och inte heller är speciellt lämplig i förhållande till denna grupp.

Generalindikationen innebär att det ska vara fråga om ett fortgående missbruk. Äldre riskkonsumerar inte alkohol i samma utsträckning som yngre. Vid bedömningen om det föreligger en riskkonsumtion eller inte ingår emellertid inte att väga med att äldre är känsligare för samma mängd alkohol. Det innebär att äldre rent faktiskt måste utsätta sig för större påverkan för att riskkonsumera än yngre. Jag menar att detta tyder på att generalindikationen inte är anpassad efter äldres speciella förutsättningar.

Sammanfattningsvis menar jag att LVM mer uttalat än LPT inte i samma utsträckning ska tillämpas på äldre som på yngre. Detta kan då också förklara varför vissa delar i lagen förefaller vara mindre anpassade och lämpliga i förhållande till äldre. Det nu sagda innebär inte att lagen inte är tillämplig på äldre över huvud tagen, men tillämpligheten är begränsad. Min slutsats blir alltså att äldre tillåts särbehandlas.

6.4.3 Nödrättsbestämmelsens tillämplighet på äldre individer

Nödrättsbestämmelsen (24 kap. 4 § BrB) innehåller två förutsättningar nämligen att det ska vara fråga om en nödsituation och att handlingen inte ska vara oförsvarlig. Inom hälso- och sjukvården utgör alltid nödsituationen ett hot mot liv och hälsa. Bedömningen av om situationen uppfyller kraven för en nödsituation påverkas inte av patientens ålder. För att undersöka om tillämpligheten av nödrättsbestämmelsen påverkas av en individs ålder får vi alltså studera oförsvarlighetsbedömningen. I bedömningen ingår att avgöra hur överhängande faran är, åtgärdens nödvändighet, ingreppets omfattning, risken för komplikationer och även övriga omständigheter. Sammanvägningen av dessa ska sedan vägas mot graden av kränkning av patientens självbestämmanderätt handlingen innebär (se vidare avsnitt 5.5). I oförsvarlighetsbedömningen får faktorer som patientens allmäntillstånd ingå. Bland annat en individs ålder påverkar detta allmäntillstånd. Vidare påverkar även hög ålder risken för komplikationer. Jag menar att detta sammanvägt innebär att en individs höga ålder tillåts påverka oförsvarlighetsbedömningen och därigenom tillämpligheten av nödrättsbestämmelsen.

6.4.4 Innebörden för självbestämmanderätten

Jag kan börja med att konstatera att varken LPT, LVM eller nödrättsbestämmelsen (24 kap. 4 § BrB) innehåller något förbud eller någon uppmaning mot att särbehandla äldre. Däremot innehåller alla tre förutsättningar som en individs ålder kan få påverka. Detta beror på att regleringarna innehåller en del oprecisa element som måste anpassas efter den enskilda situationen så som kraven på allvarlig psykisk störning och fortgående missbruk. I denna anpassning ingår att en individs ålder kan tillmätas betydelse. I de flesta fall påverkar åldern då genom att den bidrar till att förutsättningen inte blir uppfylld. Vidare finns det vissa uttalanden i förarbetena till LPT som ytterligare bidrar till att denna inte har samma tillämplighet mot äldre. Detsamma gäller för LVM med den skillnaden att det mer direkt framgår att lagen inte i samma utsträckning riktar sig mot äldre missbrukare som mot yngre. Tillämpligheten av nödrättsbestämmelsen påverkas mer av faktorer som påverkar all hälso- och sjukvård så som risker för komplikationer, åtgärdens nödvändighet och patientens allmäntillstånd. Individens ålder påverkar dessa faktorer. Detta faktum påverkar utöver tillämpligheten av nödrättsbestämmelsen även vilka behandlingar individen kommer att erbjudas.

