



JURIDISKA FAKULTETEN
vid Lunds universitet

Heidi Johannesson

Ungdomar med psykosociala problem

En studie om gränsdragningen mellan LPT och LVU

JURM02 Examensarbete

Examensarbete på juristprogrammet
30 högskolepoäng

Handledare: Titti Mattsson

Termin för examen: VT 2014

Innehåll

SUMMARY	5
SAMMANFATTNING	7
FÖRORD	9
VISSA FÖRKORTNINGAR	10
1 INLEDNING	11
1.1 Bakgrund	11
1.2 Syfte och frågeställningar	13
1.3 Metod och material	13
1.4 Avgränsningar och förtydliganden	15
1.5 Begrepp	16
1.5.1 Psykisk ohälsa	16
1.5.2 Psykisk sjukdom	17
1.5.3 Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	17
1.5.4 Psykisk störning och allvarlig psykisk störning	18
1.5.5 Psykosociala problem	18
1.6 Disposition	19
2 RÄTTSLIG REGLERING AV SAMHÄLLETS ANSVAR VID PSYKOSOCIALA PROBLEM	20
2.1 Principen om barnets bästa i barnkonventionens reglering	20
2.2 Samhälleliga åtgärder	22
2.2.1 Frivillig psykiatrisk vård	22
2.2.2 Frivillig vård inom socialtjänsten	23
2.2.3 Samverkan mellan myndigheter	24
2.3 När frivilligheten inte räcker till	24
2.4 Sammanfattande kommentar	25
3 TVÅNGSVÅRD ENLIGT LPT	27
3.1 Allmänt om psykiatrisk tvångsvård	27
3.2 Förutsättningar för tvångsvård	28
3.2.1 Allvarlig psykisk störning	29

3.2.2	Oundgängligt vårdbehov	31
3.2.3	Patienten motsätter sig vård	32
3.3	Sammanfattande kommentar	33
4	TVÅNGSVÅRD ENLIGT LVU	34
4.1	Allmänt om vård enligt LVU	34
4.2	Förutsättningar för vård	35
4.2.1	Vårdbehovet	35
4.2.2	Samtycke	35
4.2.3	Riskbedömning	36
4.3	Beteendefallen i 3 § LVU	37
4.3.1	Missbruk av beroendeframkallande medel	38
4.3.2	Brottslig verksamhet	38
4.3.3	Annat socialt nedbrytande beteende	38
4.3.3.1	Definition enligt förarbeten	39
4.3.3.2	Andra beteenden som kan vara socialt nedbrytande	40
4.3.3.2.1	Doping	40
4.3.3.2.2	Skolk	40
4.3.3.2.3	Aggressivitet, utagerande och våld	40
4.3.3.2.4	Omfattande datorspel och isolering från omvärlden	41
4.3.4	Psykisk störning	42
4.3.4.1	RÅ 2010 ref. 24	42
4.3.4.2	RegR 8480-08	42
4.3.4.3	Kaldals kommentar till avgörandena	43
4.4	Gränsdragning mellan LPT och LVU	43
4.5	Sammanfattande kommentar	45
5	EMPIRISK UNDERSÖKNING	47
5.1	Allmänt	47
5.1.1	Syfte	47
5.1.2	Urval	47
5.1.3	Domskrivningen	48
5.1.4	Presentation av undersökningen	50
5.2	LPT-målen	50
5.2.1	Psykos	51
5.2.2	Självdestruktivt eller suicidalt beteende	51
5.2.3	Ätstörningsproblematik	52
5.2.4	Övrigt	53
5.3	LVU-målen	54
5.3.1	Annat socialt nedbrytande beteende	54
5.3.2	Psykiatrisk grundproblematik	56
5.3.2.1	Beteendet är symtom på psykisk störning	57
5.3.2.2	Beteendet är <i>inte</i> symtom på psykisk störning	58
5.3.2.3	Den psykiatriska grundproblematiken behandlas inte	60
5.3.3	Annan gränsdragning till psykiatrisk vård	60
5.3.3.1	Utredningsbehov	60

5.3.3.2	Självskadebeteende och suicidproblematik	62
5.3.3.3	Ensamkommande flyktingbarn	62
5.3.3.4	Övrigt	63
6	ANALYS OCH SLUTSATSER	64
	BILAGA	70
	KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING	75
	RÄTTSFALLSFÖRTECKNING	79

Summary

The purpose of this essay is to investigate the distinction between the coercive laws LPT (Compulsory Psychiatric Care Act (1992:1128)) and LVU (Care of Young Persons Act (1990:52)) in order to see to what extent the current regulations provide comprehensive protection for young people with mental health difficulties. What is considered "serious mental disorder" (3 § LPT), and "socially destructive behaviour" (3 § LVU) will be investigated in this paper with a traditional jurisprudential method. In order to take a closer look on how the administrative courts administer the necessary conditions for young persons with mental difficulties, a case study of 105 administrative court rulings from the autumn of 2013 has been done.

Both legislations are coercive and protective legislations, with a purpose to take action and provide care when this cannot be achieved in a voluntary way. LVU aims at young persons with behavioural problems, risking their health and development, while LPT aims at those who need psychiatric expertise, age independent, due to mental health issues. Both legislations are generically phrased in order to cover a number of different conditions. The distinction between these two legislations seems to be with the seriousness of the mental disorder. According to LPT, the type and severity of the disorder should be assessed. The empirical study in this paper shows that compulsory care according to this law is applied to young persons with serious self-harm behaviour, eating disorder or suicidal actions, where the care seems to have the character of life support. Psychosis (mentioned in the preparatory work) only occurs in a few cases. Self-harm behaviour, anxiety and depression are also among the LVU cases, but seems to be of a milder character. Young persons, who are cared for according to LVU, often have several behaviours that are assessed to put the young person at risk. Aggression and externalizing behaviour is very common. Neuropsychiatric function disability is very common among the young persons in care according to LVU, often combined with additional psychiatric problems. According to HFD (Supreme Court) practice, the behaviour is not socially destructive in the meaning of LVU, if it can be considered a symptom of the function disability. Those who will not receive care due to this will be at risk of ending up in a grey area, if LPT is not applicable either. In these cases, there is a

flaw in the social safety net. The care needs are obvious, but LPT cannot be applied. Though, the empirical study shows that the court only reached such conclusions in very few cases, but it was discussed in several cases, where the conclusion was that such a connection could not be determined. One explanation could be the difficulty to determine such a connection. The conclusion in this essay is that the investigation supports the fact that there are some flaws in current regulation and practice with regards to social protection for young persons with psychosocial problems. Additional flaws can be at hand, but these have not been identified within the extent of this essay. In order to do this, additional investigations are necessary.

Sammanfattning

Syftet med denna uppsats är att undersöka gränsdragningen mellan tvångslagstiftningarna LPT (lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård) respektive LVU (lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga)), för att se i vilken utsträckning gällande reglering ger ett heltäckande skydd för ungdomar med psykisk problematik. I uppsatsen undersöks, med traditionell rättsvetenskaplig metod, vad som anses vara ”allvarlig psykisk störning” i 3 § LPT och ”socialt nedbrytande beteende” i 3 § LVU då de utgör del av de legala förutsättningarna för tvångsvård av unga. För att närmare granska hur förvaltningsrätterna tillämpar rekvisiten på unga med psykisk problematik, har en rättsfallsundersökning genomförts bestående av 105 förvaltningsrättsavgöranden från hösten 2013.

De båda lagstiftningarna är såväl tvångs- som skyddslagstiftningar med syfte att ta vid och bereda vård när frivillighet inte kan nås. LVU tar sikte på unga med beteendeproblem som riskerar sin hälsa och utveckling och LPT tar sikte på de som behöver psykiatrisk expertis, oavsett ålder, med anledning av sin psykiska ohälsa. Båda lagstiftningarna är öppet formulerade i syfte att täcka en rad olika tillstånd. Gränsdragningen mellan de båda lagstiftningarna förefaller ligga i allvarligheten i den psykiska störningen. Enligt LPT ska störningen bedömas utifrån art och grad. Uppsatsens empiriska studie visar att tvångsvård enligt denna lag till största delen tillämpas på unga med allvarligt självskadebeteende, ätstörningsproblematik eller suicidala handlingar där vården tycks närmast ha livsuppehållande karaktär. Psykoser, som anges i förarbetena, förekommer endast i ett fåtal fall. Självskadebeteende, ångest och depression förekommer även i LVU-målen men av lindrigare karaktär. De unga som vårdas enligt LVU har ofta ett flertal beteenden som bedöms vara riskfyllda för den unge och aggressivitet och utagerande är vanligast förekommande. Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning är vanligt bland de unga som vårdas enligt LVU och ofta i kombination med annan psykiatrisk problematik. Enligt praxis från HFD ska beteendet inte utgöra socialt nedbrytande i LVU:s mening, om det kan betraktas som symtom på funktionsnedsättningen. De som ej bereds vård med anledning av att beteendet anses bero på funktionsnedsättningen riskerar således att hamna i en gråzon när inte heller LPT är tillämplig. I dessa fall brister samhällsskyddet då det finns ett tydligt vårdbehov, men varken LPT eller LVU är tillämplig. Av den

empiriska studien framgår emellertid att domstolen kommer till en sådan slutsats endast i ett fåtal fall. Resonemang kring det förs dock i ett flertal fall, där slutsatsen är att ett sådant nära samband inte kan fastställas. En förklaring kan vara svårigheten med att fastställa ett sådant samband. Slutsats som kan dras i detta arbete är således att undersökningen ger stöd för att det föreligger vissa brister i samhällsskyddet för unga med psykosociala problem. Ytterligare brister i samhällsskyddet kan finnas men som inte fångats inom ramen för detta arbete och för det krävs vidare utredning.

Förord

Jag vill tacka livet, det har gett mig så mycket!

Att komma på tanken och sedan även att genomföra juristutbildningen, mitt i livet med man, barn, jobb, hus och hem som innebär att gå från Svenssonlivets trygga famn till studentlivets oförutsägbara tillvaro ställer stora krav.

Jag har inte ångrat en sekund (nästan) att jag hoppat på detta kunskapens tåg, men det hade heller aldrig kunnat genomföras utan stöd från nära och kära.

Jag vill därför ta tillfället i akt att nämna några av mina guldorn.

Mats, min älskade man, har som vanligt varit ett fantastiskt stöd. I nöd och lust sägs det och vi har gått igenom mycket i livet tillsammans!

Emma & Albin, våra älskade barn, som stått ut med en mamma med näsan över böckerna ständigt och jämt. Jag är så stolt över er!

Min far, som lämnade jordelivet under utbildningen. Jag vet hur stolt du är över mig!

Maria Grahm, min allra bästa och evige vän, som alltid finns vid min sida!

Nathalie Dahlen, min livlina, som visste att jag skulle tycka om juridik innan jag själv gjorde det!

Cecilia Löfgren, den bästa läraren jag någonsin haft som med engagemang, närvaro och klokhet väckte en kunskapstörst jag inte trodde fanns!

Slutligen vill jag tacka min handledare, *Titti Mattsson*, för goda råd och värdefull handledning. Men inte desto mindre, stöd, tilltro och glada tillrop när det juridiska självförtroendet svek.

Jag hade kunnat räkna upp hur många som helst, för det är många som påverkat mina val och ni är alla en del av detta smått galna projekt!

Nu ska jag ut och styra upp världen!

Vissa förkortningar

Barnkonventionen	FN:s barnkonvention om barns rättigheter den 20 november 1989 (Convention on the rights of the child)
BO	Barnombudsmannen
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (vers.4)
FR	Förvaltningsrätt
FPL	Förvaltningsprocesslag (1971:291)
Gamla LVU	Lagen (1980:621) om särskilda bestämmelser om vård av unga
HFD	Högsta förvaltningsdomstolen
HSL	Hälsö- och sjukvårdslag (1982:763)
HVB	Hem för vård eller boende
ICD-10	International Classification of Diseases
KamR	Kammarrätt
Kom. dir	Kommitté direktiv
LPT	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LSPV	Lag (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall
LSS	Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LVU	Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
OSL	Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
Prop.	Proposition
RegR	Regeringsrätten
RF	Regeringsformen (1974:152)
RÅ	Regeringsrättens årsbok
SKL	Sveriges kommuner och landsting
SiS	Statens institutionsstyrelse
SoL	Socialtjänstlag (2001:453)
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SOU	Statens offentliga utredningar
Diagnoser – se vidare bilaga A	
ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder
ADD	Attention deficit disorder
EIPS	Emotionellt instabil personlighetsstörning
OCD	Obsessive compulsive disorder
PTSD	Posttraumatiskt stressyndrom

1 Inledning

I följande avsnitt presenteras uppsatsens utgångspunkter och premisser.

1.1 Bakgrund

Ungdomar med psykisk ohälsa har uppmärksammats i flera rapporter. Ett tydligt budskap visar att förekomsten av den psykiska ohälsan bland barn och unga har ökat under 1990-2000-talen och studier visar på en fortsatt sådan ökning. Det är framförallt depressions- och ångestsjukdomar samt missbruk som ökat men även vård på grund av självmordsförsök och personlighetsstörningar.¹ Den psykiska ohälsan bland unga rör sig ofta i gränslandet mellan psykiska och sociala problem där fall av typisk psykisk sjukdom påverkas starkt av sociala förhållanden av olika slag. I andra fall är den sociala problematiken mest framträdande men kan ändå resultera i störningar såsom depression, ätstörning eller självmordsförsök.² Utöver lidande i stunden kan psykisk ohälsa även få allvarliga konsekvenser på sikt för de drabbade.³ Den psykiska ohälsans utveckling bland ungar är ingen ny företeelse utan i propositionen till nuvarande LVU (d.v.s. 1989) påtalas att sjukdomspanoramata inom BUP förändrats under de förevarande decennierna med allt mer ungdomar med tidiga personlighetsförändringar. I samma proposition påpekas vidare att socialtjänsten möts av problem av mer komplex natur där ungdomarna tyngs av ett allt mer omfattande psykiatriskt vårdbehov.⁴

Ungdomar med en psykosocial problematik är en särskilt utsatt grupp som samhället har ett särskilt ansvar för. Ansvaret består bland annat av att se till att, tillsammans med vårdnadshavarna, de ungas hälsa, välmående och utveckling inte skadas. Utgångspunkten i svensk rätt är att alla insatser till stöd och skydd för barn och unga ska, så långt som möjligt, ske på frivillig basis och för detta arbetets vidkommande, i enlighet med HSL eller SoL där frivillighet, samförstånd och samverkan är bärande tankar. Denna frivillighet fungerar emellertid inte alltid och i syfte att ge barn och unga det stöd och den

¹ Socialstyrelsens rapport, *Psykisk ohälsa bland unga*, s. 14. Se bilaga p. 1-4 för kort förklaring av begreppen.

² Socialstyrelsens rapport, *Psykisk ohälsa bland unga*, s. 7; Engström, *Tvingad till hjälp: om tvång, etik och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård*, s. 26. Se bilaga p. 11 och 17 för kort förklaring av begreppen.

³ Exempelvis kan den unge få svårt att tillgodogöra sig skolarbete, etablera sig på arbetsmarknaden eller att knyta relationer och exempelvis bilda familj. Socialstyrelsens rapport, *Psykisk ohälsa bland unga*, s. 8.

⁴ Prop. 1989/90:28 s. 48.

behandling de behöver kan samhället i vissa fall ingripa med tvång. Detta är ett ingrepp i de grundlagsfästa fri- och rättigheterna som stadgas i 2 kap. RF och får endas begränsas genom stöd i lag. Två sådana situationer som lagstiftaren pekat ut är, dels när den unge lider av allvarlig psykisk störning och inte medverkar till den vården som anses nödvändig, dels när den unge far illa på grund av eget beteende och samtycke till vård saknas. Samhället kan då ingripa med stöd av LPT respektive LVU, för att tillgodose skyddet för den unge. Utgångspunkten är att detta samhälleliga skydd för utsatta barn och unga ska vara heltäckande och utifrån barnets bästa.

Gränsdragningen mellan de båda lagstiftningarna har tidigare behandlats i två statliga utredningar där slutsatsen blivit att ingen av dem skulle utvidgas.⁵ Frågan är fortfarande aktuell, dels genom den rättspraxis som utvecklats de senare åren, dels den politiska diskussion som föranlett att "Utredningen om tvångsvård för barn och unga" initierats. Utredningen har bland annat fått i direktiv att återigen analysera gränsdragningen mellan LPT och LVU, för att se över eventuella brister i skyddet av denna ungdomsgrupp.⁶ De ungdomar som på grund av sitt beteende varken uppfyller förutsättningarna för vård enligt LVU eller kraven på allvarlig psykisk störning enligt LPT riskerar att hamna i en så kallad "gråzon" och rättsläget är då otillfredsställande för att uppnå ett heltäckande ansvar.

Jag har i många år arbetat med ungdomar med svår psykosocial problematik och de erfarenheter från dessa år i socialt behandlingsarbete har lett till mitt intresse för området som behandlas i denna uppsats. Tidigare utredningar, den psykiska ohälsans utveckling bland unga, pågående utredningar och det rådande rättsläget visar att ämnet är högst aktuellt och angeläget område att utforska.

⁵ Barnpsykiatrikommitténs betänkande SOU 1998:31; LVU-utredningens betänkande SOU 2000:77.

⁶ Kom. dir 2012:79. Utredningen skulle redovisats den 3 mars 2014 men enligt mailsvar från Socialdepartementet har betänkandet fått förlängd tid och ska redovisas 15 oktober 2014.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att undersöka gränsdragningen mellan LPT och LVU för att se, i vilken utsträckning som gällande reglering ger ett heltäckande skydd för ungdomar med psykosociala problem. Min fortsatta framställning kommer att utgå från frågeställningarna:

- Vilka är förutsättningarna för tvångsvård av unga enligt 3 § LPT, respektive 3 § LVU?
- Hur tillämpar domstolarna, 3 § LPT när det avser unga, respektive 3 § LVU i förhållande till den psykiatriska diskursen?
- I vad mån tillgodoser gällande reglering och praxis samhällets särskilda skyddsansvar för unga med psykosociala problem?

1.3 Metod och material

Arbete består av tre huvudsakliga delar; en rättsdogmatisk del inbegripet ett bakgrundsavsnitt, en empirisk del och en avslutande del.

Den rättsdogmatiska delen har genomförts främst med traditionell rättsvetenskaplig metod i enlighet med rättskälleläran. Den svenska rättskälleläran kan sammanfattas att den bygger i följande ordning på lagar, förarbeten, praxis och doktrin.⁷ Genom att studera lagtext, förarbetsuttalanden, domstolspraxis samt rättsvetenskaplig doktrin, undersöks och fastställs gällande rätt.⁸ I den deskriptiva delen består författningstext primärt av LPT och LVU men även HSL och SoL har behandlats. Annan författningstext har i viss mån också använts. Förarbetsuttalanden består av propositioner och statens offentliga utredningar. Domstolspraxis utgörs av rättsfallsreferat från HFD⁹. Vid ett tillfälle har avgöranden från kammarrätt använts, som en kompletterande källa trots bristande prejudikatvärde, för att påvisa hur ”socialt nedbrytande beteende” följer samhälls- och kunskapsutvecklingen när det tillämpas i domstol. Som komplement till författningstext har myndighetspublikationer använts, såsom bland annat Socialstyrelsens allmänna råd. Dessa är officiella rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas. De

⁷ Peczenik, *Juridikens teori och metod: en introduktion till allmän rättslära*, s. 35.

⁸ Den deskriptiva delen behandlar gällande rätt men LPT är föremål för eventuella förändringar som bereds av regeringskansliet under våren. Dessa förslag på förändringar som berör detta arbete belyses endast för kännedom och behandlas inte vidare inom ramen för detta arbete.

⁹ Tidigare Regeringsrätten.

utesluter dock inte andra sätt att uppnå de mål som avses i författningen men har i uppsatsen tjänat som vägledning av hur lagarna ska tolkas.

Då arbetet rör sig utanför den juridiska disciplinen har kompletterande material använts från andra områden. För att besvara frågeställningar kring psykisk ohälsa och psykiatri används grundläggande doktrin inom detta område. För att få en bild av den psykiska ohälsan används aktuell officiell statistik från Socialstyrelsen samt Sveriges kommuner och landsting.

I arbetet undersöks den materiella rätten samt rättstillämpningen med utgångspunkt i de ungas behov av samhällets skydd och arbetet behandlas således ur ett barnskyddsperspektiv. Vid analys ur barnperspektivet kan barnets bästa ta utgångspunkt i dels barnets behov, där de vuxna i samhället bedömer vad barnet behöver, dels kan det analyseras ur barnets intressen där barnets behov ses ur barnets synvinkel vilken kräver undersökning av barnets egen synvinkel. Detta arbete analyseras primärt ur det första, objektiva betraktelsesättet.¹⁰ Under våren har barnombudsmannen presenterat en rapport med bland annat intervjuer med barn och unga som däribland behandlar tvångsvården (LPT) ur den andra synvinkel, barnets egen synvinkel.¹¹

Tvångsomhändertagande enligt såväl LPT som LVU avgörs vid förvaltningsrätterna och för att besvara frågeställningen hur 3 § LPT respektive 3 § LVU tillämpas i domstol med utgångspunkt i unga med psykisk ohälsa, har en empirisk studie gjort. Syftet är att undersöka när en ung person med sådan problematik kan bli föremål för samhällets ingripande i form av tvångsvård, samt hur domstolarna motiverar ett sådant ingripande i förhållande till den unges hälsotillstånd. Rättsfallsstudien omfattar totalt 105 mål från förvaltningsrätterna under hösten 2013 där unga personer varit föremål för domstolens prövning enligt ovanstående lagrum. Då begreppen ”allvarlig psykisk störning” respektive ”annat socialt nedbrytande beteende” är av särskilt intresse i detta arbete består undersökningsmaterialet av rättsfall utifrån dessa begrepp. Underlaget har erhållits genom sökning på de nämnda begreppen i juridiska databaser och med begränsning till personer 18 år eller yngre. Mer om hur undersökningen genomförts, urval och presentation följer i det empiriska avsnittet.

¹⁰ Mattsson, *Barnet och rättsprocessen*, s. 37.

¹¹ Barnombudsmannens rapport, *Bryt tystnaden (2014), Barn och unga om samhällets stöd vid psykisk ohälsa*.

