



JURIDISKA FAKULTETEN  
vid Lunds universitet

Katja Åkerblom

# Självbestämmande, medbestämmande, tvång

Vem bestämmer om barnets hälso- och sjukvård?

JURM02 Examensarbete

Examensarbete på juristprogrammet  
30 högskolepoäng

Handledare: Titti Mattsson  
Termin för examen: Period 1 VT 2019

# Innehåll

<b>Summary</b>	<b>3</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>5</b>
<b>Förord</b>	<b>7</b>
<b>Förkortningar</b>	<b>8</b>
<b>1 Inledning</b>	<b>10</b>
1.1 Bakgrund	10
1.2 Syfte och frågeställningar	10
1.3 Metod	10
1.4 Material och forskningsläge	12
1.5 Avgränsningar	14
1.6 Disposition	15
<b>2 Barn, vårdnadshavare, samhälle</b>	<b>16</b>
2.1 Barnets rättigheter	16
2.2 Vårdnadshavares rättigheter och skyldigheter	17
2.3 Samhällets skyldigheter - en översikt	18
2.4 Avslutande synpunkter	19
<b>3 Bestämmanderätten i hälso- och sjukvården</b>	<b>20</b>
3.1 Självbestämmanderätt	20
3.2 Medbestämmanderätt	21
3.3 Vård genom tvång	22
3.3.1 Nödrätten ibland tillämplig	22
3.3.2 Tvångslagarna	24
3.3.2.1 LPT	24
3.3.2.2 LVU	25
3.4 Avslutande synpunkter	26
<b>4 Information, sekretess och tystnadsplikt</b>	<b>28</b>
4.1 Informationsskyldighet	28
4.2 Sekretess och tystnadsplikt	29
4.3 Information till barn	30
4.4 Information till vårdnadshavare	30
4.5 Avslutande synpunkter	31
<b>5 Vårdnadshavares bestämmanderätt</b>	<b>33</b>
5.1 Gränserna för vårdnadshavares bestämmanderätt	33
5.1.1 Barnets medbestämmanderätt	34
5.1.2 Barnets rätt till liv och bästa uppnåeliga hälsa	35

5.2 Bestämmanderätt och tvång	37
5.3 Avslutande synpunkter	37
<b>6 Barns bestämmanderätt</b>	<b>39</b>
6.1 Beslutskompetens	39
6.2 Medbestämmanderätt	41
6.3 Avslutande synpunkter	44
<b>7 Samhällets möjligheter att ingripa</b>	<b>48</b>
7.1 Frivilliga insatser och 6 kap. 13 a § FB	48
7.2 Nödrätten	49
7.3 LPT	51
7.4 LVU	52
7.5 Avslutande synpunkter	54
<b>8 Slutsatser och analys</b>	<b>57</b>
8.1 Vilken bestämmanderätt har vårdnadshavaren?	57
8.2 Vilken bestämmanderätt har barnet?	58
8.3 Vilka möjligheter har samhället att ingripa?	60
8.4 Barnkonventionen	62
8.5 Avslutande reflektion	63
<b>Käll- och litteraturförteckning</b>	<b>65</b>
<b>Rättsfallsförteckning</b>	<b>70</b>

# Summary

This thesis is about the complex relationship between children, guardians and society regarding children in Swedish healthcare. The thesis poses the question who has the right to decide on children's health- and medical care.

Swedish health care is based on the patients' right to determine about one's own health- and medical care. That is, the right to consent to, or oppose, offered health- and medical care measures. Regarding children, the issue is more complex, since children have not yet developed adequate decision-making competence, i.e. the ability to assimilate information and observe the consequences of their decisions. On the one hand, there is an interest in letting the child decide on his or her own health- and medical care, on the other hand there is society's interest in protecting the child's life and health.