För självbestämmanderätten innebär detta att mängden fall där någon annan bestämmer åt individen blir begränsade för äldre. Äldre verkar alltså behålla sin självbestämmanderätt i större utsträckning även om de är psykiskt sjuka eller missbrukare. Även i nödsituationen tar någon annan över ansvaret i begränsade fall. Att äldre får ha kvar sin självbestämmanderätt behöver inte vara någonting positivt. Det finns en anledning till att andra inte betraktas

kunna utöva sin självbestämmanderätt när de är psykiskt sjuka eller missbrukare. En föreställning om äldre är också att de även utan dessa speciella omständigheter har svårt att utöva sin självbestämmanderätt. Jag menar att det nu sagda kan tyda på att äldre i vissa fall kommer få extra svårt att uppfylla kravet att de ska uttrycka en bestämd viljeyttring som självbestämmanderätten uppställer.

Utöver det nu sagda kan också jag kommentera denna särbehandling i förhållande till det nya åldersdiskrimineringsförbudet (2 kap. 13 § DiskL). Jag ska inte gå in närmare på detta men tycker det kan vara på sin plats att påpeka att det nya förbudet antagligen inte kommer innebära någon stor förändring på det paternalistiska området. Detta menar jag bland annat beror på att dessa lagar förutsätter att patienten så att säga inte vill ta emot vård. Samtidigt bygger diskrimineringsskyddet på att individen själv i viss mån agerar (jämför 6 kap. 1 § 2 st. DiskL och 13 kap. 4 § rättegångsbalk (1942:740)). Att någon upplever sig missgynnad eftersom denna inte får vård som denna inte vill ta emot kan verka något osannolikt.

6.5 Förenligheten av hög ålder och självmordsförsök

6.5.1 Ålder och självmordsförsök drar i olika riktning

Den sista frågan som jag ska analysera är om det faktum att hög ålder tillåts påverka vissa element inom självbestämmanderätten orsakar avvägningsproblem i förhållande till självmord och självmordsförsök. För att kunna undersöka detta ska jag börja med en kort genomgång om vad som framkommer i arbetet rörande självmordets påverkan på rätten.

Det första som framkommer är att självmordsförsöket i princip som ensam faktor i flera sammanhang kommer att innebära att presumtionen kring att en vuxen patient innehar beslutskompetens över sig själv bryts. Rörande självmordsförsök verkar till och med presumtionen snarast bli den omvända det vill säga att utgångspunkten är att individen inte är beslutskompetent om det inte finns omständigheter som talar emot det. Denna utgångspunkt leder då till att, avseende självmordsförsök, vård näst inpå alltid kommer att sättas in oavsett patientens vilja. Rörande så kallad livsuppehållande behandling finns det en specialreglering i SOSFS 2011:7 (M) som jag menar innebär att patienten ska ha högre grad av beslutskompetens för att få besluta att avbryta/inte påbörja denna typ av behandling. Utgångspunkten kring självmordsförsök kommer alltså att vara att individen inte kan utöva sin självbestämmanderätt.

Ett suicidförsök påverkar även tillämpligheten av paternalism inom hälso- och sjukvården. I LVM finns det en indikation som uttryckligen syftar till att ge möjligheter att ingripa vid risk för självmord nämligen

skadeindikationen (4 § 1 st. 3 p. c) mom. LVM). Avseende LPT ingår förebyggande av självmord inte som en uttrycklig del av lagen men kan få betydelse bland annat för om en allvarlig psykisk störning föreligger. Även nödrättsregleringen blir tillämplig vid ett självmordsförsök eftersom det då är fråga om att rädda liv och hälsa och självbestämmanderätten som nämns inte väger så tungt i dessa sammanhang.

Som jag tidigare har kommit fram till verkar det faktum att det handlar om en äldre individ innebära att det inte ställs upp krav på lika hög grad av beslutskompetens. Detta innebär att äldre i vissa situationer kommer att vara beslutskompetenta även om en yngre individ inte skulle vara det. Att beslutskompetensen påverkas kommer som nämns även innebära att andra element inom självbestämmanderätten påverkas liksom självbestämmanderätten som helhet. Ålderns påverkan skiljer sig som vi nu kan konstatera från den påverkan självmordsförsöket innebär. Det kan alltså ses en avvägningskonflikt mellan ålderns och självmordsförsökets påverkan. Denna konflikt består i att de två instrumenten drar i olika riktning. Det gör att det kan vara svårt att förena dessa.