Tvångsvård av unga enligt LVU har behandlats av forskare ur olika perspektiv, däribland professor Titti Mattsson. LPT har behandlats av bland annat jur. dr. Ewa Gustafsson, men inte med särskild fokus på barn och unga. Gränsdragningen mellan de båda lagstiftningarna, avseende unga med psykosociala problem är däremot tämligen obehandlad inom forskningen. 2011 behandlade Hanna Alenius gränsdragningsfrågan i ett examensarbete vid juridiska fakulteten i Lund. Vid tidpunkten för det arbetet var de vägledande rättsfallen fortfarande färska¹² och hade inte fått genomslag i rättstillämpningen. Några år har nu förflutit och det är fortfarande ett angeläget och aktuellt ämne att utreda då den psykiska ohälsan bland unga ökar, de vägledande rättsfallen har tillämpats i underinstanserna och gränsdragningsfrågan är återigen aktuell för översyn i pågående utredning.¹³

1.4 Avgränsningar och förtydliganden

Uppsatsen behandlar förutsättningar för tvångsvård enligt 3 § LPT respektive 3 § LVU. För att avgränsa undersökningsområdet fokuseras på de två begreppen ”allvarlig psykisk störning” i 3 § LPT och ”annat socialt nedbrytande beteende” i 3 § LVU. Begreppet allvarlig psykisk störning i LPT är en av förutsättningarna för såväl öppen som sluten psykiatrisk tvångsvård och måste således uppfyllas för de unga som bereds sådan tvångsvård. Begreppet annat socialt nedbrytande beteende i LVU är ett av beteenderekvisiten som ska täcka flera olika riskbeteenden och många unga vårdas enligt denna beteendegrund. De andra beteendegrunderna i LVU, missbruk av beroendeframkallande medel och brottslig verksamhet, behandlas endast mycket kort. De övriga förutsättningarna för tvångsvård i båda lagstiftningarna behandlas översiktligt.

Arbetet avser ungdomar med psykosociala problem. Med ungdomar avses i detta arbete barn och unga som är 18 år eller yngre. Denna avgränsning är naturlig då det i FN:s konvention om barnets rättigheter, med barn avses varje människa under 18 år.¹⁴ LPT och LVU skiljer sig åt då LVU är tillämplig främst för unga som inte fyllt 18 år medan LPT varken har någon nedre eller övre åldersgräns.¹⁵ I arbetet används begreppen barn, den

¹² RÅ 2010 ref. 24 samt 5 RegR 8480-08. Dessa rättsfall behandlas närmare i avsnitt 4.3.4.

¹³ Kom. dir 2012:79.

¹⁴ Fortsättningsvis benämnd barnkonventionen.

¹⁵ Enligt 1 § 3 st. LVU får vård med stöd av 3 § LVU beredas den som fyllt 18 år men inte 20 år om sådan vård, med hänsyn till den unges behov och personliga förhållanden i övrigt, är lämpligare än någon annan vård. Enligt 21 § 3 st. LVU är det dock möjligt att behålla den unge i vården t.o.m. den dagen den unge fyller 21 år.

unge, patienten och ungdomen synonymt där samtliga tar sikte på unga personer under 18 år. Att olika begrepp används i arbetet motiveras dels med att ge en språklig variation men även med att de olika lagstiftningarna använder sig av olika begrepp. I SoL används begreppet klient, i LVU används den unge, i HSL och LPT förekommer begreppet patienten och ungdomen förekommer vanligtvis i myndighetspublikationer.

Ämnet lämpar sig även för en historisk belysning då såväl socialvården som psykiatrin har genomgått spännande utvecklingslinjer som präglar idag gällande rätt men av utrymmes och tidsskäl har detta inte kunnat behandlas inom ramen för arbetet.

1.5 Begrepp

1.5.1 Psykisk ohälsa

De olika begrepp som används inom det behandlade området rörande psykisk ohälsa är svåravgränsade och har ofta inte heller någon entydig definition. Många har förändrats över tid, som en del av samhälls- och kunskapsutvecklingen och härstammar även ofta från olika discipliner. Definitionen av begreppen kan följaktligen skifta och även flyta in i varandra. I det följande presenteras förklaring av de vanligast förekommande begreppen med utgångspunkt i Socialstyrelsens beskrivningar samt psykiatrisk doktrin. De mest centrala diagnoser som förekommer i arbetet förklaras kortfattat i bilaga A.

Psykisk ohälsa är ett övergripande begrepp som används olika beroende på sammanhang och kan avse allt från självrapporterade besvär av oro eller nedstämdhet till psykiska sjukdomar som schizofreni eller depression.¹⁶ Psykisk ohälsa i sin vidaste mening är vanligt förekommande i befolkningen, men den exakta omfattningen är svår att veta. Genom att beräkna hur många som kommer i kontakt med vården varje år på grund av psykiska besvär kan emellertid förekomsten av psykisk ohälsa uppskattas. Det finns troligvis ett stort mörkertal eftersom personer som, trots de mår så pass psykiskt dåligt att de skulle behöva behandling, aldrig söker hjälp.¹⁷

¹⁶ Se bilaga p. 1 och 5.

¹⁷ Socialstyrelsens rapport, *Psykisk ohälsa bland unga*, s. 8 och 10.

1.5.2 Psykisk sjukdom

Med psykisk sjukdom avses sådan psykisk ohälsa som tar sig i uttryck i ett syndrom som vården kan känna igenom utifrån olika diagnoskriterier.¹⁸ I medicinens historia har diagnostik och klassifikation i en eller annan form alltid haft en framskjuten plats och inom psykiatrien bygger flertalet av diagnosmodellerna på fenomenologi, det vill säga det yttre iakttagbara och symtom. Diagnostiken bygger på vad erfarna psykiater gemensamt kommit fram till och klassifikationssystemens diagnoskriterier genomgår ständiga revideringar.¹⁹ Även om diagnoserna kan uppfattas som välavgränsade och absoluta definitioner så kan en patient ha symtom från olika diagnoser med svåra gränsdragningsproblem. Diagnosen säger ingenting om orsaken till sjukdomen eller beteendeförändringen och kan oftast inte heller kopplas samman med någon organisk, synlig eller mätbar förändring, som det är möjligt att göra vid exempelvis en hjärntumör inom den somatiska vården.²⁰ Yttre iakttagbara symtomen kan ofta, på grund av den unges mognad, ta sig olika uttryck i olika åldrar vilket är vanligt vid exempelvis autism.²¹ Vid barn- och ungdomspsykiatri finns även en betydande komorbiditet och med det menas att två eller flera syndrom kan uppträda samtidigt hos en och samma individ där ett av dessa kan dominera vid en tidpunkt och ett annat senare i livet. Samma grundläggande problematik kan således ta sig olika uttryck under olika skeden i utvecklingen. Diagnostisering och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri är således särskilt komplicerad.²²

1.5.3 Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning²³ är en samlingsbenämning på ett antal psykiatriska diagnoser. Begreppet har tidigare benämnts som handikapp eller

¹⁸ Begreppet syndrom används när det talas om en grupp sjukdomstecken eller symtom som uppträder samtidigt och som hör samman på något sätt vad beträffar orsak, förlopp och behandling. Grunewald, *Psykiska handikapp; möjligheter och rättigheter* s. 44. För diagnostisering används dels DSM IV som utges av American Psychiatric Association, dels ICD-10 som är WHO:s klassifikationssystem för sjukdomar, www.lakartidningen.se.

¹⁹ Gillberg & Hellgren, *Barn- och ungdomspsykiatri*, s. 99 och 100; Socialstyrelsens rapport, *Psykisk ohälsa bland unga*, s. 8.

²⁰ Allgulander, *En introduktion till klinisk psykiatri*, s. 35.

²¹ Se bilaga p. 6.

²² Exempel som ges beträffande autism är att symtom som i tidiga förskoleåldern mest visar sig genom barnets svårigheter att ta kontakt med människor kan i skolåldern ofta ger mer bekymmer med språk och inskränkta intressen och sysselsättningar. Gillberg & Hellgren, *Barn- och ungdomspsykiatri*, s. 99 och 100; Socialstyrelsens rapport, *Psykisk ohälsa bland unga*, s. 8.

²³ Tidigare benämning är neuropsykiatriskt funktionshinder som i detta avseende är direkt jämförbar.

funktionshinder. Dessa senare benämningar tog Socialstyrelsen emellertid bort som synonymer till funktionsnedsättning i samband med revidering av terminologin inom vård- och omsorgsområdet 2007. Begreppet funktionshinder finns kvar, men tar sikte på samspelet mellan individ och miljö och just den begränsning som funktionsnedsättningen innebär för en person i relation till omgivningen.²⁴ Gemensamt för denna grupp är att funktionsnedsättningen oftast är medfödd och där symtomen visar sig i tidig barndom. De vanligaste neuropsykiatriska funktionsnedsättningarna är ADHD, ADD, Aspergers syndrom, Tourettes syndrom och OCD.²⁵ De neuropsykiatriska funktionsnedsättningarnas diagnoser överlappar ofta varandra, vilket ställer särskilda krav på diagnostisering och behandling.²⁶

1.5.4 Psykisk störning och allvarlig psykisk störning

Begreppet psykisk störning används främst inom den juridiska disciplinen och är en övergripande term för psykiska tillstånd som innefattar alla psykiska syndrom, från de lättaste till de svåraste. Det samlar således både tydliga sjukdomar och tillstånd med bristande utveckling och anpassning och omfattar såväl en svår psykosjukdom, exempelvis schizofreni som lättare såsom depressionstillstånd. Det kan också avse en personlighetsstörning eller en psykisk funktionsnedsättning.²⁷ I LVU-rättsfall som behandlas senare i framställningen använder HFD begreppet även i betydelse ”psykiatrisk grundproblematik”. Allvarlig psykisk störning är ett begrepp, men även är ett rekvisit i LPT, där bedömning görs både utifrån störningens art (sjukdomstyp) och grad (störningens inverkan på psykosocial funktionsnivå och symtomens svårighet). Begreppet behandlas vidare i avsnittet om LPT.

1.5.5 Psykosociala problem

Begreppet psykosociala problem är vanligt förekommande i såväl psykiatrisk som social doktrin utan någon närmare definition. Enligt nationalencyklopedin menas med begreppet psykosocial något som avser *sociala aspekter av psykiska reaktioner*.²⁸ I detta arbete

²⁴ www.socialstyrelsen.se.

²⁵ Se bilaga p. 7, 6, 8 och 9.

²⁶ Grunewald, *Psykiska handikapp; möjligheter och rättigheter* s. 40-42.

²⁷ Cullberg, Johan: *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*, s. 487.

²⁸ Begreppet psykosocial enligt nationalencyklopedin, www.ne.se.

används begreppet i betydelse av en sammansatt problematik av psykisk ohälsa och yttre, sociala faktorer.

1.6 Disposition

Uppsatsen är disponerad enligt följande:

I kapitel 2 ges en bakgrundsbeskrivning av samhällsansvaret för ungdomar med psykosociala problem och den lagstiftning som styr vården som ges på frivillig väg. Först inleds med principen om barnets bästa i barnkonventionens reglering, som ska beaktas vid alla åtgärder som rör barn. Därefter behandlas HSL respektive SoL som styr den frivilliga vården men som även präglar tvångsvården. Slutligen i avsnittet behandlas samverkan mellan samhällets aktörer samt vad som händer när den frivilliga vården inte räcker till längre. I kapitel 3 och 4 behandlas förutsättningarna för att tvångsvårda ungdomar med psykosociala problem genom redogörelse över gällande rätt avseende LPT och LVU. Båda avsnitten börjar med inledande avsnitt och allmänna förutsättningar för tvångsvården för att sedan övergå till att närmare redogöra för de särskilda rekvisiten ”allvarlig psykisk störning” och ”annat socialt nedbrytande beteende”.

Kapitel 2-4 som behandlar gällande rätt, avslutas med en kort sammanfattning av varje huvudavsnitt, i syfte att ytterligare tydliggöra framställningen. I kapitel 5 som är den andra delen av uppsatsen redovisas resultatet en empirisk undersökning bestående av 105 avgöranden från förvaltningsrätterna med avsikt att undersöka hur domstolarna tillämpar rekvisiten ”allvarlig psykisk störning” respektive ”annat socialt nedbrytande beteende”. Uppsatsen avslutas i kapitel 6 med konklusioner av det tidigare behandlade samt avslutande diskussion.

2 Rättslig reglering av samhällets ansvar vid psykosociala problem

I följande avsnitt ges en bakgrundsbeskrivning av samhällets ansvar och dess reglering för ungdomar med psykosociala problem i syfte att ge senare behandlad tvångslagstiftning en inramning. Först behandlas principen om barnets bästa i barnkonventionen sedan den lagstiftning, HSL och SoL, som reglerar vård på frivillig väg samt det samverkansansvaret som finns mellan de som ska tillgodose och genomföra vården.

2.1 Principen om barnets bästa i barnkonventionens reglering

För barn och unga med psykosociala problem har samhället ett särskilt ansvar. Barn omfattas, precis som vuxna av mänskliga rättigheter och för att ytterligare stärka barns rättigheter är FN:s konvention om barnets rättigheter ett centralt dokument.²⁹ Barn har en grundläggande rättighet att få god omvårdnad, växa upp under trygga förhållanden och få utvecklas i sin egen takt och utifrån sina egna förutsättningar. Det är i första hand föräldrarna som har ansvar för barns uppfostran och välmående men samhället har även ett skyddsansvar att se till att barn och ungdomar får trygga och i övrigt gynnsamma uppväxtförhållanden, det vill säga tillförsäkra barn deras grundläggande mänskliga rättigheter. Internationella konventioner kan sägas utgöra en miniminivå som de nationella reglerna ska fylla.³⁰

Barnkonventionen antogs av FN:s generalförsamling 1989 och Sverige var ett av de första länderna i världen som ratificerade den.³¹ Genom ratificeringen iklädde sig Sverige en internationell folkrättslig förpliktelse som innebär att konventionens bestämmelser ska tillämpas och genomföras på alla nivåer i samhället. Målet är att, det barnrättsperspektiv som kommer till uttryck i barnkonventionen, det vill säga dels övertygelsen om att barnet

²⁹ Försättningsvis benämnd barnkonventionen. Barn skyddas även i andra konventioner och åtaganden men jag har valt att lyfta fram barnkonventionen då den explicit riktar sig till barn.

³⁰ Prop. 1989/90:28 s. 38; Prop. 2012/13:10 s. 23 och 24; Leviner, *Rättsliga dilemman i socialtjänstens barnskyddsarbete*, s. 83 och 84.

³¹ Sverige ratificerade konventionen 1990. Regeringen har tillsatt en särskild utredare som dels ska se över svensk lagstiftnings överensstämmelse med konventionen men även analysera för och emot att inkorporera den i svensk rätt. Utredningen ska vara klar 4 mars 2015. Kom. dir 2013:35.

är en social aktör med fullt människovärde, dels att barnet är sårbart och i behov av särskilt skydd, ska genomsyra den svenska rättsordningen.³² Det är vanligt förekommande, i svenska avgöranden som berör barn, att en eller flera artiklar av konventionen berörs och det finns idag även praxis från Europadomstolen som behandlar artiklar i barnkonventionen. Detta leder till att, även om barnkonventionen inte är inkorporerad i svensk rätt, ändå får inverkan på svensk rättspraxis.³³ Rättighetslistan i konventionen spänner över ett brett fält, där fyra grundläggande principer är styrande för tolkning av konventionen och övriga artiklar ska ses i ljuset av dessa. I enlighet med konventionen ska barnet bland annat skyddas mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, vanvård eller försumlig behandling.³⁴ I art. 3 som är en av konventionens grundpelare, anges bland annat att *barnets bästa* ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barnet. Konventionsstaterna ska tillförsäkra att barnet får ett sådant skydd och sådan omvårdnad som behövs för dess välfärd. För att uppnå detta ska lämpliga lagstiftningsåtgärder vidtas.³⁵ Av 1 kap. 2 § SoL framgår att vid åtgärder som rör barn ska hänsyn till barnets bästa särskilt beaktas. Innebörden av principen och vad som avses med denna är inte utpekad utan får avgöras från situation till situation och varierar mellan olika historiska och sociala sammanhang.³⁶ I förarbeten till införandet av detta i SoL anges att barnets bästa inte alltid kan vara avgörande för vilka beslut som fattas men att barnets bästa ska alltid beaktas, utredas och redovisas. Om barnperspektivet står i motsatsförhållande till ett vuxenperspektiv ska barnets intresse ges företräde.³⁷ Barnets bästa har även införts i LVU där det i 1 § sista st. LVU framgår att vid alla beslut enligt lagen, ska det som är bäst för den unge vara avgörande. Någon motsvarande bestämmelse som tar sikte på barns specifika behov finns inte i LPT. Psykiatrilagsutredningen föreslår emellertid en rad åtgärder för att stärka barns rättigheter vid kontakt med den psykiatriska vården. I lagförslaget föreslås, dels att det ska införas en bestämmelse som stadgar att barnets bästa särskilt ska beaktas vid psykiatrisk tvångsvård, dels att den unge ska få relevant information samt ges möjlighet att framföra sina synpunkter som ska tillmätas betydelse i förhållande till ålder och mognad. Vidare

³² Prop. 2009/10:232 s. 11.

³³ Mattsson, *Rätten till en familj*, s. 63.

³⁴ Prop. 2009/10:232 s. 12.

³⁵ De övriga tre grundläggande principerna är: Art. 2 – barns lika värde och att ingen får diskrimineras, art. 6 som erkänner varje barns rätt till liv, överlevnad och utveckling. Slutligen art. 12 som lyfter fram barnets rätt att uttrycka sina åsikter.

³⁶ Mattsson, *Barnet och rättsprocessen*, s. 34-36.

³⁷ Prop. 1996/97:124 s. 100.

föreslår utredningen att barn, som huvudregel, inte ska få vårdas tillsammans med vuxna.³⁸ I art. 37 barkonventionen stadgas även om skydd för barn och unga vid tvångsingripande. I artikeln framgår att frihetsberövande av barn och unga endast får ske i enlighet med lag, som en sista utväg och under kortast möjliga tid.

2.2 Samhälleliga åtgärder

De flesta sociala sammanhang som är viktiga för barn och ungdomars utveckling spänner över flera samhällsorgans ansvarsområden. Samhällets ansvar för god vård och omsorg av unga personer med sociala problem och psykisk ohälsa fördelas mellan stat, landsting och kommuner. Staten stimulerar forskning, kunskapsutveckling och kunskapsspridning. Landstingen ansvarar för den psykiatriska vården och kommunerna för socialtjänsten.³⁹

2.2.1 Frivillig psykiatrisk vård

Landstingets skyldighet att tillhandahålla hälso- och sjukvård är lagfäst i HSL. Denna är en ramlag där målen med hälso- och sjukvården, anges samt vilka krav som kan ställas på vården. Barn- och ungdomspsykiatri som är en del av landstingen ska erbjuda god hälso- och sjukvård, till de bosatta inom landstinget.⁴⁰ Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.⁴¹ Begrepp som självbestämmande och integritet är centrala i HSL och vården ska så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Vården får således bara ges om patienten samtyckt till denna.⁴² Lagens grundläggande principer gäller även för barn, vilket bland annat innebär att barns integritet ska respekteras på samma sätt som vuxnas. I vilken utsträckning barnets själv involveras i sin egen vård blir däremot beroende av barnets ålder och utveckling.⁴³

Landstingen har stort utrymme att organisera sin verksamhet och enligt SKL:s kartläggning har alla landsting en väl utbyggd öppenvård men heldygnsvården har

³⁸ Den psykiatriska tvångsvården LPT och LRV föreslås samlas i en lag. Betänkandet bereds inom regeringskansliet under våren 2014, SOU 2012:17 s. 35, 69, 77 och 355.

³⁹ Prop. 1989/90:28 s. 47; www.regeringen.se. Även andra organ och aktörer arbetar med ungdomars psykosociala hälsa men för detta arbetets vidkommande är socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri intressant.

⁴⁰ 3 § HSL; Med god vård avses utöver god kvalitet bl.a. att den ska vara lättillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet enligt 2 a § HSL.

⁴¹ 2 § HSL.

⁴² 2 a § HSL.

⁴³ Engström, *Tvingad till hjälp, om tvång, etik och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård*, s. 152, 155.

minskat kraftigt de senaste 15 åren. Den vård som barnpsykiatrien bedriver inom heldygnsvård är för de unga som är särskilt vårdkrävande som behöver omfattande och avancerad omvårdnad. Psykiatrisk tvångsvård är en del av denna heldygnsvård.⁴⁴

2.2.2 Frivillig vård inom socialtjänsten

I varje kommun ska det finnas en socialtjänst som har det yttersta ansvaret för att de barn och ungdomar som riskerar att fara illa så de får det stöd och den hjälp som de behöver.⁴⁵ Insatserna regleras i SoL som är en målinriktad ramlag där det i 1 kap. 1 § SoL, vilken är lagens portaparagraf anger socialtjänstens övergripande mål. Dessa ger bland annat uttryck för samhällets stödjande och kompletterande funktion till föräldrarnas roll att ge barnen goda uppväxtvillkor.⁴⁶ Frivillighet och självbestämmande är några lagens grundläggande principer och socialtjänstens roll är att ställa resurser till förfogande till de som behöver hjälp.⁴⁷ Av 5 kap. 1 § SoL framgår att barn och unga är en särskilt utpekad och skyddsvärd grupp och i paragrafen anges allmänna och målinriktade bestämmelser för omsorg av barn och ungdom i vid mening. I paragrafens sjunde strecksats framhålls särskilt att nämnden ska sörja för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det stöd och skydd som de behöver. För att avgöra om insatser ska sättas in och vilka insatser i så fall som är lämpligast, ska en utredning göras enligt 11 kap. 1 § SoL och den ska inledas så fort nämnden fått kännedom om förhållanden som kan föranleda någon åtgärd.⁴⁸

Av 5 kap. 7-8 §§ SoL framgår att socialnämnden ska verka för att människor som av psykiska skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får samhällets stöd för att kunna leva som alla andra. Genom dessa paragrafer har kommunernas skyldigheter gjorts tydligare.⁴⁹ 1994 trädde en rättighetslag, LSS, för barn och vuxna med svåra funktionsnedsättningar i kraft. Den ger bland annat personer med utvecklingsstörning,

⁴⁴ www.skl.se, *Kartläggning av psykiatriska heldygnsvården*, s. 6.

⁴⁵ 2 kap. 1 § SoL; Lundgren & Thunved: *Nya sociallagarna*, s. 22.

⁴⁶ SOU 2009:68 s. 216.

⁴⁷ Lundgren & Thunved: *Nya sociallagarna*, s. 23; De andra grundläggande principerna är: helhetssyn, kontinuitet, normalisering, flexibilitet, närhet och valfrihet, prop. 1979/80:1 s. 207-215; 1989/90:28 s. 42.

⁴⁸ Genom ansökan, anmälan eller något som kommit till kännedom på annat sätt. Enligt bl.a. 14 kap. 1 § SoL har många myndigheter och yrkesgrupper anmälningsskyldighet vid kännedom eller misstanke om att barn och unga far illa. Var och en bör emellertid göra det enligt 14 kap. 1 c § SoL.