Vad denna avvägningskonflikt innebär är svårare att svara på. Som nämnt verkar självmord bland äldre vara mer accepterat än självmord bland yngre. Om detta beror på att de anses mer förmögna att fatta beslutet att de vill dö eller om det beror på att de redan från början befinner sig närmare döden och således inte ger upp lika många år av liv kan jag inte svara på. Jag menar dock att den annorlunda synen på självmord bland äldre kan leda till att vid avvägningskonflikten får självmordsförsökets påverkan ge vika för ålderns. Om det är sant skulle det kunna förklara varför äldre utför flest fullbordade självmord.

Jag anser att självmordets ”normalitet” inte ska avgöras av vem som genomför det. Om det ska ske en normalisering över huvud taget ska det ske med grund i varför individen vidtar denna handling. Eftersom äldre i regel utför självmord av samma anledningar som andra, det vill säga psykisk sjukdom och missbruk, bör inte deras självmord betraktas som mindre sorgliga och värda att bekämpa. Jag kan ställa mig bakom idén att äldre inte alltid har samma nytta av en behandling och därför inte erbjuds den, men jag kan inte ställa mig bakom att äldre inte erbjuds en behandling för att deras psykiska ohälsa skulle vara mer en del av åldrandet än andras. Om regeringen ska uppnå sin nollvision om självmord kan det också krävas att speciella instanser, eller snarare samma insatser, sätts in för att bekämpa självmord bland äldre.

Oavsett vad det beror på eller hur det ska lösas kan det konstateras att det finns en avvägningskonflikt mellan hur ett självmordsförsök och hur en individs höga ålder påverkar självbestämmanderätten.

6.5.2 Särbehandling på grund av ålderism eller på grund av uppmaning

Jag har nu konstaterat att särbehandling av äldre är tillåtet och att det även viss mån verkar ske. Detsamma gäller avseende självmordsbenägna. I vissa fall kan en särbehandling bero på att det finns en uppmaning till det, i andra är det snarare avsaknaden av förbud som innebär att detta är tillåtet. Det kan vara värt att fundera över vad som egentligen är själva orsaken till den särbehandling som verkar finnas avseende äldre och självmordbenägna.

Om vi börjar med att se till gruppen äldre. I ingen av lagregleringarna jag studerat finns det en uttrycklig reglering som säger att äldre ska särbehandlas. Vid en snabbstudie av regleringen inom hälso- och sjukvårdens område kan det istället verka som att alla ska behandlas lika. Om vi exempelvis ser till nyttobedömningen av en behandling. Förarbetarna uttalar att den kronologiska åldern inte ska ha betydelse för denna vilket kan ge ett intryck av åldersneutralitet. Vid en närmare studie kan jag dock konstatera att hög ålder får betydelse för bedömningen (se vidare avsnitt 6.3.2). Även bedömningen av beslutskompetensen kan vid en första anblick verka åldersneutral, men även här kan en individs höga ålder få betydelse (se avsnitt 6.3.3). Om vi vidare ser till LPT eller för den del LVM innehåller inte heller dessa en direkt uppmaning till särbehandling av äldre. Vid studie av förarbetena framkommer dock att lagarna inte i första taget ska användas mot gruppen och att de inte alltid är lämpliga att använda på gruppen.

Om vi istället studerar gruppen självmordsbenägna finns det en uppmaning att särbehandla dessa. Denna uppmaning framgår exempelvis rörande beslutskompetensbedömningen och att en speciell indikation i LVM riktar sig mot gruppen (4 § 1 st. 3 p. c) mom. LVM). Som framkommit har även hälso- och sjukvård tilldelats ett ansvar att bekämpa självmord. Om ett självmord utförs en kort tid efter kontakt med vården ska detta också granskas för att se om det skett något fel (4 kap. 2 § SOSFS 2005:28 (M)).

Det verkar alltså som att särbehandlingen av självmordsbenägna grundar sig i att det finns en uppmaning till detta medan särbehandlingen av äldre beror på att det inte finns ett förbud mot det. Att det finns en uppmuntran att särbehandla suicidala kanske inte är så uppseendeväckande. Som framkommit finns det en syn i samhället på fenomenet att det ska bekämpas och regeringen har också uppställt en nollvision. För att kunna uppnå detta krävs en särbehandling. Varför äldre får särbehandlas är dock något mer oklart. Denna särbehandling grundar sig inte på en uppmuntran utan på en avsaknad av förbud. Det finns emellertid flera grupper som det finns avsaknad av förbud mot särbehandling kring och frågan är då varför just äldre särbehandlas bara för att det inte finns ett förbud mot detta. Kanske kan svaret finnas i ålderismen, kanske inte.

I Sverige har ett förbud mot åldersdiskriminering inom hälso- och sjukvården helt nyligen trätt i kraft. Detta skulle kunna tyda på att den svenska staten vill bekämpa i alla fall den negativa särbehandlingen som

sker av äldre enbart på grund av avsaknad av förbud. Att det nya förbudet införs i en lag som innebär ett eget ansvar att utkräva sin rätt kan dock leda till problem eftersom äldre kan anses utgöra en svag grupp. Frågan är då om detta förbud kommer leda till särbehandlingen av äldre upphör. Svaret på den frågan får framtiden utvisa.

7 Slutsats

7.1 Inledande avsnitt

Jag ska nu svara på uppsatsens frågeställningar. Avsnittet är indelat i fyra delar som motsvarar varsin frågeställning. Den första delen avser att svara på frågan om det framkommer några äldre stereotyper i förarbetena och i så fall vilka dessa är (avsnitt 7.2). På detta följer den del som utgår från den andra frågeställningen om regleringen kring självbestämmanderätten tillåter särbehandling av äldre (avsnitt 7.3). Härfter kommer min slutsats kring den tredje frågan om regleringen kring tillämpligheten av paternalism inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen tillåter särbehandling av äldre (avsnitt 7.4). Den sista delen avser att svara på den fjärde och sista frågeställningen om det kan ses en avvägningskonflikt mellan hög ålders påverkan på självbestämmanderätten och självmordets påverkan på densamma (avsnitt 7.5).

7.2 Äldrestereotyper inom hälso- och sjukvårdens område

Det framkommer vissa äldre stereotyper i förarbetena till hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Dessa tar i stor utsträckning sin utgångspunkt i att äldre betraktas som en svag grupp. Föreställningarna består i att äldre anses ha svårt att tillgodogöra sig information och vara delaktiga i vården. Vidare säger förarbetena att äldre är sköra och känsliga för förändring. Det är viktigt att de känner trygghet och inte utsätts för oro. Detta resulterar i en bild av att äldre har svårare än andra att utöva sin självbestämmanderätt.

Äldre behandlas i flera förarbeten som en grupp skild från andra vuxna. Dock framgår att äldre kan anses ha svårt att uppnå samma ställning så att de kan utnyttja sina rättigheter som andra. Vidare menar förarbetena att de inte heller vilja utöva sin rätt till självbestämmande i samma utsträckning genom att de inte vill ha lika mycket information eller vara lika delaktiga i vården.

7.3 Självbestämmanderätten tillåter särbehandling av äldre

Inom hälso- och sjukvården finns det ingen särreglering kring äldre utan dessa faller under den generella lagstiftningen. Självbestämmanderätten framgår inte av en enskild bestämmelse utan är uppbyggd av flera element. Kring dessa element finns uttrycklig reglering i vissa fall men saknas i andra. För att undersöka om självbestämmanderätten tillåter en

särbehandling av äldre blir det relevant att undersöka om de olika elementen tillåter detta.