⁴⁹ Lundgren & Thunved: *Nya sociallagarna*, s. 155.

autism eller autismliknande tillstånd samt personer med andra stora och varaktiga psykiska funktionshinder särskild stöd och service.⁵⁰

2.2.3 Samverkan mellan myndigheter

Ungdomar med en sammansatt psykosocial problematik har ofta behov av insatser från såväl BUP som socialtjänst. Samhällets särskilda skyddsansvar för utsatta unga förutsätter således ett nära samverkan mellan myndigheter och organisationer. I såväl 2 f § HSL som 5 kap. 1 a § SoL stadgas att BUP och socialnämnden ska i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Enligt 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL ska kommuner och landsting upprätta en individuell vårdplan för den unge som har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvården. Vårdplanen ska utvisa vilka insatser som behövs samt vilken av huvudmännen som ska ansvara för dessa.⁵¹ Vid psykiatrisk vård kan ett verksamt stöd från kommunens sida ha stor betydelse och denna samverkan ska bestå, enligt 7 a § LPT även vid en senare eventuell tvångsvård.⁵²

2.3 När frivilligheten inte räcker till

Gemensamt för de såväl HSL som SoL är att insatserna bygger, så långt möjligt, på frivillighet och samverkan. En ledande tanke inom såväl modern psykiatri som socialvård är att det psykiska tillfrisknandet och den sociala utvecklingen bygger på aktiv medverkan och samförstånd med individen.⁵³ Det finns likväl situationer när de frivilliga insatserna inte bedöms vara genomförbara och vård med stöd av LPT respektive LVU kan bli aktuellt. Var och en är emellertid gentemot det allmänna skyddad mot såväl frihetsberövanden som skydd för ingrepp i den kroppsliga integriteten och rörelsefriheten.⁵⁴ Dessa grundlagsfästa rättigheter får endast begränsas genom lag om det tillgodoser ett syfte som är godtagbart i ett demokratiskt samhälle, är proportionerligt och inte sträcker sig så långt att det utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen.⁵⁵ Varken HSL

⁵⁰ Kommunen är huvudman för denna typ av stöd och service, 1 § LSS.

⁵¹ Med socialtjänstinsatser avses såväl insatser enligt SoL som LSS och LVU. Lundgren & Thunved: *Nya sociallagarna*, s. 36; Johnsson & Sahlin, Zeteo, kommentaren till 3 f § HSL.

⁵² SOU 2009:68 s. 216; Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen, en lagkommentar i historisk belysning*, s. 69.

⁵³ Prop. 1990/91:58 s. 70; Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen, en lagkommentar i historisk belysning*, s. 64.

⁵⁴ 2 kap. 8 och 6 §§ RF.

⁵⁵ 2 kap. 20 och 21 §§ RF.

eller SoL innehåller sådana tvångsföreskrifter utan lagstiftaren har valt att reglera detta i separata lagar, LPT och LVU. Båda lagarna innehåller föreskrifter som är förenade med frihetsberövande samt annat tvång och legalitetsprincipen är således central. Det är först när samtliga rekvisit är uppfyllda som rättsföljden, tvångsvård kan inträda.⁵⁶ Förvaltningsrätten beslutar om beredande av vård efter socialnämndens ansökan enligt 4 § LVU.⁵⁷ Beslut om intagning för psykiatrisk tvångsvård grundas på ett vårdintyg utfärdat av legitimerad läkare, där det framgår att det finns sannolika skäl att förutsättningarna för vård är uppfyllda enligt 4 § LPT. Beslut om intagning fattas sedan av chefsöverläkare vid enhet för psykiatrisk vård enligt 6 b § LPT. Psykiatrisk tvångsvård bygger således på en så kallad tvåläkarprövning, vilket innebär att två olika läkare deltar i beslutsprocessen, en som fattar beslut om vårdintyget och en annan som fattar själva intagningsbeslutet. Den senare ska vara chefsöverläkare.⁵⁸

2.4 Sammanfattande kommentar

Samhället ansvar för unga med sociala och psykiska problem fördelar sig mellan landstingen som har ansvar att ge unga med psykiska problem adekvat vård och behandling och kommunen som har det övergripande ansvaret för de ungas sociala hälsa och utveckling. Denna fördelning med två parallella omsorgssystem har vuxit fram genom historien. Unga personer som beter sig på ett sätt som inte är acceptabelt av samhället faller traditionellt inom socialtjänstens omsorg och de unga som har en psykisk ohälsa som kräver expertis inom området vårdas inom psykiatrin. Gemensamt för de båda är att utgångspunkten är frivillighet och den unges behov ska stå i centrum. BUP ska ansvara för den psykiatriska expertisen med diagnostisering, vård och behandling. Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att enskilda ska få det stöd och den hjälp som den behöver och har även rollen som initiativtagare till den sociala tvångsvården. Helhetssyn ska präglade verksamheten där individens problem ska ses i förhållande till sitt totala livssammanhang. Dessa båda system ska samverka när det är problem som är

⁵⁶ Förutsättningarna för vård enligt LPT behandlas i avsnitt 3 och enligt LVU i avsnitt 4.

⁵⁷ I akuta situationer kan socialnämnden besluta om omedelbart omhändertagande enligt 6 § LVU men detta beslut ska underställas förvaltningsrätten för prövning enligt 7 § LVU.

⁵⁸ Anser sedan chefsöverläkaren att vården behöver pågå mer än 4 veckor ska denne ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt vård enligt 7 § LPT. Är patienten redan intagen för frivillig psykiatrisk vård kan chefsöverläkaren fatta ett så kallat konverteringsbeslut som innebär att patienten överförs från frivillig till psykiatrisk tvångsvård enligt 11 § LPT. Detta beslut som även det är en tvåläkarprövning ska underställas förvaltningsrätten senast dagen efter. Anser chefsöverläkaren att vården ska fortsätta ska ansökan om medgivande till fortsatt vård göras hos förvaltningsrätten.

hemmahörande i de respektive organisationerna. När frivilligheten inte räcker till kan det finnas legala möjligheter till tvångsvård enligt LPT och LPT och förutsättningarna för detta redogörs i de följande avsnitten.

3 Tvångsvård enligt LPT

I detta avsnitt redogörs för samhällets legala förutsättningar att med tvång ingripa och bereda ungdomar med psykosociala problem psykiatrisk tvångsvård enligt LPT. Först genom de allmänna utgångspunkter som gäller vid psykiatrisk tvångsvård, därefter vilka förutsättningar som ska uppfyllas. Dels behandlas begreppet ”allvarlig psykisk störning” som är ett centralt begrepp i detta arbete, dels behandlas översiktligt att det ska föreligga såväl ett oundgängligt vårdbehov som att den unge motsätter sig vården.

3.1 Allmänt om psykiatrisk tvångsvård

Psykiatrisk tvångsvård enligt LPT har ingen föreskriven åldersgräns och gäller sålunda även barn och unga som behöver psykiatrisk vård.⁵⁹ En ledande tanken inom modern psykiatri är att för psykiskt tillfrisknande ska vården bygga på aktiv medverkan av patienten. Den ska därför, i så stor utsträckning som möjligt, ges i frivilliga former.⁶⁰ Syftet med vården enligt LPT är att skapa förutsättningar för att den som har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, ska bli i stånd till att frivilligt medverka till fortsatta stöd- och behandlingsinsatser. Målet är följaktligen att motivera den unge så vården kan genomföras frivilligt och att ta emot det stöd som behövs för att återvinna den psykiska hälsan. Tvång ska således endast användas när vård på frivillig grund inte räcker till, begränsas till vad som är absolut nödvändigt och utgöra endast temporära undantagsåtgärder.⁶¹

Av 1 § LPT framgår att HSL:s grundläggande föreskrifter med mål och krav gäller även för psykiatrisk tvångsvård och de ska ha genomslag i den psykiatriska vårdens innehåll och utförande. HSL:s krav på samråd samt respekt för patientens självbestämmande och integritet ska följaktligen, så långt som möjligt eftersträvas. Integritetskränkande våldsåtgärder ska tillämpas restriktivt och alltid föregå en proportionalitetsbedömning där nyttan med åtgärden ställs mot ingreppet för patienten.⁶²

⁵⁹ Jmf. 18 respektive 21 år i 1 § LVU.

⁶⁰ Prop. 1990/91:58 s. 70, se även tidigare avsnitt 2.2.1 som behandlade frivillig vård enligt HSL.

⁶¹ 2 § 2 st. LPT; Prop. 1990/91:58 s. 70; Grönwall & Holgersson: *Psykiatrin, tvånget och lagen, en lagkommentar i historisk belysning* s. 64.

⁶² 2 a § LPT; Prop. 1990/91:58 s. 77; SOSFS 2008:18 (M), s. 14; Grönwall & Holgersson: *Psykiatrin, tvånget och lagen, en lagkommentar i historisk belysning* s. 62.

Det finns två former under vilken psykiatrisk tvångsvård kan bedrivas, antingen öppen eller sluten psykiatrisk tvångsvård.⁶³ Med sluten psykiatrisk vård tvångsvård menas vård som ges till patient intagen vid sjukvårdsinrättning. 2008 infördes öppen psykiatrisk vård som innebär att istället för att tas in på en låst institution som sluten psykiatrisk tvångsvård innebär, kan vården istället bedrivas utanför institutionen dock förenat med vissa krav. Kraven kan bestå i att patienten ska ta viss medicin, skyldig att hålla kontakt med viss institution, vårdcentral eller person, avstå från att använda berusningsmedel eller ha kontakt med vissa personer. Sanktionen om dessa krav inte uppfylls är att patienten riskerar att underställas sluten psykiatrisk vård. Den bakomliggande tanken till behandlingsformen är att patienten exempelvis kan vara farlig för sig själv eller sin omgivning utan sin medicin och denna risk är mycket begränsad vid medicinering.⁶⁴ Öppen psykiatrisk tvångsvård kan endast ges efter sluten psykiatrisk tvångsvård. Psykiatrilagsutredningen har i sin översyn av LPT lagt förslag att patienten ska kunna bli föremål för öppen psykiatrisk tvångsvård utan att sådan vård har föregåtts av en sluten psykiatrisk tvångsvård på en sjukvårdsinrättning.⁶⁵ Enligt de allmänna råden som Socialstyrelsen gav vid införandet av LPT bör barn och ungdomar under 18 år vårdas på en BUP-klinik om psykiatrisk tvångsvård är aktuell.⁶⁶

3.2 Förutsättningar för tvångsvård

Förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård regleras i 3 § LPT och denna vård får endast ges när samtliga krav är uppfyllda. Av paragrafen framgår att patienten ska lida av en allvarlig psykisk störning och ha ett vårdbehov på grund av till sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt. Detta behov av psykiatrisk vård ska vara oundgängligt och inte kunna tillgodoses på annat sätt än genom att den unge tas in på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnet runt vård (sluten psykiatrisk tvångsvård) eller genom att iakta särskilda villkor för att nödvändig psykiatrisk tvångsvård (öppen psykiatrisk tvångsvård). Det krävs vidare att den unge motsätter sig

⁶³ 2 § LPT; Jfr begreppen i 5 § HSL där slutenvård avser vård som ges under intagning vid sjukvårdsinrättning medan annan vård benämns som öppenvård. Skillnaden är att HSL avser vård på frivillig väg och LPT sker under tvång.

⁶⁴ Diesen, *Terapeutisk juridik* s. 156.

⁶⁵ SOU 2012:17 s. 38, betänkandet bereds inom regeringskansliet under våren 2014.

⁶⁶ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:9, LPT – Tillämpning av lagen om psykiatrisk tvångsvård, s. 39. I de senare allmänna råden SOSFS 2008:18 (M) nämns däremot inte barn och ungdomar över huvud taget.

ovan nämnda vård eller att det på grund av dennes psykiska tillstånd finns en grundad anledning att anta att vården inte kan ges med patientens samtycke.⁶⁷

3.2.1 Allvarlig psykisk störning

Ett av de grundläggande rekvisiten för psykiatrisk tvångsvård är att patienten lider av en allvarlig psykisk störning. Begreppet infördes då nuvarande LPT trädde i kraft. Den lag som föregick LPT talade istället om psykisk sjukdom och därmed jämställd psykisk abnormitet.⁶⁸ Allvarlig psykisk störning tillkom efter överväganden då man ville finna ett begrepp som koncentrerat beskrev vilka psykiska tillstånd som avsågs, men samtidigt bedömdes det inte var lämpligt att i lagtext räkna upp mera precist alla tillstånd. Vid införandet underströks att rena biologiska sjukdomsbegrepp inte längre skulle få vara grundläggande vid avgörande om psykiatrisk tvångsvård. Det påpekades även vikten av att slå vakt om en helhetssyn på patienten och att fasta på att psykiska störningar i regel kan återföras på såväl biologiska som psykologiska och sociala faktorer som ofta samspelar och förstärker varandra.⁶⁹ Begreppet är sålunda ett samlingsbegrepp för olika tillstånd och lagtexten innehåller inte någon närmare definition. I förarbetena till lagen anges följande:

*”Till allvarlig psykisk störning bör i första hand räknas tillstånd av psykotisk karaktär, således tillstånd med störd realtidsuppfattning och med symtom av typen vanföreställningar hallucinationer och förvirring. [...] Till allvarlig psykisk störning bör också räknas allvarliga depressioner med självmordstankar. Vidare bör dit föras svårartade personlighetsstörningar (karaktärsstörningar), exempelvis vissa invalidiserande neuroser och personlighetsstörningar med impulsgenombrott av psykoskaraktär. Tvångsvård bör vidare kunna aktualiseras när en krisreaktion är sådan att påverkan på den psykiska funktionsnivån blir så uttalad att den är av psykotisk art.”*⁷⁰

Vidare anges att alkohol- och narkotikarelaterade skador såsom olika former av psyko- och förvirringstillstånd kan även utgöra allvarlig psykisk störning. Dessa uppräknade tillstånd ska emellertid inte ses som någon uttömmande uppräkning utan snarare som en vägledande redogörelse.⁷¹ I en studie gjord av jur. dr. Ewa Gustafsson, bestående av 660

⁶⁷ Prop. 1990/91:58 s. 82.

⁶⁸ Se 1 § LSPV.

⁶⁹ Prop. 1990/91:58 s. 85.

⁷⁰ Prop. 1990/91:58 s. 86.

⁷¹ Prop. 1990/91:58 s. 86, 238 och 239.

rättsfall från underinstans, visade att i de fall diagnos/tillstånd redovisas är psykoser/psykossjukdomar den vanligast förekommande anledningen till psykiatrisk tvångsvård och därefter olika schizofrena tillstånd och vanföreställningar.⁷²

Bedömningen huruvida en psykisk störning är allvarlig eller inte ska göras utifrån såväl störningens *art* som dess *grad*. Med art avses typen av störning medan omfattningen av det ingrepp i personligheten som störningen förorsakar avser grad. Vissa typer av psykiska störningar är att anse som allvarliga till såväl art som grad, medan vissa störningar får anses allvarliga till sin art men behöver däremot inte vara allvarliga till sin grad, exempelvis schizofreni.⁷³ Andra typer av störningar, exempelvis depression, är inte alltid att bedöma såsom av allvarlig art då den kan ta sig olika uttryck, variera i grad och utgöra inslag i andra diagnoser.⁷⁴ Depression är ofta ett symtom med högst varierande uttryckssätt och svårighetsgrad som förekommer hos några procent av ungdomar i tonåren. Störningens grad får därför avgöra huruvida det föreligger en allvarlig psykisk störning eller inte. Tvångsvård vid depression förekommer i samband med suicidförsök. Hos ungdomar är suicidförsök ganska vanligt där inte alla försök är allvarligt menade. Att avgöra detta är emellertid oerhört svårt och risken för förnyade försök är många gånger betydande. Självordsförsöken är inte heller alltid orsakade av en egentlig depression men andra allvarliga bakomliggande problem kan finnas som ungdomen behöver få hjälp med. Självskadebeteende är ett symtom som blivit allt vanligare där det ofta är svår ångest som driver beteendet. Tvångsvård vid denna typ av beteende kan förekomma om det bedöms så pass allvarligt att det är självmordsnära och eventuellt livshotande.⁷⁵

Det är en sammanvägning av arten av störningen och de symtom och yttringar i övrigt som måste göras i varje enskilt fall för att avgöra graden av störningen. Vid denna prövning måste även hänsyn tas till växlingar i tillståndet samt återfallsrisk om behandlingen avbryts för tidigt. Så länge det föreligger en påtaglig risk att de psykiska symtomen kan återkomma om behandlingen avbryts, är den psykiska störningen att anse

⁷² Gustafsson, *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet: en rättsvetenskaplig monografi om LPT*, s. 140. Studien hade ingen åldersavgränsning liknande den i detta arbete och avsåg således till största delen vuxna. Av de 660 fallen var endast ett fåtal 18 år eller yngre. För diagnoser se bilaga p. 5, 10, 11.

⁷³ Sjukdomsförloppet vid Schizofreni kan vara kontinuerligt eller episodiskt då perioder av förbättring och tillfrisknande ingår och kan ha ett tämligen lindrigt förlopp. Allgulander, *En introduktion till klinisk psykiatri*, s. 89; Prop. 1990/91:58 s. 87.

⁷⁴ Prop. 1990/91:58 s. 87.

⁷⁵ Prop. 1990/91:58 s. 86 och 87; Engström, *Tvingad till hjälp, om tvång, etik och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård*, s. 24 och 25.

som av allvarlig art. Detta kan, om än i undantagsfall, göra att vården sträcker sig över avsevärd tid.⁷⁶ Vad som vidare anses som allvarlig psykisk störning förändras över tid. Kleptomani, pyromani och sexuella persioner som exempelvis pedofili och sexuell sadism kan i vissa fall utgöra en allvarlig psykisk störning. En person får emellertid inte underkastas psykiatrisk vård enbart av sociala skäl.⁷⁷

Ett undantag från lagens tillämpningsområde stadgas i 3 § 3 st. LPT där det framgår att om den psykiska störningen enbart utgörs av en utvecklingsstörning får tvångsvård inte ges. Vid lagens tillkomst hänvisades i lagmotivet till att denna grupp har rätt till särskild omsorg. Förutsättning för tvångsvård kan ändå föreligga om en person samtidigt med en utvecklingsstörning lider av en annan kvalificerad psykisk störning som ger upphov till ett så oundgängligt psykiatriskt vårdbehov att LPT kan bli tillämplig.⁷⁸

Begreppet allvarlig psykisk har nyligen varit föremål för översyn där det av kommittédirektivet framgår att utredaren skulle se över förutsättningarna för intagning till psykiatrisk tvångsvård och bland annat analysera om det nuvarande kriteriet ”allvarlig psykisk störning” är lämpligt. Psykiatrilagsutredningen föreslår att begreppet allvarlig psykisk störning behålls som ett samlingsbegrepp för att beskriva de grundläggande tillstånd som måste föreligga hos en person för att kunna bli föremål för psykiatrisk tvångsvård. Vidare föreslår utredningen att undantaget för personer med utvecklingsstörning tas bort med motivering att möjliggöra att personer med störningar inom autismspektrat kan ges vård med stöd av lagen.⁷⁹

3.2.2 Oundgängligt vårdbehov

Även om det står klart att den unge lider av en allvarlig psykisk störning är detta inte i sig tillräckligt för tvångsvård, utan det ska dessutom föreligga ett oundgängligt vårdbehov. I lagmotivet anförde departementschefen att en psykisk störning inte ensamt får utgöra motiv för tvångsvård, hur djup störningen än är. Därutöver krävs att patienten har ett absolut nödvändigt behov av psykiatrisk expertis som inte kan tillgodoses utan

⁷⁶ Prop. 1990/91:58 s. 87.

⁷⁷ SOSFS 2008:18 (M), s. 16.

⁷⁸ Den i propositionen hänvisade omsorgslagen har ersatts med LSS som ger bl.a. personer med utvecklingsstörning rätt till stöd och service. Enligt omsorgslagen innefattade de med allvarliga psykiska defekter av barndomspsykos. Det dåvarande begreppet barndomspsykos är ett föråldrat begrepp och idag används istället begreppet autismspektrumstörning. Prop. 1990/91:58 s. 87; SOU 2012:17 s. 36.

⁷⁹ Kom. dir 2008:93 s. 13; SOU 2012:17 s. 36.

tvångsvård. Med oundgängligt vårdbehov avses att det ska vara absolut nödvändigt i det aktuella skedet och är således inte tillräckligt om det ter sig endast på sikt.⁸⁰ Vårdbehovet ska vara så uttalat att det inte kan bli tillgodosett på annat sätt än genom tvångsvård och det kräver noggrann utredning av tänkbara alternativa vård- och omsorgsformer i varje särskilt fall. Vid bedömning av den unges vårdbehov är det framför allt om det finns en omedelbar risk för den unges liv och hälsa som ska vara avgörande. En samlad bedömning av den unges psykiska tillstånd och situation i övrigt måste göras, där hänsyn inte bara tas till den allvarliga psykiska störningen utan även till levnadsförhållanden och relationer till omgivningen. Kan tillräcklig vård ges i sin egen eller annan miljö utan intagning för tvångsvård får tvångsvård inte ges. Av 3 § 4 st. LPT framgår att vid bedömning av vårdbehovet ska även vägas in om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. I lagmotivet påtalas att omgivningsskyddet inte är en fråga primärt för psykiatrin, utan denna uppgift bör ombesörjas inom rättsväsendet. Vid psykiska störningar som yttrar sig i handlingar som är farliga för omgivningen kan dock denna riskbedömning utgöra en faktor för patientens vårdbehov.⁸¹

3.2.3 Patienten motsätter sig vård

Ytterligare en faktor som måste bedömas är huruvida den unge motsätter sig den nödvändiga vården eller på grund av sitt psykiska tillstånd saknar uppenbar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan. För att tvångsvård ska bli aktuellt krävs enligt huvudregeln att den unge motsätter sig nödvändig vård. Uttrycket för sin inställning kan ges verbalt, men även genom att handla eller uppträda på något visst sätt. Om den unge ger uttryck för att motsätta sig vården är det av vikt att personalen förklarar och motiverar till att genomgå vården på frivillig väg. Vacklar den unge i sin inställning kan det stundom vara svårt att tolka den verkliga viljan och då kan det vara nödvändigt för den ansvariga läkaren att värdera om samtycket är allvarligt menat samt om det verkligen inbegriper all den vård som oundgängligen behövs. Det som ska tillmätas betydelse är patientens egen inställning till den vård som anses nödvändig och det gäller i

⁸⁰ Prop. 1990/91:58 s. 239. Psykiatrilagsutredningen föreslår att begreppet ändras till påtagligt behov, SOU 2012:17 s. 36.