Inom hälso- och sjukvården finns det vissa faktorer som tillmäts betydelse inte enbart för självbestämmanderätten utan även för exempelvis om hälso- och sjukvårdspersonalen ska erbjuda en patient en viss behandling. En sådan faktor är kravet på att behandlingen ska vara till nytta för patienten. Nyttobedömningen påverkar självbestämmanderätten då den bland annat påverkar vilka behandlingar patienten får bestämma om han/hon vill ta emot och tillämpligheten av det hypotetiska samtycket. Nyttobedömningen får påverkas av en individs biologiska ålder som motsvara ett status av patientens kropp. Den biologiska åldern påverkas i sin tur av individens kronologiska ålder som utgår från det år en individ är född.

En annan faktor som får betydelse för flera delar av självbestämmanderätten är beslutskompetensen eller mer precist gränsen mellan beslutskompetens och beslutsinkompetens. Att en individ är beslutskompetent är en förutsättning för att han/hon ska kunna utöva sin självbestämmanderätt. Vid bedömningen om en individ är beslutskompetent eller inte ingår att avväga om patienten kan ta övervägda ställningstaganden, tillgodogöra sig information, se konsekvenserna av sitt handlande, svårighetsgraden av konsekvenserna, svårighetsgraden av beslutet och så vidare. Bland annat faktorerna beslutets svårighetsgrad och konsekvensernas svårighetsgrad tillåter en påverkan av att det handlar om en äldre individ. Denna påverkan resulterar i att äldre i vissa fall kommer att vara beslutskompetenta även om yngre i samma situation inte är det eftersom konsekvenserna av beslut kan vara olika. Om en patient är beslutskompetent eller inte påverkar individens förmåga att avge ett giltigt samtycke.

En annan omständighet som påverkar om patienten kan avge ett giltigt samtycke är hälso- och sjukvårdspersonalens informationsskyldighet (2 b § HSL och 6 kap. 6 § PSL). Rörande denna skyldighet står det uttryckligen i regleringen att informationen ska vara individuellt anpassad till den individ som ska ta emot den. Detta innebär att regleringen tillåter en påverkan av individens ålder liksom flera andra faktorer som kan påverka förmågan att tillgodogöra sig informationen. Äldres svårigheter att förstå denna kan neutraliseras genom denna bestämmelse. Sammanfattningsvis innebär det nu sagda att regleringen kring självbestämmanderätten tillåter särbehandling av äldre.

7.4 Ålderns påverkan på tillämpligheten av paternalism

En grupp som ofta anses ha nedsatt autonomi är äldre. Det finns dock ingen speciell lagstiftning kring paternalism avseende denna grupp utan för att se om tvångsvård är mer acceptabelt rörande äldre får vi studera annan

tillämplig sådan lagstiftning exempelvis LPT, LVM och nödrättsbestämmelsen (24 kap. 4 § BrB).

Varken LPT, LVM eller nödrättsbestämmelsen innehåller en övre åldersgräns för sin tillämplighet. Avseende LPT och LVM verkar dock dessa inte i någon stor utsträckning rikta sig mot äldre individer. Rörande LPT har förarbeten uttalat att denna inte är lämplig att tillämpa mot äldre då det kan skapa oro och otrygghet hos individen. I förarbetena till LVM framkommer att denna lag framför allt syftar till att fånga upp yngre missbrukare. Avseende förutsättningarna för LPT och LVM får dessa även påverkas av en individs ålder. Detta beror på att de kan anpassas efter omständigheter i det enskilda fallet. Detta gäller exempelvis om det är fråga om en allvarlig psykisk störning och om det föreligger ett fortgående missbruk. I bedömningen av tillämpligheten av nödrättsbestämmelsen ingår att beakta hur nödvändig åtgärden är, ingreppets omfattning och risken för komplikationer med mera. Patientens allmäntillstånd får också påverka. Flera av de nu uppräknade omständigheterna påverkas av en individs ålder. Både särbehandlingen av äldre rörande LPT, LVM och nödrättsbestämmelsen innebär att paternalistiska insatser blir mindre tillämpliga på äldre.

Sammanfattningsvis kan konstateras att LPT, LVM och nödrättsbestämmelsen tillåter särbehandling av äldre. Detta påverkar självbestämmanderätten på så vis att de situationer där patienten fråntas rätt att bestämma över sig själv blir begränsade när det gäller äldre. Äldre behåller alltså ansvaret över sig själv i större utsträckning även om han/hon är psykiskt sjuk eller missbrukare. Även vid en nödsituation kommer den äldre individen inte i samma utsträckning utsättas för paternalism.

7.5 Avvägningskonflikten mellan hög ålder och självmord

Närmast efter ett självmordsförsök är enbart i undantagsfall patienten beslutskompetent. Vidare kan ett självmordsförsök innebära att paternalism inom hälso- och sjukvårdslagarna blir tillämplig. I LVM återfinns en specialindikation som inriktar sig på att förebygga självmord nämligen skadeindikationen (4 § 1 st. 3 p. c) mom.). I LPT kan risken för självmord tillmätas betydelse vid bedömningen av om en psykisk störning är allvarlig eller inte (3 § 1 st.) och om vårdbehovet är oundgängligt (3 § 1 st. 1 p.). Nödrättsbestämmelsens tillämplighet begränsas inte av att individen själv har framkallat faran. För att den ska bli tillämplig ska intresset att rädda liv och hälsa vägas mot graden av kränkning av patientens självbestämmanderätt. Vid ett självmordsförsök väger inte det sistnämnda lika tungt.

Eftersom det faktum att det handlar om en äldre individ snarast innebär motsatsen i förhållande till självmordets påverkan, det vill säga att äldre

anses i större utsträckning vara beslutskompetenta och i mindre utsträckning ska bli föremål för tvångsvård, innebär detta att det finns en avvägningskonflikt mellan de två instrumentens påverkan på självbestämmanderätten. Detta innebär att det i detta sammanhang finns vissa svårigheter att förena de två faktorerna hög ålder och självmordsbenägenhet eftersom de drar i olika riktning. Hur påverkan av en individs höga ålder och påverkan av ett suicidförsök ska förenas i ett enskilt fall är oklart.

Käll- och litteraturförteckning

Litteratur

Andersson, Lars (red.) (2002). *Socialgerontologi*, Studentlitteratur, Lund.

Andersson, Lars (2008). *Ålderism*, Studentlitteratur, Lund.

Arlebrink, Jan (red.) (1999). *Döden och döendet – Etiska, existentiella och psykologiska aspekter*, Studentlitteratur, Lund.

Asp, Petter, Ulväng, Magnus & Jareborg, Nils (2010). *Kriminalrättens grunder - Svensk straffrätt*, Iustus förlag, Uppsala.

Bernitz, Ulf, Heuman, Lars, Leijonhufvud, Madeleine, Seipel, Peter, Warnling-Nerep, Wiweka & Vogel, Hans-Heinrich (2012). *Finna rätt – Juristens källmaterial och arbetsmetoder*, Uppl. 12, Norstedts Juridik, Stockholm.

Fröberg, Ulf H (1991). *Psykiatrisk tvångsvård – Den nya lagen om psykiatrisk tvångsvård – Författartext med kommentarer*, Institutet för medicinsk rätt, Lidingö.

Gustafsson, Ewa (2001). *Missbrukare i rättsstaten – En rättsvetenskaplig studie om lagstiftningen rörande tvångsvård av vuxna missbrukare*, Norstedts Juridik, Stockholm.

Jamison, Kay Redfield (2005). *Mörkret faller snabbt – Till självmordets förståelse*, Studentlitteratur, Lund.