⁸¹ Prop. 1990/91:58 s. 91, 97 och 239; För att förstärka omgivningsskyddet föreslår psykiatrilagsutredningen att farerekvisitet utgör en självständig grund för intagning, SOU 2012:17 s. 36.

princip även om patienten är underårig och vårdnadshavares inställning är inte avgörande i detta hänseende.⁸²

3.3 Sammanfattande kommentar

De unga med psykosociala problem kan i vissa fall beredas vård enligt LPT. Avgörande är bland annat om den unge har en allvarlig psykisk störning som gör att hen behöver nödvändig psykiatrisk vård (psykiatrisk expertis). Denna vård kan då i vissa fall ges även om den unge motsätter sig det. LPT innehåller inte någon särreglering för vård av unga utan LPT-reglerna i dess helhet gäller även för unga. Centralt vid bedömning är om det föreligger ett oundgängligt vårdbehov med anledning av den allvarliga psykiska störningen. Begreppet, allvarlig psykisk störning är ett juridiskt samlingsbegrepp som ska täcka olika tillstånd som inte är utpekade på förhand. Även om förarbeten framhäver vissa tillstånd, exempelvis av psykotisk karaktär, ska även andra tillstånd inrymmas och chefsöverläkaren har att bedöma tillståndet utifrån störningens art och grad där en sammanvägning i varje enskilt fall måste göras vid ansökan om psykiatrisk tvångsvård.

⁸² Prop. 1990/91:58 s. 70, 241 och 242; Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen, en lagkommentar i historisk belysning*, s. 70.

4 Tvångsvård enligt LVU

I detta avsnitt redogörs för samhällets legala förutsättningar att med tvång ingripa och bereda ungdomar som har psykosociala problem, vård enligt LVU. Först behandlas de allmänna förutsättningarna för vård enligt LVU, vårdbehov, samtyckes- och riskbedömning, då de tillsammans med beteendegrunderna utgör grund för tvångsvård enligt denna lag. Därefter behandlas beteenderekvisiten i 3 § LVU. Eftersom de ungas beteendeproblem ofta sträcker sig över flera beteendegrunder behandlas såväl, missbruk och brottslig verksamhet, som ”annat socialt nedbrytande beteende”, med särskilt fokus på det sistnämnda.

4.1 Allmänt om vård enligt LVU

När frivillig vård inom socialtjänsten inte är möjlig kan den unge, under vissa förutsättningar, beredas vård enligt LVU. I förarbetena till lagen anförts att det förhållandet att det förekommer en psykisk störning (psykiatrisk grundproblematik) inte utgör hinder mot att tillämpa LVU, men är inte heller en tillräcklig förutsättning. Det kan finnas skäl att ingripa med ett omhändertagande med stöd av lagen när det gäller ungdomar som till följd av en psykisk störning missbrukar, begår brott eller har ett annat socialt nedbrytande beteende. Departementschefen erinrar om att det är socialtjänsten som har det yttersta ansvaret för barn och ungdomar som far illa, att de får den hjälp de behöver men vilka vårdinsatser som är lämpligast måste avgöras från fall till fall. I vissa fall kan den nödvändiga vården ges inom ramen för socialtjänstens egna behandlingsresurser, i andra fall kan det vara lämpligare att bereda den unge vården inom psykiatri.⁸³ Vård enligt LVU kan således ges även om det föreligger en psykisk störning, om de övriga förutsättningarna enligt lagen föreligger. Vilka dessa förutsättningar är behandlas i det följande.

I avsnitt 2 har principerna om frivillighet och självbestämmande i SoL behandlats. Dessa grundläggande principer är gällande även vid tvångsvård och i 1 § 1 st. LVU återknyts till dessa där det understryks att insatserna ska ges i samförstånd med den unge samt präglas av respekt för den unges människovärde och integritet. LVU är således ett komplement till de frivilliga vårdinsatserna där syftet är att samhället ska fullgöra sin skyldighet att, vid sidan om föräldrarna, tillgodose barns och ungdoms behov av omsorg, vård och

⁸³ Prop. 1989/90:28 s. 67.

skydd då deras fysiska eller psykiska hälsa eller sociala utveckling är i fara.⁸⁴ LVU kan därför inte användas för att tillgodose ett allmänintresse eller för att tillgodose samhällsskyddet.⁸⁵ SoL:s intentioner och anda ska gälla även vid tillämpningen av LVU och så även principen om barnets bästa (art. 3 barnkonventionen), vilket även kommer till uttryck i 1 § sista st. LVU.⁸⁶

4.2 Förutsättningar för vård

4.2.1 Vårdbehovet

Samhällets rätt och skyldighet till vårdinsatser utan den enskildes samtycke knyts till frågan om förekomsten av ett vårdbehov, som inte kan tillgodoses med frivilliga lösningar. Det är därför viktigt att nämnden noggrant redogör för innehållet i den planerade vården och hur den är tänkt att genomföras.⁸⁷ Vårdbehovet styr sedan vårdformen utifrån den unges enskilda behov, men de grundläggande principerna om kontinuitet, flexibilitet och närhet ska alltså gälla. SoL:s regler om samverkan med andra organ och myndigheter gäller fortfarande, vilket är av betydelse för vårdplaneringen för ungdomar med psykosociala problem.⁸⁸ Vården ska emellertid alltid inledas utanför den unges eget hem och om den unge behöver stå under särskilt noggrann tillsyn kan nämnden besluta om placering vid särskilt ungdomshem enligt 12 § LVU.⁸⁹

4.2.2 Samtycke

Enligt 1 § 2 st. LVU ska den som är under 18 år beredas vård om det kan antas att behövlig vård inte kan ges den unge med samtycke av den eller dem som har vårdnaden och när den unge har fyllt 15 år, av honom eller henne själv.⁹⁰ Är den unge under 15 år får vederbörande visserligen inte bestämma över vården men inställningen kan ändå omöjliggöra vård i frivilliga former eftersom vård med stöd av SoL kan bli mycket svårt att genomföra om exempelvis den unge befaras avvika eller på annat sätt omöjliggöra vården. När den unge fyllt 15 år ska samtycket till behövlig vård enligt SoL alltid

⁸⁴ Prop. 1989/90:28 s. 37 och 38; SOSFS 1997:15 s. 11.

⁸⁵ Prop. 1979/80:1 s. 583. Jmf. 11 § 2 p. LPT som har inslag av omgivningsskydd.

⁸⁶ Vahlne Westerhäll: *Den svenska socialrätten*, s. 251.

⁸⁷ Hollander, *Omhändertagande av barn*, s. 173; Lundgren & Thunved: *Nya sociallagarna*, s. 355 och 364.

⁸⁸ 6 kap. 1 § SoL, Lundgren & Thunved: *Nya sociallagarna*, s. 170 och 171.

⁸⁹ 11 § LVU. Vid de särskilda ungdomshemmen kan även den unges rörelsefrihet begränsas samt andra särskilda befogenheter enligt 15-20 b §§ LVU.

⁹⁰ Enligt 1 § 3 st. LVU får vård även beredas i "beteendefallen" för de som fyllt 18 men inte 21 år. Eftersom detta arbete är avgränsat till att behandla unga upp till 18 år berörs detta inte vidare.

inhämtas och en vägran till vården utgör hinder för frivillig vård. Även om ett samtycke som regel ska respekteras kan vård med stöd av LVU ändå vara aktuellt trots samtycke till frivillig vård. Samtycket kan komma att prövas i fråga om det är allvarligt menat, riskerar att återkallas eller är villkorat, då samtycket ska avse hela den planerade vården. Det finns inga formella krav på samtyckets utformning men med hänsyn till den betydelse ett lämnat samtycke kan ha, bör det enligt Socialstyrelsens uppfattning, regelmässigt avges skriftligt, helst på den upprättade vårdplanen.⁹¹

4.2.3 Riskbedömning

För vård enligt LVU ska även föreligga en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas. Med hälsa avses både fysisk och psykisk hälsa, medan utveckling innefattar såväl social som känslomässig och intellektuell utveckling.⁹² Ett omhändertagande är en allvarlig åtgärd som inte ska tillämpas utan tungt vägande skäl. I samband med införandet av nuvarande LVU ändrades det tidigare begreppet *fara* till *påtaglig risk* för skada. Ändringen avsåg att markera att tonåringar som missbrukar droger, begår brott eller i övrigt har sociala anpassningssvårigheter i första hand bör erhålla vård inom socialtjänsten.⁹³ Departementschefen anförde i propositionen att det får inte vara fråga om en obetydlig, oklar eller avlägsen risk utan istället en klar och konkret risk som ger belägg för att den unges hälsa och utveckling riskerar att skadas. Ett subjektivt antagande att den unge riskerar att skadas eller ovidkommande omständigheter, exempelvis allmänna samhällsvärderingar, får därför inte läggas till grund för ett tvångsomhändertagande.⁹⁴ En avvägning måste emellertid göras då det är av vikt att insatserna kommer till stånd innan problemen blivit så allvarliga att det är svårt att komma till rätta med dem och samhället måste ges möjlighet att ingripa i ett tidigare skede, då det finns större möjligheter att vända en destruktiv utveckling.⁹⁵

I riskbedömning är kunskaper om barn och ungdomars behov och utveckling av grundläggande betydelse. Utöver social bedömning kan denna behöva kompletteras med exempelvis ett rättsläkarintyg, barnpsykiatrisk intyg, psykologutlåtande eller andra

⁹¹ SOSFS 1997:15 s. 15-18; Prop. 1989/90:28 s. 38.

⁹² SOSFS 1997:15 s. 21.

⁹³ Prop. 1989/90:28 s. 109.

⁹⁴ Prop. 1989/90:28 s. 63; Ej heller oklara eller hypotetiska risker. Utgångspunkten är om det finns en påtaglig risk för skada i den unges aktuella situation. RÅ 2009 ref. 69.

⁹⁵ Prop. 1989/90:28 s. 63.

utlåtande av särskilt sakkunniga. Anna Kaldal, docent i processrätt, anför att vid bedömning om risknivån är uppnådd kan det inte enbart göras utifrån rättskällorna, utan även med stöd av den kunskap som finns om risken för en negativ utveckling hos barn och unga. Domaren tvingas följaktligen till att ta ställning till erfarenhetssatser ur komplex natur.⁹⁶ Enligt 32 § LVU får socialnämnden besluta om läkarundersökning och utse läkare för denna. En sådan undersökning ska, om inte särskilda skäl talar emot det, ske innan nämnden gör en ansökan om beredande av vård. Undersökningen är ofta nödvändig för att nämnden ska kunna bedöm om den unge är i behov av vård enligt lagen och utgör ett komplement till den sociala utredningen. Både omfattningen av läkarundersökningen och vem som utför den, det vill säga vilken expertis som krävs, avgörs utifrån situationen i det enskilda fallet, men både somatisk som psykisk status bör undersökas.⁹⁷

4.3 Beteendefallen i 3 § LVU

Utöver förutsättningarna som nämnts, kan de unga vårdas med stöd av LVU i två huvudfall. Dels med stöd av 2 § LVU ”miljöfallen”, dels med stöd av 3 § LVU ”beteendefallen”. För detta arbetes vidkommande är 3 § LVU av intresse och i denna paragraf görs en uppräknig av flera alternativa grunder.⁹⁸ Departementschefen påpekade problematiken med att lagstiftningen måste täcka en mängd situationer då ett ingripande från samhället framstår som ofrånkomligt. Utformningen av grunderna måste därför å ena sidan vara tillräckligt generella för att täcka alla de situationer när barn far så illa att de behöver omhändertas, å andra sidan krävs av rättssäkerhetsskäl, att de inte är så allmänna och vaga att de ger upphov till tolkningsproblem och subjektiva bedömningar. Det är således en komplex balansgång mellan flexibilitet och legalitet, där såväl vårdbehov ska tillgodoses som beaktan av den integritetskränkning det innebär mot en enskild.⁹⁹

Av 3 § LVU framgår det således att vård ska beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas, genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende. Bestämmelsen omfattar således den unges eget beteende och den påtagliga risk för den unges hälsa och utveckling som kan följa av beteendet.

⁹⁶ SOSFS 1997:15 s. 21; Kaldal, *Festskrift till Anna Hollander*, s. 378.

⁹⁷ Prop. 1989/90:28 s. 69 och 70; SOSFS 1997:15 s. 40.

⁹⁸ Med hänsyn till framställningens avgränsning behandlas inte vidare 2 § LVU.

⁹⁹ Prop. 1989/90:28 s. 51; Kaldal: *Festskrift till Anna Hollander*, s. 376 och 377.

4.3.1 Missbruk av beroendeframkallande medel

Den första beteendegrunden är missbruk av beroendeframkallande medel och med det avses alkohol, narkotika eller därmed jämställda tekniska preparat, exempelvis thinner. Frågan om det föreligger ett missbruk måste bedömas från fall till fall och utifrån vilket preparat som avses. Ur förarbetena till gamla LVU kan utläsas att det ska röra sig om ett regelbundet bruk. Vidare påpekades att enstaka bruk av tung narkotika, exempelvis heroin, liksom längre tids frekventa missbruk, oavsett preparat, kan innebära en risk för den unges hälsa och utveckling. I Socialstyrelsens allmänna råd påpekas beträffande blandmissbruk att effekten vid blandning av olika preparat är svårare att förutse, vilket gör att ett sådant missbruk måste bedömas mer riskfyllt.¹⁰⁰

4.3.2 Brottslig verksamhet

Den andra beteendegrunden är brottslig verksamhet och med det avses inte rena bagatellförseelser och inte heller enstaka brott som inte är av allvarlig art. Det är först när brottsligheten ger uttryck för en sådan bristande anpassning till samhällslivet, att det föreligger ett vård- och behandlingsbehov, som bestämmelsen blir aktuell. Det förutsätter således att den unge begår upprepade brott som inte är av bagatellkaraktär eller att begå enstaka brott av allvarligare slag. Det är återigen vårdbehovet av den unge som är det centrala och inte brottet i sig.¹⁰¹

4.3.3 Annat socialt nedbrytande beteende

Den tredje beteendegrunden, och den grund som är av särskilt intresse i detta arbete, är ”annat socialt nedbrytande beteende”. I gamla LVU användes istället uttrycket ”annat därmed jämförbart beteende” men ändrades till den nuvarande formuleringen eftersom lagstiftaren ville vidga användningen av rekvisitet för att fånga in vissa asociala beteende som tidigare inte fångats in av rekvisitet.¹⁰² Professor Gunnar Bramstång benämner rekvisitet för *generalklausulen* och med rekvisitet avses att den unge betar sig på ett sätt

¹⁰⁰ Med beroendeframkallande medel avses även flyktiga lösningsmedel, deodoranter mm som innehåller alkohol. Med alkohol menas sprit och alla sådana drycker som inte räknas som alkoholfria enligt lag (1977:292). Med narkotika menas de medel som läkemedelsverket upptar i sin narkotikaförteckning. Prop. 1979/80:1 s. 583; SOSFS 1997:15 s. 33.

¹⁰¹ Prop. 1979/80:1 s. 583.

¹⁰² Prop. 1989/90:28 s. 66-67.

som avviker från samhällets grundläggande normer.¹⁰³ Genom formuleringen ”något annat” avsågs att markera något som skiljer sig från de andra två beteendegrunderna, det vill säga att det får inte vara fråga om missbruk eller brottslig verksamhet. Var gränsen för asocialiteten går är inte klart och entydigt. Avgörande är personens sätt att uppföra sig eller uppträda. Det är således inte tillräckligt att följderna av beteendet bryter mot samhällets grundläggande normer, utan det är själva beteendet i sig som ska vara asocialt. Alla farliga beteenden är likväl inte nödvändigtvis socialt nedbrytande, exempelvis fjällklättring och andra våghalsiga sporter kan vara farliga levnadssätt men anses inte vara socialt nedbrytande beteende i LVU:s mening.¹⁰⁴

4.3.3.1 Definition enligt förarbeten

För vägledning av rekvisitets omfattning ger lagmotivet följande exempel:

*”Med ”socialt nedbrytande beteende” menas att den unge beter sig på ett sätt som avviker från samhällets grundläggande normer. Exempel på detta är att den unge begår något eller några enstaka allvarliga brott utan att man för den skull kan tala om brottslig verksamhet. Vidare kan det vara fråga om att den unge vistas – annat än tillfälligt – i en s.k. knarkarkvart eller någon annan missbrukarmiljö eller att den unge prostituerar sig eller uppträder på en sexklubb. Det bör dock framhållas att beteendet även skall innebära en påtaglig risk för den unges hälsa eller utveckling.”*¹⁰⁵

Detta är för övrigt ett citat som används flitigt i de rättsfall som behandlas senare i det empiriska avsnittet. Av Socialstyrelsens allmänna råd framgår att det är en sammantagen bedömning av de olika beteenden som den unge uppvisar som ska avgöra om rekvisitet ska tillämpas. Uppräkningen i förarbetena är inte uttömmande och denna typ av konstruktion är enligt Kaldal vanlig inom rättsområden som har till syfte att bereda vård, då det rättsliga begreppet ska kunna följa kunskaps- och samhällsutvecklingen på området.¹⁰⁶

¹⁰³ Begreppet generalklausulen användes då ”gamla LVU” var gällande rätt men min bedömning är att begreppet med dess omfång är överförbart till nuvarande LVU. Prop. 1989/90:28 s. 67.

¹⁰⁴ Prop. 1989/90:28 s. 66; Schlytter: *Kön och juridik i socialt arbete*, s. 16; Bramstång: *Sociallagstiftningen, en kommentar*, s. 261.

¹⁰⁵ Prop. 1989/90:28 s. 109.

¹⁰⁶ SOSFS 1997:15 s. 24; Kaldal, *Festschrift till Anna Hollander*, s. 378.

4.3.3.2 Andra beteenden som kan vara socialt nedbrytande

4.3.3.2.1 Doping

Dopingmedel¹⁰⁷ anses inte utgöra beroendeframkallande medel och är därmed inte ensam grund på grund av missbruk. Det är emellertid inget som hindrar tillämpning av LVU eftersom den som använder preparaten riskerar att påverkas nedbrytande, både socialt och medicinskt. Enligt Socialstyrelsen kan det därför utgöra ett sådant ”annat socialt nedbrytande beteende” som omfattas av lagen. Riskbedömningen måste i så fall göras beträffande missbrukets omfattning, effekter och syfte samt sättas i relation till den unges livsföring och beteende i övrigt.¹⁰⁸

4.3.3.2.2 Skolk

Skolfrånvaro behandlas varken i lagtext eller i förarbeten, men enligt Socialstyrelsens allmänna råd är det primärt en uppgift för skola att åtgärda och faller därför inte inom ramen för 3 § LVU. Denna uppfattning delar Bramstång som anför att dessa fall regleras uttömmande i skollagstiftningen. De barn som hålls hemma från skolan av sina föräldrar faller snarare in under 2 § än 3 § LVU enligt Socialstyrelsen.¹⁰⁹

4.3.3.2.3 Aggressivitet, utagerande och våld

HFD har i RÅ 2000 ref. 33 funnit att begreppet ”annat socialt nedbrytande beteende” även kan avse andra situationer än de som nämns i förarbetena. I fallet prövades om ett aggressivt beteende hos en 15-åring kunde anses vara ett sådant socialt nedbrytande beteende som 3 § LVU avser. Den unge i fallet hade upprepade tillfällen uppträtt aggressivt mot sin familj och andra personer i sin närhet, däribland kastat kniv mot sin mamma och haft svårt att behärska sig. Den unge var mycket impulsdriven med hög inre spänningsnivå som hamnade lätt i ett aggressivt och utagerande beteende med en stark dragning till asociala och destruktiva sammanhang. Det misstänktes att det var fråga om någon form av psykisk funktionsnedsättning men någon diagnos hade inte ställts. FR ansåg att den unge uppvisade ett sådant socialt nedbrytande beteende som avses i 3 § samt att övriga rekvisit var uppfyllda och meddelade därför tvångsvård. KamR gjorde en annan bedömning och hävdade att det utagerande/destruktiva beteendet inte låg inom ramarna för vad som kunde anses vara socialt nedbrytande beteende och upphävde FR:s

¹⁰⁷ För definition av vilka preparat som avses, se lag (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel.

¹⁰⁸ Prop. 1998/99:3 s. 88; SOSFS 1997:15 s. 35; JO 1997/98 s. 336.

¹⁰⁹ SOSFS 1997:15 s. 35; Bramstång: *Sociallagstiftningen, en kommentar*, s. 261.

dom. HFD däremot, bedömde att det våldsamma beteendet tillsammans med visst brottsligt handlande samt en dragning till destruktiva miljöer utgjorde ett socialt nedbrytande beteende.

I analys av fallet anför professor Titti Mattsson att HFD inte ger ett klart uttryck för vad det är i pojken beteende som är socialt nedbrytande. Mattsson påpekar att det hot som pojken utgör för sin omgivning inte är av betydelse för bedömningen av om rekvisitet är uppfyllt eftersom lagens syfte är att ge ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt det stöd och skydd de behöver – inte att skydda den unges omgivning.¹¹⁰

4.3.3.2.4 Omfattande datorspel och isolering från omvärlden

Kammarrätterna har under senare år avgjort ett flertal fall där ett omfattande datorspelande och isolering från omvärlden utgör ett socialt nedbrytande beteende enligt 3 § LVU.¹¹¹ KamR i Göteborg meddelade en dom 2013 som behandlar en 17-åring med dataspelsberoende. Beroendet innebar att den unges sociala liv inte fungerade längre då den unge skaffat sig en icke acceptabel dygnsrytm samt isolering från omvärlden. Den unge skötte inte sin hygien eller kosthållning utan hade gått kraftigt ner i vikt. Insatser som erbjudits från BUP var bland annat neuropsykiatrisk utredning. Insatserna från skola och socialtjänst samt psykolog hade genomgående avböjts. FR ansåg att det förelåg ett socialt nedbrytande beteende, främst genom isolering i hemmet, men även hög frånvaro från skolan. KamR ansåg att, även om situationen förbättrats sedan det avgjordes i FR, vid tidpunkten för FR:s prövning uppvisade den unge ett socialt nedbrytande beteende som innebar en påtaglig risk för att hälsan eller utvecklingen skulle skadas och att det förelåg ett behov av vård enligt 3 § LVU. KamR ansåg att det var mycket viktigt att förhållandena stabiliseras ytterligare samt att den psykolog-/neuropsykiatriska utredningen enligt vårdplanen skulle komma till stånd.¹¹²

¹¹⁰ Mattsson: *Barnet och rättsprocessen*, s. 78.

¹¹¹ Även om ett avgörande från KamR inte kan anses ha lika högt vägledande värde så bedömer jag att det kan tjäna som kompletterande rättskälla till hur rekvisitet annat socialt nedbrytande beteende tolkas i domstol.

¹¹² Målnr 2831-13 KamR Göteborg, 2013-05-27; se även liknande fall: Målnr 6890-07 KamR Göteborg, 2008-03-17. Även i dessa fallen avsåg datorspelande där föräldrarnas försök att begränsa vid dataspelande utlöste ofta depression och aggressivt beteende. Föräldrarnas förmåga att skydda och sätta adekvata gränser för den unge ansågs därmed mycket begränsade och mot denna bakgrund fann både FR och KamR att det förelåg ett socialt nedbrytande beteende där den unges hälsa och utveckling utsattes för en påtaglig risk att skadas.