Johnsson, Eva (2002). *Självmordsförsök bland narkotikamissbrukare*, Socialhögskolan vid Lunds universitet, Lund.

Kiemo, Karatu (2004). *Towards a socio-economic and demographic theory of elderly suicide – a comparison of 49 countries at various stages of development*, Department of Sociology, Uppsala universitet, Uppsala.

Lehrberg, Bert (2010). *Praktisk juridisk metod*, Uppl. 6, I.B.A. Institutet för bank- och affärsjuridik, Uppsala.

Minois, Georges (1999). *History of suicide – Voluntary death in western culture*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Nergelius, Joakim (2010). *Svensk statsrätt*, Uppl. 2, Studentlitteratur, Lund.

Odén, Birgitta, Persson, Bodil E.B. & Werner, Yvonne Maria (1998). *Den frivilliga döden – Samhällets hantering av självmord i historiskt perspektiv*, Bokförlaget Cura, Stockholm.

Qvarsell, Roger (1996). *Vårdens idéhistoria*, Uppl. 2, Carlsson, Stockholm.

- Rynning, Elisabeth (1994). *Samtycke till medicinsk vård och behandling – En rättsvetenskaplig studie*, Iustus förlag, Uppsala.
- Rönberg, Lena (2011). *Hälso- och sjukvårdsrätt*, Uppl. 3, Studentlitteratur, Lund.
- Snellman, Fredrik (2009). *”Gammfolket” – Om livserfarenheter och vardagens ålderism*, Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet, Umeå.
- Staaf, Annika & Zanderin, Lars (red.) (2011). *Mänskliga rättigheter i svensk belysning*, Uppl. 2, Liber, Malmö.
- Sverne Arvill, Ebba & Johnsson, Lars- Åke (2012). *Patientens rätt*, Uppl. 5, Norstedts Juridik, Stockholm.
- Westerhäll, Lotta (1990a). *Den svenska socialrätten*, Norstedts Förlag, Stockholm.
- Westerhäll, Lotta (1990b). *Socialrätt – Introduktion till några förvaltningsrättsliga områden*, Iustus förlag, Uppsala.
- Westerhäll, Lotta (1994). *Medical Law – An introduction*, Norstedts juridik, Stockholm.
- Westerhäll, Lotta & Phillips, Charles (red.) (1994). *Patient´s rights – informed consent, access and equality*, Nerenius and Santéus Publishers, Stockholm.

Artiklar

- Albertson Fineman, Martha (2012). ””Elderly” as vulnerable: rethinking the nature of individual and societal responsibility”, *The elder law journal*, nr 20, s. 101-142.
- Nordin, Henrik (2009). ”Själv mord är vanligast bland äldre män”, *Välfärd*, utgivare Statistiska Centralbyrån, nr 4, s. 8-9.
- ”Psykiater dömd för vållande till annans död efter patients självmord”, (2005), Ahlgren, Tom (Red.), *Läkartidningen*, nr 12, s. 966-967.
- Rynning, Elisabeth (1990/91). ”Patientens samtycke – rättsligt relevant eller bara medicinsk-etiskt”, *Juridisk tidskrift vid Stockholms universitet*, nr 2, s. 630-644.
- Sahlin, Jan (1990). ”Om nödrätt i hälso- och sjukvården. Några anteckningar om juridiken på ett etiskt område”, *Svensk Juristtidning*, nr 9, s. 597-622.
- Sandgren, Claes (1995/96). ”Om empiri och rättsvetenskap. Del I”, *Juridisk tidskrift vis Stockholms universitet*, nr 3, s. 726-748.

Vahlne Westerhäll, Lotta (2011). ”Psykiatrisk tvångsvård kontra nollvision om suicid”, Läkartidningen, nr 22, s. 1257-1258.

Wærn, Margda (2011). ”Risk factors for suicide in the elderly: What do we know? What do we need to find out?”, Suicidologi, Årgång 16, nr 2, s. 3-8.