4.3.4 Psykisk störning

Som tidigare nämnts utgör en psykisk störning (psykiatrisk grundproblematik) inte ett hinder mot att tillämpa LVU men är inte heller en tillräcklig förutsättning utan övriga rekvisit måste uppfyllas. Sedan lagens tillkomst har gränsdragningen mellan LVU och LPT varit föremål för flera utredningar och HFD har i två avgöranden behandlat frågan om annat socialt nedbrytande beteende kan anses vara uppfyllt då den unge lider av en psykisk funktionsnedsättning.¹¹³

4.3.4.1 RÅ 2010 ref. 24

I det ena målet, handlade det om en 16-åring med diagnoserna ADHD och autismspektrumstörning. Den unge var impulsstyrd, lätt utagerande, aggressiv och hade ett självdestruktivt, öppet sexualiserade beteende och försatte sig i farliga situationer genom att riskera att bli utnyttjad. FR ansåg att rekvisitet annat socialt nedbrytande beteende uppfylldes och den unge skulle beredas vård med stöd av LVU. KamR gjorde samma bedömning medan HFD ansåg, till skillnad från underinstanserna, att förutsättningarna för vård inte var uppfyllda och de motiverade enligt följande:

”Enligt Regeringsrättens mening följer av vad som nu sagts att ett beteende som närmast kan betraktas som symtom på en psykisk störning inte utgör ett sådant socialt nedbrytande beteende som avses i 3 § LVU. I annat fall skulle själva störningen i realiteten tillåtas ligga till grund för ett beslut om LVU vilket, som framgått ovan, inte är avsikten med lagen. För att ett visst beteende ska karakteriseras som ett socialt nedbrytande beteende i LVU:s mening bör krävas att det inte framstår som ett uttryck för den psykiska störningen utan i princip lika väl kan iakttas hos någon utan ett sådant funktionshinder.”¹¹⁴

HFD kom således fram till att det beteende som den unge uppvisat i huvudsak är att betrakta som ett symtom på det psykiska funktionshindret och utgör därmed inte ett sådant socialt nedbrytande beteende som avses i 3 § LVU.

4.3.4.2 RegR 8480-08

I det andra målet var det en 19-åring med ADHD samt en lättare utvecklingsstörning som lätt och utan förvarning kunde bli aggressiv och hotfull vilket bland annat kommit till

¹¹³ De båda målen RÅ 2010 ref. 24 och RegR 8480-08 avgjordes vid samma tillfälle 3 mars 2010. Gränsdragning mellan LVU och LPT hanteras mer i avsnitt 4.4.

¹¹⁴ RÅ 2010 ref. 24 s. 5.

uttryck genom knivhot. I såväl FR som KamR fastslogs att den unge skulle vårdas med stöd av rekvisitet ”annat socialt nedbrytande beteende” i 3 § LVU. HFD biföll den unges överklagan och motiverade sitt beslut i likhet med RÅ 2010 ref. 24 där det konstateras att en psykisk grundproblematik inte utgör något hinder mot att tillämpa LVU men är inte heller en tillräcklig förutsättning. HFD anförde att det beteende som uppvisats i huvudsak var att betrakta som ett symptom på den unges psykiska funktionshinder, vilket inte utgör ett sådant socialt nedbrytande beteende som avses i 3 § LVU.¹¹⁵

4.3.4.3 Kaldals kommentar till avgörandena

Kaldal ifrågasätter HFD:s tolkning av rekvisiten då domstolen enligt henne tar sikte på orsaken till beteendet och inte beteendet som sådant, vilket enligt Kaldal inte var avsikten i motivuttalandena. Vidare anför hon det problematiska med att domstolen ska bedöma, som en bevisfråga, om beteendet är att betrakta som ett symptom på deras psykiska funktionsnedsättningar då detta kräver en gedigen kunskap om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och dess konsekvenser för individens beteendemönster. Det problematiska är bland annat att särskilja när en beteendeproblematik i huvudsak är ett symptom på en psykiatrisk diagnos och när det är andra samverkande faktorer som är orsaken till den unges beteendemönster. Eftersom orsakssambanden är kunskapsmässigt mycket osäkert får det som följd att det öppnas upp för en oförutsägbar och slumpmässig rättstillämpning. Enligt Kaldal kan konsekvensen bli att de ungdomar som är i störst behov av samhällsvård riskerar att inte nås av lagen med anledning av att den unge har en psykiatrisk diagnos. Kaldal menar att om domstolen istället borde prövat huruvida den föreslagna vårdformen var till den unges bästa och om den motsvarar den unges vårdbehov. De hade då kunnat komma fram till samma slutsats inom ramen för gällande rätt utan att införa nytt negativt orsaksrekvisit.¹¹⁶

4.4 Gränsdragning mellan LPT och LVU

Ungdomar med en sammansatt problematik, som är i stort behov av insatser från både socialtjänst och BUP, är som tidigare nämnts en mycket utsatt grupp. Gränsdragningen mellan de båda tvångslagstiftningarna har varit föremål för granskning flera gånger. I

¹¹⁵ RegR 8480-08 s. 8.

¹¹⁶ Kaldal, *Festskrift till Anna Hollander*, s. 379 och 385.

förarbetena till LVU, lyfter några av remissinstanserna problematiken som inträffar för de som befinner sig i gränslandet mellan socialtjänsten och psykiatrins ansvarsområden.¹¹⁷

Sedan båda nuvarande lagarnas tillkomst har gränsdragningsfrågan aktualiserats i bland annat två offentliga utredningar – Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande och dåvarande LVU-utredningens betänkande.¹¹⁸ Barnpsykiatrikommittén ansåg att stor rättsosäkerhet råder för de ungdomar som inte uppfyller förutsättningarna för att beredas vård inom socialtjänsten på grund av sitt beteende, men som samtidigt inte heller uppfyller kravet på allvarlig psykisk störning enligt LPT. Enligt kommittén verkar problemet främst gälla tonårsflickor som på grund av sina psykiska problem är självdestruktiva, exempelvis genom ätstörningar och självmordsförsök där ett tvångsomhändertagande är nödvändigt, enligt både läkare och socialsekreterare, för att hjälpa den unge. Kommittén påtalade att många av dessa ungdomar har ett stort vårdbehov men deras psykiska problem utgör inte grund för ingripande med stöd av 3 § LVU. Istället tvingas socialtjänsten söka brister i den unges hemmiljö för att kunna bereda den unge vården. Kommittén påpekar behovet att se över gränsdragningsfrågan avseende vård enligt LVU eller LPT.¹¹⁹

Den dåvarande LVU-kommittén tillsattes därefter för att göra en översyn av LVU, däribland den nämnda gränsdragningsproblematiken.¹²⁰ Utredaren instämmer i problematiken, men istället för utvidgning av LVU-lagstiftningen framhålls behovet av att utveckla samarbete med de olika aktörerna. I utredningen understryks att en stor grupp ungdomar i samhällsvård har en sammansatt problematik med stort behov av insatser från både socialtjänst och BUP. För att möta och hjälpa dessa unga med både sociala och psykiska problem som exempelvis ibland yttrar sig i ett starkt utagerande, framhålls att kompetens och samarbete mellan BUP och socialtjänsten måste utvecklas. De problem som redovisats handlar om kvalitativa brister i den psykiatriska vården och slutsatsen som utredaren kommer fram till är att varken LPT eller LVU ska ändras, eftersom problemet inte kan lösas genom att utvidga tvånget mot unga människor. Problem som uppmärksammas är då BUP inte vill ägna sig åt de barn- och unga som är aktuella inom socialtjänsten och då återstår bara socialtjänsten som har det yttersta ansvaret. Vidare

¹¹⁷ Prop. 1989/90:28 s. 67 samt remissinstansernas svar s. 162-164.

¹¹⁸ SOU 1998:31 och SOU 2000:77.

¹¹⁹ SOU 2000:77 s. 212 och 216.

¹²⁰ Kom. dir 1999:43.

påpekas att det inte utgör hinder för den som är omhändertagen enligt LVU att bli omhändertagen enligt LPT om ungdomen behöver det. LVU upphör inte bara för att LPT tillämpas, vid exempelvis psykos som behöver korttidsvårdas enligt LPT samtidigt som den unge är omhändertagit enligt LVU. Om däremot den unges hela vårdbehov kan tillgodoses inom ramen för LPT bör LVU upphöra.¹²¹

I propositionen sluter regeringen sig sedan till utredningens bedömning att varken LPT eller LVU ska utvidgas. Istället betonas att barn och ungdomar som har psykiska problem har rätt att få stöd och hjälp från psykiatri och att arbetet med att utveckla och förbättra samverkan mellan de olika huvudmännen ska fortsätta. Flera av remissinstanserna delade emellertid inte utredningens bedömning (att tvångslagarna skulle lämnas utan ändring) utan framhöll att barn och unga i gränslandet mellan psykiatri och socialtjänst bör ägnas uppmärksamhet och att ansvarsgränserna bör tydliggöras.¹²² Frågan är åter igen aktuell för utredning då en ny LVU-utredning har tillsatts med uppgift att göra en översyn av bestämmelserna i LVU. I uppdraget ingår bland annat att analysera gränsdragningen mellan tvångsvård enligt LPT och LVU.¹²³

4.5 Sammanfattande kommentar

För att tvångsvård med anledning av den unges eget beteende ska bli aktuell krävs att det föreligger ett missförhållande som har anknytning till den unges beteende. Detta beteende ska även medföra en påtaglig risk för den unges hälsa och utveckling ska skadas samt att behövlig vård inte kan ske på frivillig väg. Vilka beteenden som avses, anges i 3 § LVU, däribland ”annat socialt nedbrytande beteende”. Paragrafen är förhållandevis öppet formulerad och är tänkt att täcka en mängd situationer när den unge bryter mot samhällets grundläggande normer. Viss vägledning kan emellertid sökas i förarbetena där några beteenden exemplifieras. Det ska emellertid inte tolkas vara en uttömmande uppräkningslista, vilket även framgår av praxis. I de fall den unge har en psykisk grundproblematik utgör det i sig inte hinder för LVU men är inte heller en tillräcklig förutsättning. I två rättsfall har HFD fastslagit att om ett beteende är att betrakta som ett symptom på en psykisk störning kan det inte utgöra ett socialt nedbrytande beteende i LVU:s mening. För att det ska kunna betraktas som ett sådant (och den unge kan beredas vård enligt LVU) krävs att

¹²¹ SOU 2000:77 s. 171-174.

¹²² Prop. 2002/03:53 s. 88.

¹²³ Kom. dir. 2012:79 s. 1 och 2; Utredningen skulle redovisats den 3 mars 2014 men enligt mailsvar från Socialdepartementet har betänkandet fått förlängd tid och ska redovisas 15 oktober 2014.

beteendet inte framstår som ett uttryck för störningen utan kan iakttas hos någon utan att sådant funktionshinder.

Gränsdragning mellan de rättsliga vårdformerna LPT och LVU med eventuell utvidgning av någon av dem har utretts flera gången med slutsats att ingen av dem ska utvidgas. Gränsdragningsfrågan är emellertid fortfarande aktuell och återigen föremål för utredning genom nuvarande LVU-utredningen.

5 Empirisk undersökning

Som ett komplement till den rättdogmatiska framställningen har en rättsfallsundersökning genomförts på LPT och LVU-avgöranden från förvaltningsrätterna under hösten 2013. Sammandrag av resultaten presenteras i följande kapitel som inleds med bakgrund om hur undersökningen genomförts, sedan presenteras resultaten, först LPT sedan LVU.

5.1 Allmänt

5.1.1 Syfte

Syftet med undersökningen är att besvara frågeställningen hur domstolarna tillämpar 3 § LPT när det avser unga och 3 § LVU i förhållande till den psykiatriska diskursen. Av särskilt intresse är rekvisiten ”allvarlig psykisk störning” respektive beteenderekvisitet ”annat socialt nedbrytande beteende”. Studiens ändamål är således att undersöka och få en praktisk inblick i när en ung person med psykosociala problem kan bli föremål för samhällets ingripande i form av tvångsvård och hur domstolen motiverar ett sådan ingripande i förhållande till den unges hälsotillstånd.

5.1.2 Urval

I undersökningen har totalt 105 mål behandlats, avseende vård enligt 3 § LPT samt 3 § LVU, som meddelats vid förvaltningsrätterna under andra hälften av 2013. Genom att begränsa perioden tidsmässigt var det möjligt att använda flera domstolar och således få ett urval som täckte stor del av landet, inbegripet både storstäder och mindre städer. Avsikten var att använda samma urvalsmetod som innebar att med hjälp av databas¹²⁴ välja ut avgöranden från förvaltningsrätterna i Malmö, Göteborg, Jönköping, Umeå och Luleå genom sökning på begreppet ”allvarlig psykisk störning” respektive ”annat socialt nedbrytande beteende”. Det visade sig emellertid att en sådan sökning inte var lämplig i LPT-målen eftersom det gav en ohanterbart stor träffbild.¹²⁵ Istället erhöles listor från förvaltningsrätterna avseende LPT-mål som avgjorts under andra hälften av 2013. Utifrån

¹²⁴ Databasen Infotorg Juridik användes till både LVU och LPT. Infotorg Juridik var den enda, vid tidpunkten som tillhandahöll avgöranden i måltyperna från förvaltningsrätterna. Samtliga sökningar gjordes under en vecka i februari och urvalet består således av rättsfall som fanns i databasen vid det tillfället.

¹²⁵ Begreppet ”allvarlig psykisk störning” förekommer även i LRV och har inte heller någon åldersbegränsning som LVU har. Det gav därför en mycket stor träffbild som hade tagit för lång tid att gallra i förhållande till utdelningen.

dessas sökte jag upp rättsfallen i databasen och valde ut mål som avsåg personer 18 år eller yngre. Eftersom det fanns få LPT-avgöranden på personer under 18 år från de tilltänkta förvaltningsrätterna, utvidgades LPT-målen till att omfatta samtliga förvaltningsrätter i landet, för att på ett tillräckligt omfattande material. Det resulterade i 59 avgöranden från landets samtliga förvaltningsrätter. Av dessa föll 18 bort då dessa var skrivna på sådant sätt att det inte gick att utläsa vad den allvarliga psykiska störningen bestod av. Kvar för bearbetning fanns 41 LPT-avgöranden.¹²⁶

LVU-målen valdes ut via databasen där sökning gjordes med sökordet ”annat socialt nedbrytande beteende” vilket gav utfall på 155 avgöranden från förvaltningsrätterna i Malmö, Göteborg, Jönköping och Umeå under andra hälften av 2013. Efter en genomgång av dessa fann jag att i 46 av dessa förekom någon form av psykiska problem omnämnda och där personerna var 18 år eller yngre. Resultatet av urvalsförfarandet utmynnade således i 46 LVU-avgöranden.

5.1.3 Domskrivningen

I de allra flesta målen hölls muntlig förhandling, samtliga av dessa bakom stängda dörrar¹²⁷ och domstolssekretess förordnas på det som framkommit vid den muntliga förhandlingen som inte tagits in i domen.¹²⁸ Av 30 § FPL framgår att rättens avgörande ska grundas på vad handlingarna innehåller och vad som i övrigt framkommit i målet. I beslutet ska framgå de skäl som bestämt utgången och domstolens avgöranden ska i största möjliga mån vara offentliga. Denna offentlighetsprincip bör dock stå tillbaka om det kan medföra skador för den enskilde. JO har uttalat att angivandet av en medicinsk diagnos inte alltid är nödvändig i domskrivningen för att domstolens resonemang ska framgå, utan betonat vikten av att sjukdomsdiagnoser, särskilt sådana av psykisk art, endast ska anges när det är absolut nödvändigt.¹²⁹

Som tidigare nämnt är syftet med undersökningen att se hur domstolarna tillämpar och motiverar beslut om tvångsvård i de respektive måltyperna. Tidigt i

¹²⁶ Hädanefter refereras således till 41 avgöranden som motsvarar antalet efter bortfallskvoten. Av antalet (59 LPT-mål) kan även utläsas en ökning av unga som tvångsvårdas med stöd av LPT. 1992 vårdades 52 ungdomar under 18 år med stöd av LPT, d.v.s. under ett helt år. Jmf. med denna empiriska undersökning som avser 6 månader. SOU 1998:31 s. 213.

¹²⁷ Enligt 9 § 3 men. FPL samt 16 § FPL.

¹²⁸ Med stöd av 43 kap. 5 § OSL samt 26 kap. 1 § OSL i LVU-målen och i LPT-målen med stöd av 25 kap. 1 § OSL.

¹²⁹ JO 1998/99 s. 184.

undersökningsprocessen stod det emellertid klart att informationen i avgörandena var överlag knapphändiga med kortfattade och sparsamma beskrivningar. Övergripande kan sägas att LPT-avgörandena är mycket mer avskalade än LVU-avgörandena. Båda följer emellertid ett tydligt mönster och tycks utgå från ”mallar”.

I LPT-domarna hänvisas ofta till det utfärdade vårdintyget där det ska framgå vad som ligger till grund för beslutet och chefsöverläkarens ansökan om fortsatt vård. Detta vårdintyg är dock inte en del av domen, utan istället hänvisas till det med några korta rader om dess innehåll. Domskälen är näst intill identiska i samtliga, som inleds med en framställning av gällande bestämmelser och med en förklaring av förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT. Därefter följer ett avsnitt där domstolen redogör för sin bedömning av målet med vars innehåll mestadels består av en uppräknings av rekvisiten i åberopade paragrafer. I de flesta fall framgår inte någon förklaring eller motivering till hur rätten kommit fram till sitt beslut utan enda hänvisningen är formuleringen ”av utredningen i målet framgår”. I bästa fall ges någon vägledning i bakgrundsbeskrivning samt sakkunnigs uttalande som används i de flesta fall.¹³⁰ Av de 59 LPT-målen ger 18 inte någon som helst vägledning om vad den allvarliga psyksiska störningen består av och fortsättningen av framställningen refererar således till de övriga 41 LPT-målen.

LVU-domarna har däremot, överlag fylligare bakgrundsbeskrivning. I dessa framgår oftast vad som varit anledning till ansökan samt parternas inställning. Till skillnad från LPT-målen anges psykiatriska diagnoser och tillstånd ofta i LVU-målen. Domskälen inleds med en framställning av gällande bestämmelser med en uppräknings av rekvisiten i åberopade paragrafer samt relevant praxis. Därefter prövas dessa på vad som framkommit i målet och presenteras i domslutet. Psykiatrisk expertis används sällan och någon sakkunnig används inte på domstolens initiativ. I några fall har det emellertid hänvisats till läkarutlåtande men detta avser intyg som socialnämnden bifogat utredningen enligt 32 § LVU eller från tidigare utredning inom BUP och är således inte på domstolens initiativ inom ramen för sin utredningsskyldighet.¹³¹

¹³⁰ Användandet av sakkunnig överensstämmer med resultatet i BO:s rapport. I denna påpekas det även och problematiseras kring chefsöverläkarens roll i förhållande till sakkunnig däribland att sakkunnig sällan ifrågasätter chefsöverläkarens inställning. Barnombudsmannens rapport, *Bryt tystnaden* (2014), s. 95.

¹³¹ Se vidare avsnitt 4.2.3 angående läkarundersökning i LVU-mål.

Även om undersökningen inte har till syfte att jämföra domstolarna bör ändå påpekas att endast en domstol i LVU-målen lyfter fram barnperspektivet och understryker att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn enligt art. 3 barnkonvention. Någon motsvarande hänvisning till barnkonventionen förekommer inte i LPT-målen.

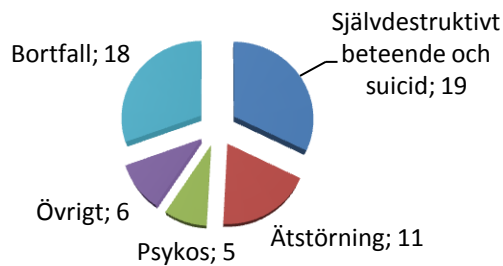
5.1.4 Presentation av undersökningen

I det följande avsnittet presenteras resultatet av undersökning, först LPT-avgörandena, därefter LVU-avgörandena. Samtliga domar har systematiserats och bearbetats utifrån vilken psykisk ohälsa som framkommit och hur domstolen har förhållit sig till denna. Jag har således valt att presentera utifrån olika ”kategorier” som utkristalliserats under undersökningens gång. Uppdelningen har inte till syfte att vara en fullständig systematisering då problembilden hos de unga ofta är mycket komplex. Av hänsyn till de ungas integritet och domarnas innehålls känsliga karaktär har jag beslutat, i samråd med handledaren, att inte benämna domarna med sina fullständiga målnummer. Samtliga har därför avidentifierats i framställningen och förteckning med fullständiga målnummer lämnas ut på begäran till skribenten.

5.2 LPT-målen

Som tidigare sagts utvecklar domstolarna i LPT-målen, inte i någon större utsträckning resonemang kring vad som ligger till grund för besluten. Av de undersökta kan emellertid de ungas psykiska ohälsa huvudsakligen härledas till tre typer av psykiska tillstånd. Tabellen nedan illustrerar fördelningen där det framgår att vanligast är självdestruktivt beteende, därefter ätstörningsproblematik. Psykoser förekommer endast i fem fall. Sex av fallen är svårkategoriserade, dels beroende på att det inte tydligt framgår vad som avses, dels för att fallen inte kan härledas till någon av de andra kategorierna. Trots det är det, ur min synvinkel, intressanta och något mer innehållsrika än bortfallsavgörandena och behandlas därför kortfattat. Vid bedömning av om det är en allvarlig psykisk störning ska särskilt beaktas störningens art och grad. Den fortsatta framställningen av LPT-mål tar således utgångspunkt i dels vad störningen avser dels hur graden av störningen beskrivs.

Allvarig psykisk störning



Tabell 1, visar vilka tillstånd/psykiskt problem som avser allvarig psykisk störning i de LPT-mål som undersökts.

5.2.1 Psykos

I avsnitt 3.2.1 framgår att psykotiskt tillstånd pekas ut i förarbetena som ett tillstånd som kan anses vara en allvarig psykisk störning. I detta arbete förekommer emellertid psykoser endast i fem fall.¹³² Samtliga patienten har tidigare varit föremål för psykiatrin, och i de flesta fallen med anledning av psykossjukdomen som nu försämrats. Faktorer som anges spela in på återfallen är exempelvis att patienten slutar ta sin medicin/gå till sin psykiatriska mottagning eller varit utsatt för psykosocial stress och belastning. Psykossjukdomen beskrivs som; hallucinatoriskt beteende, extrem paranoia och misstänksamhet, aggressiv och utagerande, klara tankestörningar, vanföreställningar, med en uttalad vilja att förgöra människor, ej orienterad i tid och rum. Två av fallen avser ansökan om fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård med särskilda villkor och som innebär att ta ordinerad medicin samt att ha regelbunden kontakt med den psykiatrin (BUP eller psykosmottagning).