Offentligt tryck

Kommittédirektiv

- Dir. 2011:25 Stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning
- Dir. 2012:72 Beslutsförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst
- Dir. 2012:113 Tilläggsdirektiv till Utredningen om stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning (S 2011:03)

Propositioner

- Prop. 1975/76:209 Om ändring i regeringsformen
- Prop. 1978/79:220 Om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.
- Prop. 1981/82:8 Om lag om vård av missbrukare i vissa fall, m.m.
- Prop. 1981/82:97 Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.
- Prop. 1984/85:181 Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m.
- Prop. 1987/88:147 Om tvångsvård av vuxna missbrukare, m.m.
- Prop. 1990/91:58 Om psykiatrisk tvångsvård, m.m.
- Prop. 1993/94:130 Ändringar i brottsbalken m.m. (ansvarsfrihetsgrunder m.m.)
- Prop. 1993/94:149 Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.
- Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården
- Prop. 1997/98:113 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken
- Prop. 1998/99:4 Stärkt patientinflytande
- Prop. 2004/05:123 Stärkt rättssäkerhet och vårdinnehåll i LVM-vården m.m.
- Prop. 2007/08:70 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården
- Prop. 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik
- Prop. 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning

Prop. 2009/10:80	En reformerad grundlag
Prop. 2009/10:83	Etisk bedömning av nya metoder i vården
Prop. 2009/10:116	Värdigt liv i äldreomsorgen
Prop. 2009/10:210	Patientsäkerhet och tillsyn
Prop. 2011/12:159	Ett utvidgat skydd mot åldersdiskriminering
Prop. 2011/12:166	En folkhälsopolitik med människan i centrum

Statens offentliga utredningar

SOU 1979:78	Mål och medel för hälso- och sjukvården
SOU 1981:7	Lag om vård av missbrukare i vissa fall
SOU 1984:39	Hälso- och sjukvård inför 90-talet
SOU 1984:64	Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten
SOU 1987:22	Missbrukarna, socialtjänsten, tvånget
SOU 1995:5	Vårdens svåra val
SOU 1997:51	Brister i omsorg - En fråga om bemötande av äldre
SOU 1997:154	Patienten har rätt
SOU 2001:6	Döden angår oss alla - Värdig vård vid livets slut
SOU 2004:3	Tvång och förändring - Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård
SOU 2004:112	Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna
SOU 2006:100	Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder
SOU 2006:110	Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom
SOU 2008:127	Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning
SOU 2010:45	Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten
SOU 2011:6	Missbruket, kunskapen, vården
SOU 2011:35	Bättre insatser vid missbruk och beroende
SOU 2012:17	Psykiatrin och lagen - Tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd

Övriga källor

Elektroniska källor

Världshälsoorganisationens hemsida:
<http://www.who.int/topics/suicide/en/>
(Hämtat: 2012-09-25)

Publikationer från myndigheter

Socialstyrelsens handbok: Artnr 2009-126-114. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård - Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18). 2009

Socialstyrelsens handbok: Artnr 2011-6-39. Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling – Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. 2011

SOSFS 1997:6 (S) Allmänna råd. Tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

SOSFS 2005:28 (M) Föreskrifter och allmänna råd. Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria

SOSFS 2008:18 (M) Föreskrifter och allmänna råd. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

SOSFS 2011:7 (M) Föreskrifter och allmänna råd. Livsuppehållande behandling

Rapporter från NASP (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa)

NASP: Själv mord i Sverige – Data 1980-2010. ISBN: 978-91-980209-4-6. Publiceringsår 2012

NASP: Själv mordsförsök i Sverige – Data 1987-2010. ISBN: 978-91-980209-3-9. Publiceringsår 2012

Rättsfallsförteckning

Avgöranden från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

HSAN 1023/08

HSAN 3227/08

Regeringsrättens årsbok

RÅ 1990 ref. 10

RÅ 1990 ref. 16

RÅ 1999 ref. 64