5.2.2 Självdestruktivt eller suicidalt beteende

Självdestruktivt beteende i form av självskadehandlingar och suicidhot/försök är den klart mest dominerande anledningen bland LPT-målen. I 19 av den 41 undersökta LPT-målen anges självdestruktiva handlingar, allt från allmän beskrivning om att patienten utsätter sig för allvarig kroppsskada, till mer specificering av handlingarna.¹³³ Självskadehandlingarna anges ofta med förstärkningsord såsom allvarig kroppsskada,

¹³² Detta resultat kan sedan jämföras med resultat från studie gjord av Ewa Gustafsson som avsåg 660 rättsfall, utan åldersavgränsning, och som således till största del avsåg vuxna över 18 år, visade att psykoser var vanligast förekommande och därefter olika schizofrena tillstånd och vanföreställningar: Gustafsson, *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet: en rättsvetenskaplig monografi om LPT*, s. 140.

¹³³ Såsom att skära sig, svälja vassa föremål och potentiellt giftiga substanser.

allvarliga försök, allvarlig handling som bedöms fullt medveten, svårt självskadebeteende, patienten är aktivt självdestruktiv samt hur ofta förekommande självskadehandlingarna är, exempelvis att de utförs dagligen. I fallen kombineras många gånger självskadehandlingarna med suicidtankar som i de olika fallen kan växla från periodvisa suicidtankar till planer och fullbordade försök. Bakomliggande psykiatriska tillstånd som kan utläsas är PTSD, depression, emotionell labilitet, borderline, ångest attacker, ADHD och Asbergers syndrom. I de allra flesta målen var patienten del av den psykiatriska öppenvården innan tvångsvården, men då vårdbehovet av olika anledningar ökat, fattas beslut om konvertering.¹³⁴ I samtliga mål anser domstolen att chefsöverläkaren har fog för sin ansökan och fastställer tvångsvården i enlighet med ansökan.

5.2.3 Ätstörningsproblematik

I 11 av de 41 LPT-målen är ätstörningsproblematik eller diagnosen anorexia nervosa anledningen till tvångsvård. Av fallen framgår att ungdomarna vägrar att äta och/eller dricka. Sondmatning förekommer i flera fall, även under tvång. Att det är ett allvarligt tillstånd påvisas genom att hänvisa till somatiska konsekvenser såsom hjärtpåverkan, elektrolytrubbning samt somatiska symtom på grav svält. I flera fall förstärks det genom formuleringar som: livshotande tillstånd, fara för patientens liv och hälsa, risk för dödlig utgång. De ungas vårdbehov sträcker sig ofta över en längre tid, med flera upprepade vårdperioder. I ett av målen hänvisas till ett sakkunniguttalande som anför att anorexia med kraftig viktnedgång är att likställa med ett psykotiskt tillstånd då den unge inte kan stå emot, utan är underkastad att lyda på samma sätt som vid vanföreställningar.¹³⁵

Som tidigare nämnts tillstyrker vanligtvis den sakkunnige läkaren chefsöverläkarens ansökan men i två mål görs inte det. I det ena fallet anför sakkunnige att det inte är fråga om klassisk anorexi utan istället en matprotest som utlöstes av en LVU-placering då den unge snabbt gick ner 20 kg. Vidare anser sakkunnige att det finns anledning att tro att tvångsvården kan bli kontraproduktiv på grund av att tvånget förstärker protesten och bedömer istället att vården kan bör på frivillig väg. Domstolen däremot anser att den unge

¹³⁴ Hälften av konverteringsfallen ansökte chefsöverläkaren om fortsatt vård och hälften upphörde vården inom 4 dagar.

¹³⁵ Mål 63 LPT. Villkoren avsåg att den unge skulle gå till skolan vissa angivna tider, ej utöva gymnastik, äta mellanmål i skolan under uppsikt av skolans personal, samarbeta med familjebehandlare samt hålla kontakt med behandlare och läkare inom psykiatri.

fortfarande lider av en allvarlig psykisk störning där tillståndet innebär somatiska risker. Psykiatrisk tvångsvård anses därför nödvändig och beslutar i enlighet med chefsöverläkarens ansökan.¹³⁶ I ett annat mål anför sakkunnige att anorexian endast bedöms som ett av flera symtom då den unge har en komplicerad psykisk störning och i grunden föreligger en djup personlighetsstörning inom autismspektrat där massivt tvångsbeteende är en del av patientens störning med laborering av mat och matrutiner. Tvångsvård med exempelvis schemaläggande av måltider och reglering av mängd är för den unge ångestframkallande och sjukdomsprovocerande. Den sakkunnige anser att den unge inte lider av en allvarlig psykisk störning utan vård kan ske på frivillig väg. Domstolen tar stöd i det sakkunnige anför och finner att det råder tvivel om det är fråga om en allvarligt psykisk störning till den art och grad som LPT avser och vård enligt LPT är således inte längre uppfyllt och vården upphör omedelbart.¹³⁷ I alla fall utom ett kommer domstolen således fram till att den unge lider av en allvarlig psykisk störning och psykiatrisk tvångsvård bereds de unga.

5.2.4 Övrigt

I sex av de 41 LPT-målen framgår det inte tydligt vad den allvarliga psykiska störningen består av. I det första beskrivs det som att patienten är svårbehandlad och vidare utredning är nödvändig, patienten har tidigare avvikit från vårdavdelningen och återhämtats med hjälp av polis då konverteringsbeslut fattats. Det finns indikation på depression och eventuellt suicidala tankar i fallet, då patienten uppger att det inte spelar någon roll längre vården och uppfattas som likgiltig. Patienten medger även vård och anser den nödvändig för ”vet inte vad som skulle hända om LPT-vården upphör.”¹³⁸ I det andra fallet medger patienten att vederbörande lider av en psykisk sjukdom och är farlig för sig själv men anför att orsaken till paranoian beror på osäkerheten över om vederbörande får stanna kvar i Sverige.¹³⁹ I det tredje fallet är patienten emotionellt instabil och det finns risk för akut kirurgisk skada, om denna beror på ett självskadebeteende framgår dock inte. I fallet påpekas att patienten inte är psykotisk eller utagerande men väl hjälpsökande, dock på ett mycket ambivalent sätt.¹⁴⁰ Av det fjärde

¹³⁶ Mål 14 LPT.

¹³⁷ Mål 7 LPT.

¹³⁸ Mål 11 LPT.

¹³⁹ Mål 20 LPT.

¹⁴⁰ Mål 31 LPT

fallet framgår att patienten befinner sig i en potentiellt livshotande situation och vårdas med hjälp av sond. Vad anledningen till sondbehandling är framgår inte, men chefsöverläkaren anför att den nödvändiga vården kan omöjligt ges på annat sätt än genom sluten vård. Påpekas bör, att detta fall avser den yngsta personen bland det undersökta materialet då den unge är endast 10 år.¹⁴¹ I det femte fallet slutade den unge att äta och sova ungefär en vecka före inläggningen och den unge samverkade inte till vården. Den unge bedöms vara i behov av stämningsstabiliserande läkemedel en tid framöver samt fortsatt kontakt med öppenvården.¹⁴² I det sjätte fallet framgår att patienten slutat ta sina mediciner med kraftigt försämrat mående och problembeteende som följd. Vård anses nödvändig då patienten inte är tillräckligt stabil i sin sinnesstämning och ny medicin behövs ställas in samt ytterligare utredning göras.¹⁴³ I samtliga mål som avsåg ansökan om fortsatt vård tillstyrkte sakkunnig chefsöverläkarens beslut och domstolen beslutade i enlighet med detta.

5.3 LVU-målen

I följande avsnitt presenteras resultatet från LVU-målen. Som tidigare behandlats är LVU inte primärt avsett för de unga med psykiatriska problem, men av följande framställning framgår att den det finns en omfattande psykisk ohälsa hos de som vårdas med stöd av denna lag.

5.3.1 Annat socialt nedbrytande beteende

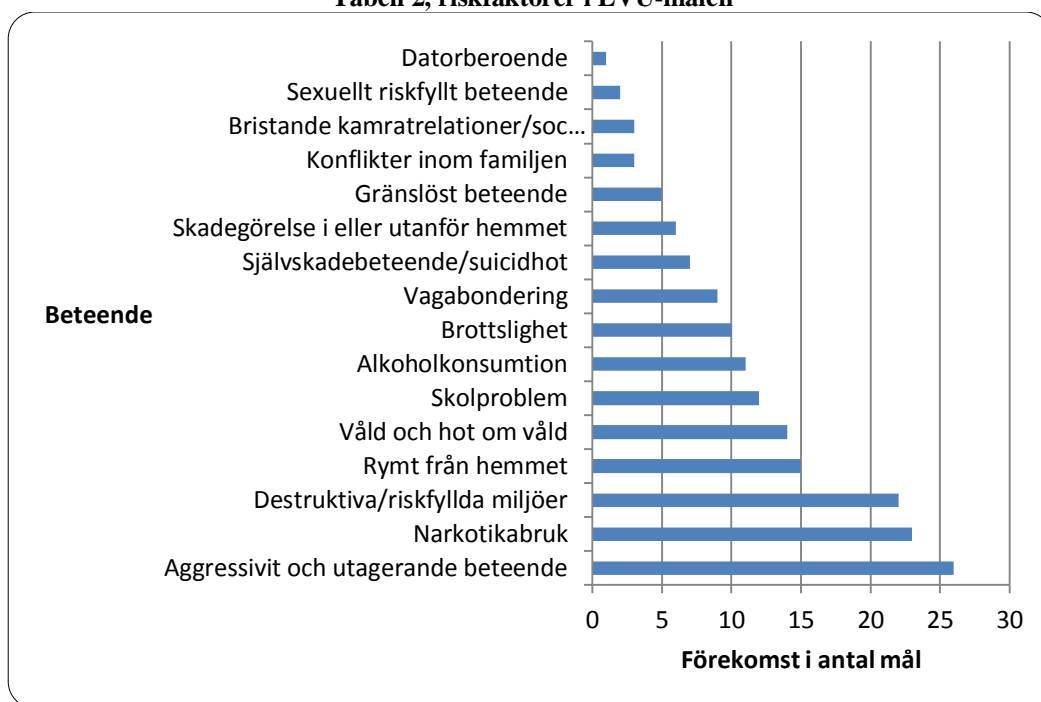
Som behandlats i avsnitt 4.3.3 är ”annat socialt nedbrytande beteende” ett av beteenderekvisiten som utgör grund för LVU-vård. Begreppet är avsett att täcka en rad olika beteenden. För att få en bild av vad som kan ligga till grund för omhändertagande har en sammanställning gjorts över de av socialnämnden anförda riskfaktorerna i de 46 LVU-målen som domstolen sedan grundat sitt beslut om beredande av vård enligt 3 § LVU. Oftast ligger flera olika beteenden (även missbruk av beroendeframkallande medel och brottslig verksamhet) till grund för besluten, utan att det för den sakens skull konkretiseras vilket av beteendena det läggs störst vikt vid. Domstolen gör en sammantagen bedömning av dem.

¹⁴¹ Mål 40 LPT.

¹⁴² Mål 42 LPT.

¹⁴³ Mål 61 LPT.

Tabell 2, riskfaktorer i LVU-målen



Tabell som visar vilka riskfaktorer som socialnämnderna anført i sina ansökningar och som sedan legat till grund för domstolens beviljande av beredande av vård enligt 3 § LVU, i förhållande till antal mål. Flera riskfaktorer anføres vanligen i målen, vilket förklarar att det totala antalet riskfaktorer överstiger antal mål.

De tre vanligast förekommande riskfaktorerna i målen är aggressivitet med utagerande beteende (26 mål), narkotikabruk (23 mål) samt vistelse i destruktiva/riskfyllda miljöer (22 mål). Aggressiviteten är ofta eskalerande med inslag av våld eller hot om våld och denna riktas till såväl närstående som övrig omgivning.¹⁴⁴ Omfattningen av narkotikabruket specificeras inte alltid, men när det görs varierar det från enstaka tillfälle till mer omfattande missbruk. I samtliga fall behandlas emellertid narkotikabruket i kombination med andra riskfaktorer av rätten. Alkoholkonsumtion omnämns främst bland de yngre ungdomarna. Det som domstolen bedömer vara riskfyllda miljöer avser såväl traditionella missbruksmiljöer som andra riskfyllda situationer av sexuell karaktär, exempelvis att följa med okända (äldre män). I flera av fallen nämns i detta sammanhang även att den unge utsatts för sexuella övergrepp. I två av fallen har den unge ett sexuellt riskfyllt beteende, men detta beteende är inte kopplat till någon specifik miljö utan avser istället destruktiva sexuella relationer, sexuella poseringsbilder på nätet eller sexuella

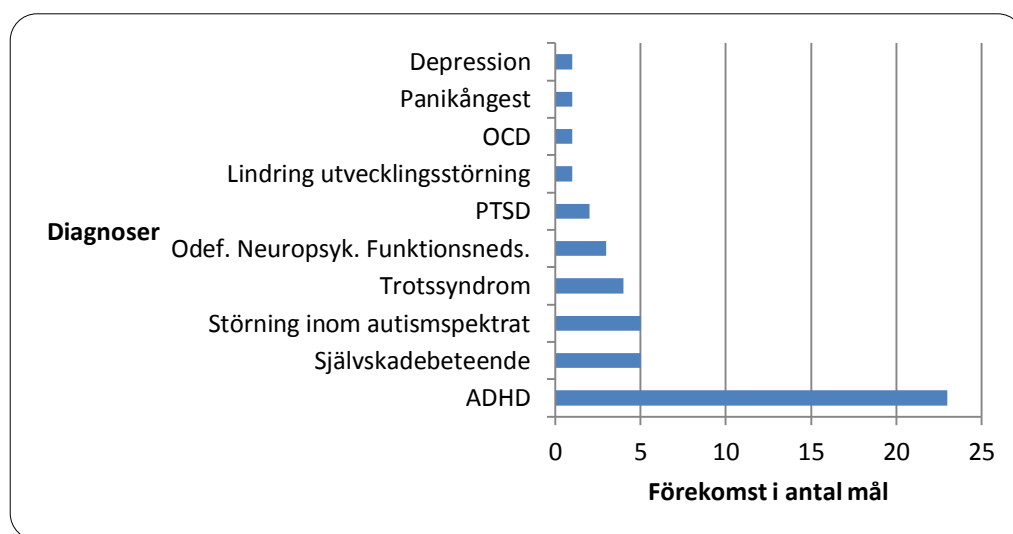
¹⁴⁴ Från rena vredesutbrott till handgripligheter med exempelvis kniv.

tjänster. I de fall den unge rymt från hemmet¹⁴⁵ har det ofta skett vid upprepade tillfällen, och hållit sig borta utan att föräldrarna eller de som den unge bor hos vetat var den unge befann sig. I flera av dessa har den unge även haft ett vagabonderande leverne. Brottsligheten som förekommer består av bland annat stöld, narkotikabrott, misshandel, ofredande, bedrägeri, rån, snatteri, skadegörelse samt trafikrelaterade brott. Andra riskfaktorer som omnämns är gränslöst beteende¹⁴⁶, konflikter inom familjen, bristande kamratrelationer och svårigheter i socialt samspel samt datorberoende. Det är dessa anförda riskbeteenden som föranleder tvångsvården och det faktum att det även finns en psykiatrisk problematik som domstolen nödgas hantera behandlas i det följande avsnittet.

5.3.2 Psykiatrisk grundproblematik

Utöver de i förra avsnittet presenterade riskbeteenden framgår att i 28 av de 46 LVU-målen har den unge en psykiatrisk grundproblematik, i form av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, ofta även i kombination med andra diagnoser.¹⁴⁷ Vilka diagnoser som förekommer framgår av tabellen nedan.

Tabell 3, psykiatriska diagnoser i LVU-mål



Tabell som visar förekomst av olika psykiatriska diagnoser i de LVU-mål där det framgår att den unge har en psykiatrisk grundproblematik.

Som behandlats avsnitt 1.5.3 är neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ett samlingsbegrepp för olika närliggande diagnoser. Av de undersökta LVU-målen är

¹⁴⁵ Med hemmet avses såväl föräldrahemmet, som boende vid familjehem, hvb-hem eller vid institution.

¹⁴⁶ Även gränsoverskridande beteende, exempelvis då den unge negligerar föräldrar eller andra auktoriteters gränssättning.

¹⁴⁷ Se begreppsavsnittet 1.5.3.

ADHD den i särklass vanligast förekommande diagnosen, men även ospecificerad neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, OCD samt svårigheter inom autismspektrat förekommer.¹⁴⁸ I 13 av avgörandena förekommer det att den unge även har diagnoser utanför denna grupp, där de vanligaste är PTSD, trotssyndrom och lindrig utvecklingsstörning.¹⁴⁹

Som framgår av avsnitt 4.3.4 utgör en psykiatrisk grundproblematik inte hinder mot att tillämpa LVU, men är inte heller tillräcklig förutsättning. Av rättspraxis följer att domstolarna har att ta ställning till om beteendet är att betrakta som ett symtom på den psykiska störningen. Domstolarna hänvisar ofta till RÅ 2010 ref. 24 och RegR dom 8480-08, som behandlar frågan om beteendet kan betraktas som socialt nedbrytande när den unge lider av en psykiatrisk grundproblematik. I de undersökta LVU-målen hanterar emellertid domstolarna beteendena och den psykiatriska problematiken på olika sätt och tre ”kategorier” har kunnat utskiljas som jag presenterar i det följande avsnittet. Först behandlas den grupp fall där domstolen kommer fram till att beteendet är närmast att betraktas som ett symtom på funktionsnedsättningen, därefter redogörs för de avgöranden där domstolen kommer fram till att beteendet inte är ett symtom på funktionsnedsättningen och slutligen en kategori där domstolen inte tillmäter funktionsnedsättningen betydelse eller behandlar den närmare.

5.3.2.1 Beteendet är symtom på psykisk störning

I två av de 28 LVU-målen (där det framgår att den unge har en psykisk grundproblematik) kommer domstolen fram till att beteendet *är* att betrakta som ett *symtom* på den unges funktionsnedsättning och beteendet ska därför inte ses som socialt nedbrytande beteende i LVU:s mening.

I det första målet¹⁵⁰, är den unge endast 10 år, med en ospecificerad neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Den unge reagerar med mycket kraftiga och frekventa aggressionsutbrott som riktats mot både närstående och skolpersonal. I målet ingår även en BUP-utredning där det anförts att den unges svårigheter medför att hen blir låst i sitt tänkande och har svårt att hitta alternativa lösningar när saker inte blir som det var tänkt. I sådana situationer väcks det en frustration med växande oro där den unge inte kan hantera

¹⁴⁸ Den unge kan ha mer än en diagnos inom gruppen neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

¹⁴⁹ Andra psykiska problem som förekommer är depression, självskadebeteende, och panikångest.

¹⁵⁰ Mål 43 LVU.

sina känslor. Förvaltningsrätten tar stöd i detta och kommer fram till att aggressionsutbrotten är en konsekvens av funktionsnedsättningen och påtalar även att det saknas utlåtande från läkare eller annan medicinsk auktoritativ källa som talar i en annan riktning. Med denna utgångspunkt visar utredningen således att de aggressiva utbrott, så som de riktar sig, i första hand är symtom på den unges neuropsykiatriska funktionsnedsättning och kan därför inte hänföras till sådant socialt nedbrytande beteende som avses i 3 § LVU.

I det andra målet¹⁵¹ är den unge 17 år, diagnostiserad med ADHD och dyslexi. Av läkarintyg framgår även att utredning ger stöd för autismspektrumproblematik samt eventuellt annan personlighetsproblematik. Den unge har problem med aggression, agerar hotfullt, är impulsiv och har svårt att följa regler och överenskommelser. Socialnämnen anför att den unge således har stort behov av struktur, tydlighet, rutiner, motivationsarbete och stöttning. Domstolen gör en sammantagen bedömning där de kommer fram till att nämnden inte gjort sannolikt att den unges beteende till största del utgör annat än symtom på den psykiska funktionsnedsättningen och möjligen i viss mån dyslexin. Beteendet kan därför inte ses som ett socialt nedbrytande beteende i LVU:s mening och därav föreligger inte heller skäl att bereda den unge vård med stöd av 3 § LVU. Förvaltningsrätterna avslår följaktligen i båda dessa mål vård enligt LVU eftersom legala förutsättningar för tvångsvård saknas.

5.3.2.2 Beteendet är *inte* symtom på psykisk störning

I 17 av de 28 LVU-mål (där det framgår att den unge har en psykiatrisk grundproblematik) kommer domstolen däremot fram till att beteendet *inte* är att betrakta som ett symtom på funktionsnedsättningen utan det ska ses som socialt nedbrytande i LVU:s mening.

Även i denna grupp består den psykiatriska grundproblematiken av ADHD, ofta i kombination med andra diagnoser, exempelvis trotssyndrom, PTSD, autismspektrumstörning eller självdestruktivt beteende. I dessa mål kommer emellertid domstolen fram till att riskbeteendet *inte* betraktas som *symtom* på en psykisk störning och därför föreligger inget hinder för att bereda den unge vård. I de flesta av fallen kommer domstolen fram till denna slutsats genom att bedöma riskbeteendena, med

¹⁵¹ Mål 45 LVU.

slutsats att *en del* av beteendet kopplas till funktionsnedsättningen och bedöms utgöra typiska uttryck för denna, men eftersom beteendet *inte enbart* kan härledas till diagnosen eller utgöra en huvudsaklig del av denna föreligger inte hinder för att den unge bereds vård. Vanliga formuleringar som används är att beteendet *till viss del* kan kopplas till den psykiska funktionsnedsättningen eller att beteendet och agerandet *inte enbart* kan ses som en yttring av denna.

Ett sådant resonemang förs i exempelvis mål 46 LVU där socialnämnden ansöker om vård enligt 3 § LVU då den unge har främst problem i skolan, vistas i olämpliga miljöer/olämpligt umgänge samt konfliktfullt beteende som i vissa fall lett till våldsamheter mot jämnåriga, polis och föräldrar. Domstolen har att bedöma om detta beteende beror på den unges neuropsykiatriska problematik och de kommer fram till:

”En del av beteendet som [NN] visat kan visserligen vara symtom på [NN:s] neuropsykiatriska funktionshinder. Det gäller bland annat en del av [NN:s] utagerande beteende. Många delar av beteendet, såsom att [NN] vistas i olämpliga miljöer och i dåligt umgänge samt de allvarliga våldshandlingarna, kan dock lika väl iakttas hos någon utan ett sådant funktionshinder och kan inte ses som symtom på [NN:s] diagnoser.”¹⁵²

Det förekommer även andra resonemang för att komma till slutsatsen att funktionsnedsättningen inte hindrar tvångsvård. I ett fall där den unge har en ADHD-diagnos som främst tar sig i uttryck i bristande impulskontroll och koncentrationssvårigheter anför socialnämnen att den unge bland annat har ett sexuellt riskfyllt beteende som försatt vederbörande i svåra situationer. Domstolens bedömning är att detta beteende är en *indirekt konsekvens* av funktionsnedsättningen men utgör inte hinder mot att tillämpa LVU.¹⁵³ Andra formuleringar som förekommer är att *”beteendet inte framstår som uttryck för en psykisk störning utan kan betraktas hos någon som inte lider av diagnoserna”*.¹⁵⁴ I ett fall hänvisas till ett tidigare avgörande där det konstaterats att den unges beteende i huvudsak betraktas som ett symtom på den unges psykiska funktionsnedsättning (ADHD samt misstanke om ytterligare diagnos) men då det i det nuvarande fallet tillkommit narkotikabruk samt vistelse i olämpliga miljöer finner

¹⁵² Mål 46 LVU.

¹⁵³ Mål 8 LVU.

¹⁵⁴ Mål 13 LVU.

domstolen att omständigheterna kring beteendet inte är sådana att vård med stöd LVU utesluts.¹⁵⁵

5.3.2.3 Den psykiatriska grundproblematiken behandlas inte

I nio av de 28 fallen, där det förvisso framgår att den unge någon form av psykiatrisk grundproblematik, behandlar domstolen emellertid inte den psykiatriska diskursen vidare.¹⁵⁶ Vad som är utmärkande för samtliga fall är att missbruksproblem tycks ha en mer framträdande roll, ofta i kombination med riskfyllda miljöer. Aggressivitet och utagerande bedöms ha en mindre betydande roll. Det förekommer att det uppges att narkotikan används i ett självmedicinerande syfte för att få stopp på tankarna och föräldrarna framför besvikelse över att inte fått hjälp av BUP, skola eller socialtjänst när den unge fått diagnosen. I alla fall utom ett kommer domstolen fram till att den unge ska beredas vård enligt 3 § LVU.¹⁵⁷

5.3.3 Annan gränsdragning till psykiatrisk vård

I övriga undersökta LVU-fall framkommer någon form av psykisk ohälsa som domstolen förhåller sig till trots att det inte benämns som en psykiatrisk grundproblematik.

5.3.3.1 Utredningsbehov

I vissa fall har den unge inte genomgått någon psykiatrisk utredning och därmed inte fått någon fastställd diagnos som kan ligga till grund för domstolens bedömning. I ett mål har den unge problem med aggressivitet, utagerande, hot och våld med bland annat konflikter och slagsmål i hemmet och polis har tillkallats vid flera tillfällen. Vid ett sådant tillfälle har polisen kört den unge till BUP för bedömning, men då läkare inte tillstyrkt LPT var inläggning således inte aktuellt. I bakgrunden framgår vidare att den unge bedöms utvecklat en personlighetsstörning under de senaste åren och bör erbjudas kontakt med psykiatri för bedömning och ställningstagande för utredning. BUP däremot, anser inte att vården är aktuell inom deras verksamhet då det bedöms att den unges

¹⁵⁵ Mål 33 LVU.

¹⁵⁶ Den psykiatriska grundproblematiken framgår av bakgrundsbeskrivningen eller parternas anföranden och förekomsten ifrågasätts inte. ADHD förekommer i alla utom ett fall och ofta i kombination med problematik inom autismspektrat eller ångestsymtom.

¹⁵⁷ I målet avslås ansökan om 3 § LVU eftersom det bedöms att missbruket inte är så omfattande att det omfattas av vad som enligt 3 § LVU menas med missbruk och de övriga av socialnämnden anförda riskbeteendena behandlas ej vidare. Domstolen konstateras emellertid att den unge är i riskzonen för socialt nedbrytande beteende men orsaken till problemen är föräldrarnas och i stället bereds vård enligt 2 § LVU.

situation och beteende är drogrelaterat. Trots motivering från både föräldrar och socialtjänst har den unge konsekvent nekat till de lösningar som presenterats och vill inte ha hjälp. Domstolen kommer fram till att det finns misstanke om psykiatrisk grundproblematik men anser att det inte framkommit något som gör att beteendet kan kopplas till eventuella psykiska problem och att det i alla fall inte rör sig om en neuropsykiatrisk problematik och därmed föreligger inte hinder mot att tillämpa LVU. Av det sagda framgår att den unge egentligen behöver insatser inom BUP för psykiatrisk bedömning men som ej kunnat genomföras, dels på grund av att den unge inte velat samverka, dels på grund av att BUP anser att vården inte ska bedrivas inom BUP eftersom det finns ett missbruk och vård ges istället med stöd av LVU.¹⁵⁸

Förklaring till att BUP nekat psykiatrisk bedömning då det föreligger även missbruksproblematik kan vara att en sådan utredning kräver drogfrihet över tid. I ett sådant fall beslutar domstolen att den unge ska beredas vård enligt LVU i avvaktan på vidare utredning och vård.¹⁵⁹ I ett annat mål har den unge varit föremål för socialtjänstens insatser i större delen av sitt liv, numer med anledning av ett omfattande missbruk i kombination med bland annat impulsivitet och aggressivitet. Den unges ombud hänvisar till RÅ 2010 ref. 24 och anför att den unges aggressivitet och impulsivitet är symptom på ADHD. Domstolen bemöter detta först med att påpeka att i det hänvisade målet förekom inte uppgifter om missbruk av beroendeframkallande medel eller brottslighet, vilket är för handen i detta aktuella mål. För det andra har den unge i detta mål inte diagnostiserats med ADHD utan en BUP-utredning är nödvändig (i 2010-målet var den unge diagnostiserad). Domstolen konstaterar:

*”Den aggressivitet och impulsivitet som lett till ett destruktivt beteende gentemot andra och [NN] själv under lång tid skulle visserligen kunna vara ett uttryck för en neuropsykiatrisk störning men behöver inte vara det och någon djupare undersökning och diagnos saknas i dagsläget. Det föreligger därför enligt förvaltningsrättens mening inte något hinder, att tillämpa LVU.”*¹⁶⁰

Domstolen påpekar istället att det föreligger ett socialt nedbrytande beteende och att det är ytterst angeläget att den unge får möjlighet att genomgå utredning och hitta sätt att utveckla sitt beteende i positiv riktning.

¹⁵⁸ Mål 5 LVU.

¹⁵⁹ Mål 41 LVU.

¹⁶⁰ Mål 11 LVU.

I ett annat fall uppger föräldrarna att de försökt få till stånd en utredning kring den unges mående i flera år med anledning av att de misstänkt någon diagnos men skola, kurator har avfärdat detta och den unge har således inte blivit remitterade till BUP. Den unge är nu 16 år och vill inte medverka till de frivilliginsatser som erbjudits inom socialtjänsten. Även domstolen pekar på ett vård- och utredningsbehov och den unge bereds vård enligt 3 § LVU.¹⁶¹

5.3.3.2 Självskadebeteende och suicidproblematik

I flertalet av LVU-domarna framkommer att självskadebeteende eller suicidhot/försök har förekommit i någon mån i de ungas liv. I fem av målen har det emellertid en mer framträdande roll och är även aktuellt vid tidpunkten för omhändertagandet. I ett mål är den unge endast 13 år och som beskrivs ha svårigheter att hantera känslor och aggressioner, vilka tar sig i uttryck i såväl utagerande som självdestruktivitet.¹⁶² Den unge har varit i Sverige endast en mycket kort tid och domstolen påpekar att det är ostridigt att den unge är i behov av stöd, hjälp och vård för att kunna hantera den svåra situation som flytten inneburit. Den unge uppvisar vidare ett socialt nedbrytande beteende och förutsättningar för tvångsvård enligt LVU föreligger. I två andra fall förklarar domstolen bakomliggande orsaker till beteendet. I det ena fallet består den unges socialt nedbrytande beteende av missbruk, självskadebeteende och vistelse i riskfyllda miljöer. Domstolen kommer fram till att den unges beteende förklaras exempelvis av en svår uppväxt med flera trauman och den unge har mått dåligt i flera år och behöver vård för att bryta sin negativa utveckling. I det andra fallet har den unge en impulskontroll- och uppförandestörning. Socialnämnden anför att den unge skadar sig själv och kan gå hur långt som helst i sina försök att få uppmärksamhet och bekräftelse. Den unge själv uppger att hen använder alkohol och narkotika som ”självmedicinering”. Domstolen bedömer att beteendet till viss del kan kopplas till diagnoserna, men sannolikt även till vad den unga blivit utsatt för i unga år och beteendet är att bedöma som socialt nedbrytande.¹⁶³

5.3.3.3 Ensamkommande flyktingbarn

Fyra mål avser ungdomar som är ”ensamkommande flyktingbarn” och som kommit till Sverige och sökt asyl här. Gemensamt för dessa fyra fall är att de har ett aggressivt och

¹⁶¹ Mål 21 LVU.

¹⁶² Genom att exempelvis kasta sig framför bilar samt tugga på batterier.

¹⁶³ Domstolen för även ett resonemang om beteendet är ett symptom på diagnoserna men kommer fram till att de inte är det.

utagerande beteende, hamnar i konflikter med övriga på boendet och hotar om våld och skadegörelse. Domstolen beaktar att konflikterna ofta förklaras av språksvårigheter och att de unga befinner sig i en utsatt situation. I tre av fallen kommer domstolen fram till att det föreligger problem som behöver utredas ytterligare med anledning av det psykiska måendet och för att på så sätt få sina behov tillgodosedda samt att bearbeta svåra upplevelser. I två av fallen bereds den unge vård enligt LVU medan i ett avslås ansökan då domstolen anser att beteendet inte utgör sådant socialt nedbrytande beteende som avses i 3 § LVU.¹⁶⁴

5.3.3.4 Övrigt

I denna sista kategori av LVU-avgöranden är fem avgöranden samlade som har det gemensamt att någon diagnos inte är satt likväl bedöms ha ett behov av kontakt med BUP som den unge emellertid inte medverka till. I det första fallet har den unge i första handen en problematik som hänför sig till hens datorberoende med felvänd dygnsrytm, bristande skolgång och socialt utanförskap samt aggressivt och våldsamt beteende då föräldrarna gränssätter den unge. Olika former av samtalskontakt har initierats hos såväl BUP, psykologsamtal, kontaktperson via socialtjänsten men som den unge tackat nej till. BUP bedömde att det förelåg ett stort vårdbehov och remitterade till BUP:s korttidsvårdsavdelning men vården gick inte att verkställa då den unge vägrade att åka dit vare sig vid det tillfället eller senare. Den unge bereds vård enligt såväl 2 som 3 § LVU. I de andra målen finns annan ospecificerad psykisk ohälsa som föranleder BUP-kontakt och i samtliga mål bereds de unga vård enligt 3 § LVU.¹⁶⁵

¹⁶⁴ Det är oklart hur domstolen kommer fram till detta mer än att beteendet måste beaktas utifrån hens livssituation som sannolikt beror till stor del på just det att hen är ensamkommande barn som ännu inte funnit sig till rätt i Sverige. I det fjärde fallet avslår domstolen vård med anledning av vård kan bedrivas på frivillig väg.

¹⁶⁵ I det ena har den unge tidigare vårdats med stöd av LPT efter att hotat sin mamma med kniv och i det andra anses behovet föreligga med anledning av suicidförsök. I det tredje påtalar domstolen att den unge under en längre tid haft ett mycket dåligt psykiskt mående och beteendet är en följd av detta. Slutligen i det sista LVU-målet har pappan försökt få till stånd en bedömning inom BUP samt varit i kontakt med BUP akut med anledning av den unges plötsliga beteendeförändring.

6 Analys och slutsatser

Syftet med detta arbete var att undersöka gränsdragningen mellan LPT och LVU för att se i vilken utsträckning som gällande reglering ger ungdomar med psykosociala problem ett heltäckande skydd. I detta avslutande kapitel analyseras just denna gränsdragning mellan lagstiftningarna och i vad mån gällande reglering och praxis tillgodoser samhällets särskilda skyddsansvar för unga med psykosociala problem med utgångspunkt i de tidigare behandlade avsnitt av gällande rätt och vad som framkommit i den empiriska undersökningen.

De båda lagstiftningarna, LPT och LVU, har till syfte att ge vård och behandling i vissa fall när frivillighet enligt HSL respektive SoL inte är möjlig. De bygger således på att det finns ett vårdbehov som inte kan ges på frivillig väg. För att veta vilken lagstiftning som ska vara aktuell krävs utredning av vad vårdbehovet är. Den psykiatriska vården ska sörja för psykiatrisk expertis, i form av exempelvis utredning, vård och behandling. Den sociala vården ska tillgodose ett övergripande ansvar för de unga som riskerar att fara illa. När vårdbehovet avser dessa båda kunskapsfält, ska aktörerna samverka med varandra och erbjuda vård och behandling som är anpassat efter den unges individuella behov. Den empiriska undersökningen visar att många av de ungas problem utgör en kombination av sociala, individuella, psykologiska och psykiatriska problem som sträcker sig över flera kunskapsfält och där de unga har varit föremål för insatser inom såväl socialtjänst som psykiatri. Den empiriska undersökningen ger emellertid indikationer på brister i den frivilliga vårdens genomförande, som kan få till följd att den unge står inför en mer omfattande problematik och vårdbehov där tvångsvård blir nödvändig.

LPT och LVU ställs i praktiken inte mot varandra då de utgör två parallella regelsystem som även utövas av olika samhälleliga organisationer. Chefsöverläkaren fattar beslut om tvångsvård och ansöker om fortsatt vård enligt LPT medan socialnämnden fattar beslut om omhändertagande och sedan ansöker om vård enligt LVU. I båda fallen prövas emellertid förutsättningarna för tvångsvård vid förvaltningsrätten.

Båda lagarna balanserar mellan legalitet och flexibilitet. De är förhållandevis generellt utformade som lämnar stort utrymme till domstolarna att avgöra. Å ena sidan måste

lagtexten av rättsäkerhetsskäl vara distinkt å andra sidan måste den täcka in situationer/tillstånd som kan vara skadliga för den unge. I avsnitt 3 och 4 redogörs närmare för de legala förutsättningar för att tvångsvårda unga som har psykiska problem med särskilt fokus på begreppen ”allvarlig psykisk störning” i 3 § LPT och ”annat socialt nedbrytande beteende” i 3 § LVU.

För vård enligt LPT krävs att den unge lider av en allvarlig psykisk störning. Begreppet allvarlig psykisk störning är inte fastställd diagnos utan en sammanfattande benämning på olika former av psykiska tillstånd sin i det enskilda fallet bedöms utifrån störningens art och grad. LPT är inte heller, till skillnad från LVU, utformad eller anpassad för unga utan utgår från vuxna. Den empiriska undersökningen visar att LPT tillämpas vid andra typer av tillstånd än på vuxna. I förarbetena utpekas psykoser som ett möjligt tillstånd för tvångsvård och undersökningar visar också att det är det vanligast förekommande tillståndet inom LPT-vården i stort. I detta arbetets empiriska undersökning som behandlar explicit unga, framkommer att när det avser tvångsvård av unga förekommer psykoser endast i en mindre andel fall. Det som föranleder tvångsvård i de undersökta LPT-fallen är istället självdestruktivt beteende, suicidförsök samt ätstörningsproblematik. Typiskt för dessa är att det tycks vara graden som avgör om de ska beredas vård enligt LPT. Även om domarna är sparsamt formulerade så understryks förstärkningsord som markerar just det allvarliga tillståndet för den unge där vården tycks närmast ha livsuppehållande karaktär. Dessa typer av psykiska störningar förekommer även i LVU-målen men då i kombination med andra riskbeteenden och som inte heller uppfattas som lika alarmerande eller akuta tillstånd. I ett av LVU-målen föregicks vården av att den unge vårdades med stöd av LPT. Anledning till LPT-vården var ett självskadebeteende som bedömdes vara en allvarlig psykisk störning, men då tillståndet stabiliserades övergick vården till LVU för att tillgodose övrigt vårdbehov. Vård med stöd av LPT tycks således utgöra synnerligen allvarliga psykiska tillstånd. Av undersökningen framgår även att de unga är tämligen vårdkrävande patienter, där flera har, trots ringa ålder, långa vårdtider eller vid kortare vårdtider istället flera upprepade vårdtillfällen.

En psykisk grundproblematik utgör inte i sig hinder för vård enligt LVU. De unga med psykosociala problem *kan* beredas vård med stöd av LVU om de har en sådan problematik. Dock inte enbart av det skälet, eftersom lagen inte primärt är avsedd för psykiska problem, utan för detta anses psykiatrien bäst lämpad. Av den empiriska

undersökningen framgår att unga som vårdas med stöd av LVU-målen ofta har en kombination av flera olika psykiatriska symtom där någon form av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning är vanligast förekommande.

Psykisk grundproblematik är således inte tillräckligt skäl för vård enligt LVU. *För det första* krävs, utöver vårdbehov (som den unge inte samverkar till) att det föreligger ett av beteenderekvisiten enligt 3 § LVU. Av särskilt intresse i detta arbete är ”socialt nedbrytande beteende”. Begreppet är, som tidigare nämnts, allmänt förmlerat för att omfatta olika riskbeteenden som strider mot samhällets grundläggande normer och som den unge utsätter sin hälsa och utveckling för. Av den empiriska undersökningen framgår att aggressivitet och utagerande är de vanligast förekommande riskfaktorerna som grundar ett omhändertagande, men i de flesta fall i kombination av flera andra beteenden som tycks samspela med varandra och tillsammans utgöra socialt nedbrytande beteende. I domarna hänvisas till, eller citeras ur, förarbetena för att påvisa vad som avses som annat socialt nedbrytande beteende, men de anförda beteendena passar sällan in i denna beskrivning. Istället gör domstolen en sammantagen bedömning utan att specificera vilket beteende eller annan riskfaktor (brottslig verksamhet och missbruk) det läggs störst vikt vid. Som ett led i samhällsutvecklingen följer att vad som anses bryta mot samhällets grundläggande normer förändras över tid. Som exempel kan ges, de i propositionen uppräknade beteenden av sexuell karaktär har ändrats i tillämpningen (prostitution och uppträdande på sexklubb) till att det riskfyllda beteendet kan utövas till stor del i det egna hemmet med poseringsbilder via nätet samt utövande av sexuella tjänster.

För det andra krävs att beteendet inte kan betraktas som symtom på störningen utan att det lika väl kan iakttas hos någon utan ett sådant funktionshinder. Av den empiriska undersökningen framgår att i två av de undersökta LVU-fallen kommer domstolen fram till en sådan slutsats medan i 17 fall görs bedömningen att beteendet inte utgör symtom, trots likande beteende (aggressivitet/utagerande). Vad detta utfall beror på är svårt att med bestämdhet besvara men en förklaring tycks vara att det är svårt att avgöra vilken påverkan diagnosen/diagnoserna har på beteendet. Som nämnts är det ofta dels flera olika riskbeteenden som anføres, dels flera diagnoser som påverkar varandra, vilket komplicerar bedömningen. Kaldal påpekade (se avsnitt 4.3.4.3) problemet med att betrakta orsaken till beteendet och inte beteendet som sådant. Hon underströk svårigheten för domstolen att bedöma orsakssambandet då det kräver särskilt sak/specialistkunskap. I samband med

detta kan påpekas att användandet av sakkunnig är sällsynt i de undersökta LVU-målen (jmf LPT-mål där det används regelmässigt) och domstolen avgör enbart på vad som åberopas i målet. Frånvaro av psykiatrisk expertis riskerar att medföra att den psykiatriska diskursen uppmärksammas i olika utsträckning beroende på vad socialsekreterare anför och lyckas göra sannolikt i målet. Avgörande tycks vara dels att det är just ett neuropsykiatriskt tillstånd, eftersom det är sådana som domstolen refererar till, dels att diagnos har blivit fastställd. Hur andra tillstånd skulle bedömas som ligger utanför denna grupp diagnoser framgår inte av det undersökta materialet. För att exemplifiera min tanke så är självdestruktivt beteende vanligt förekommande i diagnosen EIPS. Om då den unge har ett beteende som både utgör ett självdestruktivt beteende samtidigt som det uppfattas som ”annat socialt nedbrytande beteende” (lifta med okända, utföra sexuella tjänster med övergrepp som följd), samt där detta beteende är ett symptom på diagnosen är det oklart hur domstolen hanterar detta. I samtliga av de undersökta målen avsåg sådant resonemang neuropsykiatrisk funktionsnedsättning samt aggressivitet och utagerande beteende vilket mitt exempel faller utanför.

Av de undersökta målen framgår även att tvångsvård i form av LVU används när den unges vårdbehov avser psykiatrisk utredning, som den unge inte samverkat till tidigare. Utredningen kan genomföras med stöd av att socialnämnden är fri att bestämma vårdens genomförande och utredningen sker inom ramen för detta. För att det ska bli aktuellt krävs, som alltid, att beteenderekvisiten samt övriga förutsättningar för vården uppfylls.

Gränsdragning mellan LPT och LVU är följaktligen, vad den psykiska störningen består av, hur den yttrar sig och (i LVU) om beteendet är ett symptom på störningen. I vad mån tillgodoser då gällande reglering samhällets skyddsansvar för de ungdomarna med psykosociala problem? Inledningsvis konstaterades att det är en utsatt grupp som samhället ska, vid sidan om föräldrarna, ge det stöd, skydd och den behandling som krävs. Den allra största delen vård, såväl psykiatrisk som social sker på frivillig väg och tvångsingripanden får inte göras utan tungt vägande skäl. Endast när andra mindre ingripande är otillräckliga är tvångsvård aktuell och varje situation ska noga övervägas. Samtidigt är det viktigt att ett ingripande sker i tid när den unge riskerar att fara illa och i ett skede där det fortfarande är möjligt att vända en destruktiv utveckling. Att vänta för länge riskerar att den destruktiva utvecklingen accelererar och de psykiska problemen blir mer mångfacetterade. För den unge skulle det betyda ett allt mer lidande samtidigt som

det kräver mer omfattande vårdbehov och insatser. Tvångslagstiftningen utgör således en viktig del i samhällets skyddsnät och vilka de legala förutsättningarna har redogjorts i den deskriptiva delen samt analyserats i avsnittet ovan. Frågan som nu återstår är i vilken mån det tillgodoser samhällets särskilda skyddsansvar för unga med psykosociala problem. Av den tidigare framställningen framgår att lagarna (LPT och LVU) är generellt konstruerade i syfte att täcka ett stort omfång psykiatriska tillstånd och beteenden där den unges hälsa och utveckling är i fara. Att heltäckande avgöra omfånget av samhällsskyddet utifrån gällande reglering och praxis har inte varit möjligt inom ramen för detta arbete men, med de deskriptiva avsnitten och med den empiriska undersökningen som hjälp kan dock vissa drag skönjas.

Den första reflexionen som kan göras är att det i de allra flesta målen beviljas vård i enlighet med ansökan. Det *kan* förvisso tolkas som en indikation på att samhällsskyddet är tätt och fullgott. Vad som inte framgår är när det inte ansöks om vård, även om det föreligger ett omfattande vårdbehov som behöver samhällets skydd. Av detta kan konstateras att de fall som omfattas av undersökningen är de som passerat ”nålsögat” hos chefsöverläkare respektive socialnämnd som gjort bedömning utifrån gällande rätt. För att ytterligare besvara huruvida gällande regler och praxis tillgodoser samhällsskyddet krävs exempelvis intervjustudier med socialsekreterare och chefsöverläkare som gör denna bedömning av ungas vårdbehov i förhållande till gällande rätt.

Vad som däremot kan sägas är att, de unga som har ett beteende som till största delen beror på den psykiska störningen, inte kan beredas vård enligt LVU då det inte utgör ”annat socialt nedbrytande beteende”. Om den psykiska störningen inte utgör en allvarlig psykisk störning (vilket av tidigare behandlat ställs höga krav) kan den unge inte heller beredas vård enligt LPT. Av de två målen i den empiriska undersökningen där domstolen kom fram till att beteendet i huvudsak betraktades som ett symptom på den neuropsykiatriska funktionsnedsättningen, hade med största sannolikhet (enligt min bedömning) inte heller kunnat beredas vård enligt LPT. Det gör att de hamnar i en ”gråzon” utanför samhällets skyddsnät. Att inte fler gör det beror sannolikt snarare på svårigheten att avgöra orsakssambandet än gällande regleringens konstruktion och tillämpning utifrån vägledande avgörande.

Av det undersökta framgår sålunda att vi idag har två skyddsnät där psykiatrin är experter på psykiatriska problem men tvångsvårdar unga med psykosociala problem endast i absoluta undantagsfall som livsuppehållande åtgärder. Den psykiatriska tvångsvården fångar emellertid inte upp de som faller utanför LVU. LVU å andra sidan fångar upp fler men är å andra sidan inte anses bäst lämpad för psykiatriska problem. Av undersökningen framgår att de unga som vårdas enligt LVU har omfattande psykiatriska problem. Den empiriska undersökningen ger indikationer på att det föreligger brister med anledning av tolkning av praxis från HFD. Även andra brister kan föreligga men som inte har kunnat identifieras i detta arbete.

Min bedömning är att det istället bör vara ett lagstiftningssystem som är utformat med helhetssyn över hela människan – den unge, med ett tydligt barnperspektiv som genomsyrar hela vården. Uppdelningen socialvård och psykiatri är möjligen otidsenlig för de unga med psykosociala problem då de legala förutsättningarna vilar på vilken organisation som ska bedöma och bedriva vården. Istället skulle det kunna vara ett sammanhållet ”tvångsvård av unga paket” som täcker såväl allvarliga sociala som psykiatriska problem där vårdbehovet sedan styr vårdens genomförande.

Bilaga

De vanligast förekommande diagnoserna i arbetet

1. Depression

Depression kännetecknas av en eller flera episoder med sjukligt sänkt stämningsläge av varierande djup och varaktighet. Det innebär förlust av glädje och initiativförmåga och undvikande av aktivitet. Depression är en av de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar.¹⁶⁶

2. Ångestsjukdomar

Ångest är en naturlig reaktion som kan uppstå vid rädsla eller oro för något otäckt eller obehagligt. Hjärtat börjar slå snabbare och allmän muskelanspänning. Vanligt är att känna ångslan och bli orolig, svettas, må illa och få svårt att andas. Ibland kan ångesten bli så stark att den tar över den enskildes dagliga liv och inte går över. Då kan det vara tal om sjuklig ångest där personen får det svårt att fungera i exempelvis skolan. Ångestsyndrom är samlingsnamnet på flera ångestsjukdomar såsom panikångest, ångestsyndrom samt social fobi.¹⁶⁷

3. Missbruk

Vid missbruk använder man exempelvis alkohol eller droger på ett sätt som skadar hälsan. Vid beroende har man behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt. Man får också abstinensbesvär som ångest och olika kroppsliga reaktioner som exempelvis frossa när man upphör med substansen.¹⁶⁸

4. Personlighetsstörningar

Personlighetsstörningar karakteriseras av ett varaktigt och oföränderligt mönster av beteenden och upplevelser som avviker från vad som förväntas i personens sociala sammanhang. Störningarna ger ofta, men inte alltid, subjektivt lidande och försämrad funktion i sociala och yrkesmässiga sammanhang.

Bland de vanligast förekommande störningarna är ***emotionellt instabil personlighetsstörning*** (förkortad EIPS, benämndes tidigare som borderline-personlighetsstörning). Det kan till exempel uppträda hos unga kvinnor med

¹⁶⁶ Socialstyrelsens underlagsrapport, Psykisk ohälsa bland unga, bilaga 1.

¹⁶⁷ Socialstyrelsens underlagsrapport, Psykisk ohälsa bland unga, bilaga 1.

¹⁶⁸ Socialstyrelsens underlagsrapport, Psykisk ohälsa bland unga, bilaga 1.

självmasktruktivt beteende.¹⁶⁹ Störningen karaktäriseras av impulsivitet, konfliktsökande, oberäkneligt/föränderligt humör, svårighet att skilja mellan goda och onda impulser. Störningen har ofta även hög samsjuklighet och utgör svår funktionsstörning och självskadehandlingar är vanliga.¹⁷⁰

5. Schizofreni

Drabbar vanligen personer mellan 18-35 år och sjukdomen är till viss del ärftlig. Sjukdomen kan innebära att personen får en nedsatt förmåga att tänka och bearbeta information från omvärlden.¹⁷¹ Schizofreni karaktäriseras av vanföreställningar, hallucinationer, osammanhängande tal, påtagligt osammanhängande eller avvikande rörelsemönster samt negativa symtom såsom känslomässigt utslätad, utarmat tankeliv eller viljelöshet. Störningarna ska pågått minst sex månader och omfatta minst två av de beskrivna specifika symtomen under minst en månad samt ha orsakat en påtaglig funktionsnedsättning i relationer, studier eller arbete.¹⁷²

6. Autismspektrumstörningar

Begreppet är ett övergripande beteckning på ett spektrum av diagnoser såsom: autism, barnautism, infantil autism och autistiskt syndrom. Gemensamt är nedsatt förmåga till socialt samspel, särskilt jämnåriga, bl.a. beroende på bristande utveckling i kroppsspråk och annat icke-verbalt språk. Typiskt är även begränsade intressen och repetitiva och stereotypa rörelser och aktiviteter av olika slag. De svåra utvecklingsavvikelserna med allvarliga sociala kommunikativa och beteendemässiga begränsningar kan medföra allvarlig funktionsnedsättning. Autistiska drag innebär syndrom av lindringar art (omfattas ej av LSS).¹⁷³

Asbergers syndrom ingår i autismspektrat men pga. högre begåvning och bättre språk framstår symtomen oftast som mindre alarmerande. Asbergers syndrom ingår även i gruppen neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.¹⁷⁴

7. ADHD

ADHD ingår i gruppen neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Diagnosen innebär att den unge antingen har bristande uppmärksamhet eller hyperaktivitet/impulsivitet. Symtomen ska ha framträtt för sju års ålder samt verka

¹⁶⁹ Socialstyrelsens underlagsrapport, Psykisk ohälsa bland unga, bilaga 1.

¹⁷⁰ Cullberg, *Dynamisk psykiatri* s. 219.

¹⁷¹ Socialstyrelsens underlagsrapport, Psykisk ohälsa bland unga, bilaga 1.

¹⁷² Allgulander, *En introduktion till klinisk psykiatri*, s. 86.

¹⁷³ Lundgren & Thunved, *Nya sociallagarna*, s. 520; Allgulander, *En introduktion till klinisk psykiatri*, s.

181.

¹⁷⁴ Gillberg, *Barn- och ungdomspsykiatri*, s. 203.

funktionsnedsättande och inte enbart förklaras av annat symtom. Med hjälp av dessa kriterier definierar DSM IV tre underkategorier till ADHD där en av dem är **ADD** där syndromet visar sig i med huvudsak bristande uppmärksamhet.¹⁷⁵

8. **Tourettes syndrom**

Diagnosen ingår i gruppen neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och typiskt för tourettes syndrom är flera motoriska och vokala tics; oväntade dagliga och återkommande ofrivilliga rörelser/ryckningar/tal/skrik. Utöver tics har de unga ofta andra tvångssyndrom eller ADHD.¹⁷⁶

9. **OCD**

Diagnosen är en förkortning för obsessive compulsive disorder och är en beteckning för ofrivilliga tvångstankar eller tvångshandlingar. Dessa tankar och ritualer är ofta förenade med hög ångestnivå och tvångsbeteendet kan genomsyra den unges liv och medföra svåra emotionella och sociala handikapp av sådan art och grad att de kan ha psykotisk valör.¹⁷⁷

10. **Psykos**

Psykos är samlingsnamnet för en grupp tillstånd med störd verklighetsvärdering. Vanligast symptomen är vanföreställningar och hallucinationer samt frånvaro av sjukdomsinsikt. En person som är psykotisk har gravt störd verklighetsvärdering som missbedömer sina sinnesintryck och tankar samt drar felaktiga slutsatser i uppenbar motsats till omgivningen.¹⁷⁸

11. **Vanföreställningar**

Vanföreställningar kännetecknas ofta av en förvrängd verklighetsuppfattning och felaktiga tolkningar av sinnesintryck och erfarenheter. Det kan ta sig avse förföljelse, hänsyftningar, kroppsliga signaler, religion eller storhetsidéer. Vanföreställningar är vanligt förekommande vid Schizofreni.¹⁷⁹

12. **Ätstörningar**

Det finns olika typer av ätstörningar. De vanligaste är anorexi och bulimi och ätstörning utan närmare specifikation, som också kallas atypisk ätstörning. Diagnos ställs utifrån både kroppsliga och psykiska symtom. **Anorexi** beskrivs ofta som en form av självsvält med en vägran att upprätthålla en minimivikt för ålder och längd. Det allvarliga tillståndet förnekas av individen och

¹⁷⁵ Allgulander, *En introduktion till klinisk psykiatri*, s. 183.

¹⁷⁶ Allgulander, *En introduktion till klinisk psykiatri*, s. 183.

¹⁷⁷ Gillberg & Hellgren, *Barn och ungdomspsykiatri*, s 133.

¹⁷⁸ Allgulander, *En introduktion till klinisk psykiatri*, s. 85.

¹⁷⁹ Allgulander, *En introduktion till klinisk psykiatri*, s. 86.

kroppsuppfattningen är påverkad så att det reella tillståndet inte uppfattas. Förekommer ofta i kombination med depression, ångest, tvångstankar och tvångshandlingar.¹⁸⁰

13. Bipolär sjukdom och mani

Bipolär sjukdom är en psykisk störning med periodiskt förlopp där både perioder av förhöjd sinnesstämning och perioder av sänkt sinnesstämning förekommer. Man brukar insjukna första gången när man är mellan 15 och 30 år, ofta i tonåren.¹⁸¹

14. PTSD

PTSD är en förkortning för posttraumatiskt stressyndrom. PTSD kan orsakas av traumatiska händelser som barnet eller den unge inte klarar av att ta sig igenom utan att drabbas av psykiska symtom. Typiskt för posttraumatiskt stressyndrom är att återuppleva den traumatiska händelsen om och om igen, och orsaka ångest. Traumatiska händelser som kan utlösa PTSD kan vara sexuella övergrepp, bevittnat o upplevt våld, svåra olyckshändelser, krig eller flykt.¹⁸²

15. Självskadebeteende

Självskadebeteende är en form av självdestruktivt beteende där den unges tillfogar sig fysisk smärta på olika sätt. Skälet kan vara att minska svåruthärdliga känslor såsom ångest som lindras temporärt. På längre sikt kan det emellertid snarare öka ångestbenägenheten och på så vis skapar nya problem.¹⁸³

16. Sociala beteendestörningar

Begreppet är ett samlingsbegrepp inom psykiatrin för olika beteenden hos barn och ungdomar som stör den unges och omgivningens sociala liv. Beteendet domineras ofta av aggressivitet, överdriven självhävdelse, olydnad, trots och ett allmänt utagerande beteende. Uppförandestörning och trotssyndrom är diagnoser inom dessa spektra. **Uppförandestörning** karaktäriseras av upprepat och varaktigt mönster av bettende som innefattar kränkning av andras grundläggande rättigheter eller för åldern grundläggande sociala normer och regler, exempelvis aggressivt beteende mot människor och djur, skadegörelse, bedrägligt beteende eller stöld samt allvarliga norm- och regelbrott. **Trotssyndrom** beskrivs som ett mönster av negativa, fientliga och trotsiga beteenden utan förekomst av att åsidosätta andra

¹⁸⁰ Gillberg & Hellgren, *Barn och ungdomspsykiatri*, s 234.

¹⁸¹ Socialstyrelsens underlagsrapport, Psykisk ohälsa bland unga, bilaga 1.

¹⁸² Cullberg, *Dynamisk psykiatri* s. 461.

¹⁸³ Engström, *Tvingad till hjälp, om tvång, etik och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård*, s. 25.

människors rättigheter eller allvarliga norm-/regelbrott som beskrivs vid uppförandestörning.¹⁸⁴

17. Suicidförsök

Med suicidhandlingar menas självmordsförsök d.v.s. en handling som den unge företagit för att skada sig själv, där skadan inte lett till döden men där individen samtidigt inte kunnat vara säker på att överleva. Personer med personlighetsstörning, i synnerhet personer med EIPS, löper större självmordsrisk jämfört med normalbefolkningen.¹⁸⁵

För vidareläsning kring diagnoser och psykiatriska begrepp rekommenderas:

Gillberg & Hellgren, *Barn- och ungdomspsykiatri*

Cullberg, *Dynamisk psykiatri*.

Samt för sökning på olika grundläggande begrepp och diagnoser rekommenderas

Region Skånes vårdguide (elektronisk källa).

¹⁸⁴ Gillberg & Hellgren, *Barn och ungdomspsykiatri*, s 276 och 277.

¹⁸⁵ Cullberg, *Dynamisk psykiatri* s. 406.

Käll- och litteraturförteckning

Offentligt tryck

Kommittédirektiv

Kom. dir 1999:43 Översyn av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga m.m.

Kom. dir 2008:93 Översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen

Kom. dir 2012:79 Översyn av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, m.m.

Kom. dir 2013:35 Översyn av barns rättigheter i svensk rätt

Statens offentliga utredningar

SOU 1998:31 Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem

SOU 2000:77 Omhändertagen. Samhällets ansvar för utsatta barn och unga

SOU 2009:68 Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU). Betänkande av Barnskyddsutredningen

SOU 2012:17 Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd

Propositioner

Prop. 1979/80:1 Om socialtjänsten

Prop. 1989/90:28 Om vård i vissa fall av barn och ungdomar

Prop. 1990/91:58 Psykiatrisk tvångsvård m.m.

Prop. 1996/97:124 Ändringar i socialtjänstlagen

Prop. 1998/99:3 Åtgärder mot dopning

Prop. 2002/03:53 Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m.

Prop. 2009/10:232 Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige

Prop. 2012/13:10 Stärkt stöd och skydd för barn och unga

Myndighetspublikationer

Socialstyrelsen

1991:9, *LPT – Tillämpning av lagen om psykiatrisk tvångsvård*, Allmänna råd från Socialstyrelsen

SOSFS 1997:15 (S) Tillämpningen av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

SOSFS 2006:12 (S) Handläggning och dokumentation av ärenden som rör barn och unga

SOSFS 2008:18 (M) *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, Handbok med information och vägledning för tillämpning av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18)*, 2009, artikelnummer 2009-126-114

Psykisk ohälsa bland unga - Underlagsrapport till barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013, artikelnummer 2013-43

Barnombudsmannen

Barnombudsmannens rapport: *Bryt tystnaden (2014), Barn och unga om samhällets stöd vid psykisk ohälsa*, ISBN-978-91-87448-84-3.

Finns även nerladdningsbar på: <http://www.barnombudsmannen.se/publikationer/bestall-och-ladda-ner/bryt-tystnaden-2014/>

Litteratur

Alenius Hanna: *Tvångsvård av unga – En studie om gränsdragningen mellan LVU och LPT*. Examensarbete vid juridiska fakulteten, Lunds universitet, 2011.

Allgulander, Christer: *En introduktion till klinisk psykiatri*, Studentlitteratur, Lund, 2005

Bramstång, Gunnar: *Sociallagstiftningen, en kommentar till socialtjänstlagen, lagen om vård av unga samt lagen om vård av missbrukare*, Nordstedt, Stockholm, 1985

Cullberg, Johan: *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*, 6:e upplagan, Natur och kultur, Stockholm, 2000

Diesen, Christian: *Terapeutisk juridik*, 1:a upplagan, Liber, Malmö, 2011

Engström, Ingemar (red.): *Tvingad till hjälp: om tvång, etik och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård*, Studentlitteratur, Lund, 2006

Gillberg, Christopher och Hellgren, Lars (red.): *Barn- och ungdomspsykiatri*, 2:a utgåvan, Natur och kultur, Stockholm, 2000

Grunewald, Karl (red.): *Psykiska handikapp, möjligheter och rättigheter*, 2:a upplagan, Liber, Stockholm, 2000

Grönwall, Lars och Holgersson, Leif: *Psykiatrin, tvånget och lagen, en lagkommentar i historisk belysning*, 4:e upplagan, Nordstedts Juridik, Stockholm, 2009

Gustafsson, Ewa: *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet: en rättsvetenskaplig monografi om LPT*, 1:a upplagan, Studentlitteratur AB, Lund, 2010

Hollander, Anna: *Omhändertagande av barn: en studie av barnavårdsmål vid förvaltningsdomstolarna åren 1974, 1977 och 1982*, Aktuell juridik, Diss. Umeå: Univ. Stockholm, 1985

Kaldal, Anna: Skapar Högsta förvaltningsdomstolen ett nytt rekvisit i LVU som begränsar rätten för ungdomar med neuropsykiatriska diagnoser att vårdas med stöd av 3 § LVU? En kommentar till RÅ 2010 ref. 24 och HFD målnr 8480-08. *Rätt, social utsatthet och samhälleligt ansvar. Festskrift till Anna Hollander*, Nordstedts juridik, Stockholm, 2012

Leviner, Pernilla: *Rättsliga dilemman i socialtjänstens barnskyddsarbete*, Jure diss Stockholms universitet, Stockholm 2011

Lundgren, Lars och Thunved, Anders: *Nya sociallagarna med kommentarer i lydelsen den 1 januari 2013*, 26:e upplagan, Nordstedts juridik, Stockholm, 2013

Mattsson, Titti: *Barnet och rättsprocessen. Rättssäkerhet, integritetsskydd och autonomi i samband med beslut om tvångsvård*, Juristförlaget, Lund, 2002

Mattsson, Titti: *Rätten till familj inom barn- och ungdomsvården*, 1:a upplagan, Liber, Malmö, 2010

Peczenik, Aleksander: *Juridikens teori och metod: en introduktion till allmän rättslära*, 1 upplagan, Fritze, Stockholm, 1995

Schlytter, Astrid: *Kön och juridik i socialt arbete*, Studentlitteratur, Lund, 1999

Vahlne Westerhäll, Lotta: *Den svenska socialrätten*, Nordstedt, Stockholm, 1990

Elektroniska källor

Läkartidningen: <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Kommentar/2013/06/DSM-IV-har-blivit-DSM-5/>, hämtad 2014-03-12

Nationalencyklopedin: *Psykosocial*: <http://www.ne.se.ludwig.lub.lu.se/sve/psykosocial>, hämtad 2014-05-17

Regeringen: <http://www.regeringen.se/sb/d/14834/a/174911>, hämtad 2014-03-04

Region Skånes vårdguide: <http://www.1177.se/Skane/Tema/Psykisk-halsa/Diagnoser-och-besvar/>, hämtad 2014-03-13

SKL: Sveriges kommuner och landsting, *Kartläggning av psykiatriska heldygnsvården – Barn och ungdomspsykiatri*, Diariernr: 08/3748, 2011-03-08,
http://www.skl.se/psynk/nivaer/dokument_och_rapporter/fran_socialstyrelsen/heldygnsvard_bup, hämtad 2014-03-05

Socialdepartementet: Mailsvar Jessica Lundahl, 2014-05-10 angående redovisningsdatum av Kom.dir 2012:79

Socialstyrelsen:
<http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktio>, hämtad 2014-02-24

Zeteo: Johnsson Lars-Åke och Sahlin Jan, Hälso- och sjukvårdslagen, (1 jan. 2010, Zeteo), *Kommentaren till 3f§ HSL*, hämtad 2014-03-03

Rättsfallsförteckning

HFD

RÅ 2000 ref. 33

RÅ 2009 ref. 69

RÅ 2010 ref. 24

RegR 8480-08 (3 mars 2010)

KamR

6890-07 Göteborg (17 mars 2008)

2831-13 Göteborg (27 maj 2013)

JO

JO 1997/98 s. 336

JO 1998/99 s. 184

Rättsfall empirisk undersökning

LPT-mål

Bortfall

12 LPT, 15 LPT, 18 LPT, 19 LPT, 21 LPT, 22 LPT, 24 LPT, 25 LPT, 28 LPT, 35 LPT, 37 LPT, 39 LPT, 41 LPT, 43 LPT, 44 LPT, 49 LPT, 54 LPT, 60 LPT

Självskadebeteende/suicidhandlingar

2 LPT, 3 LPT, 4 LPT, 6 LPT, 9 LPT, 10 LPT, 13 LPT, 16 LPT, 27 LPT, 30 LPT, 32 LPT, 33 LPT, 34 LPT, 36 LPT, 38 LPT, 45 LPT, 47 LPT, 51 LPT, 52 LPT, 55 LPT, 56 LPT, 59 LPT

Ätstörning

7 LPT, 8 LPT, 14 LPT, 17 LPT, 23 LPT, 26 LPT, 29 LPT, 48 LPT, 53 LPT, 57 LPT, 63 LPT, 64 LPT

Psykos

1 LPT, 5 LPT, 46 LPT, 50 LPT, 58 LPT, 62 LPT

Övrigt

11 LPT, 20 LPT, 31 LPT, 40 LPT, 42 LPT, 61 LPT

LVU-mål

Beteendet är symtom på psykisk störning

43 LVU, 45 LVU

Beteendet är ej symtom

1 LVU, 2 LVU, 8 LVU, 13 LVU, 17 LVU, 22 LVU, 23 LVU, 25 LVU, 28 LVU,
30 LVU, 33 LVU, 36 LVU, 37 LVU, 40 LVU, 42 LVU, 44 LVU, 46 LVU

Domstolen behandlar ej den psykiatriska grundproblematiken

4 LVU, 6 LVU, 7 LVU, 9 LVU, 16 LVU, 24 LVU, 26 LVU, 31 LVU, 37 LVU

Utredningsbehov

5 LVU, 11 LVU, 21 LVU, 41 LVU

Självskaдебeteende

3 LVU, 12 LVU, 14 LVU, 15 LVU, 35 LVU

Ensamkommande

19 LVU, 20 LVU, 29 LVU, 34 LVU

Övrigt

10 LVU, 18 LVU, 27 LVU, 32 LVU, 39 LVU