In Swedish law, the dilemma has been solved by a construction letting the child's guardian have the authority to decide, but also giving the child co-determination rights which correspond to the child's, so far acquired, decision-making competence. Thus, to the extent that the child has not yet attained sufficient decision-making competence, the child's guardian has the right, and obligation, to decide on matters relating to the child's health- and medical care. However, has the child attained sufficient decision-making competence, he or she must be recognized as having decisive authority and decisions on matters relating to his or her health- and medical care must be respected.

Society carries ultimate responsibility for the child and shall ensure that the child's need for health- and medical care is recognized and met. Under certain conditions, society can therefore intervene and decide on the child's health- and medical care. When guardians have the authority, society has fairly extensive means to intervene with the support of the emergency law (4 kap. 4 § PL and 24 kap. 4 § BrB) or the law on enforcing care for young people (LVU). When the child him- or herself has decisive authority, however, society's possibilities to intervene are limited, in essence limited to cases where the child suffers from a serious mental disorder and can be offered care according to the law on compulsory psychiatric care (LPT).

The decisive factor for determining the child's right to decide on his or her own health- and medical care, and which means guardians and society possess to intervene to protect the child's life and health, is the extent of the child's decision-making competence. The assessment of the child's decision-making competence is therefore central. This paper examines which circumstances may be of importance for assessing the child's decision-making competence and what a certain degree of decision-making competence entails in terms of right to decide. In conclusion, it can be stated that an assessment must be made in each individual case and that the healthcare staff can, and must, take into account all

circumstances that may be of importance to the individual case. This is a complicated assessment and I am therefore sceptical to the great responsibility that rests on the individual staff. Since an incorrect assessment of the child's decision-making competence could mean risking violating either the child's right to co-determination or the child's right to life and health, it ought not be dependent on who happens to be treating the child when guardians or society exercise their powers to protect the child.

# Sammanfattning

Denna framställning behandlar den komplexa relationen mellan barn, vårdnadshavare och samhälle när det kommer till barn i hälso- och sjukvården. I framställningen ställs frågan vem som egentligen bestämmer om barnets hälso- och sjukvård.

Utgångspunkten i svensk hälso- och sjukvård är att patienten har självbestämmanderätt, det vill säga rätt att samtycka till, eller motsätta sig, erbjudna hälso- och sjukvårdsåtgärder. När det kommer till barn är frågan mer komplex, eftersom barn inte har fullt utvecklad beslutskompetens, det vill säga förmåga att tillgodogöra sig information och överblicka konsekvenserna av sina beslut. Å ena sidan finns ett intresse av att låta barnet bestämma över sin egen hälso- och sjukvård, å andra sidan finns ett intresse av att skydda barnets liv och hälsa.

I svensk rätt har problemet lösts genom en konstruktion som innebär att vårdnadshavare har bestämmanderätt, men att barnet har medbestämmanderätt som motsvarar barnets beslutskompetens. I den utsträckning barnet inte har uppnått tillräcklig beslutskompetens, har alltså barnets vårdnadshavare rätt, och skyldighet, att bestämma i frågor som rör barnets hälso- och sjukvård. I den utsträckning barnet har uppnått tillräcklig beslutskompetens, ska barnet däremot tillerkännas avgörande bestämmanderätt och barnets beslut i frågor som rör hans hälso- och sjukvård ska respekteras.

Samhället har det yttersta ansvaret för barnet och ska se till att barnets behov av hälso- och sjukvård uppmärksammas och tillgodoses. Under vissa förutsättningar kan samhället därför ingripa och bestämma om barnets hälso- och sjukvård. När vårdnadshavare har bestämmanderätt, har samhället tämligen omfattande möjligheter att ingripa med stöd av nödrätten eller LVU. När barnet själv har avgörande bestämmanderätt, är samhällets möjligheter att ingripa emellertid begränsade, i princip begränsade till fall där barnet lider av en allvarlig psykisk störning och kan beredas vård enligt LPT.

Det avgörande för vilken bestämmanderätt barnet tillerkänns och vilka befogenheter vårdnadshavare och samhälle har att ingripa för att skydda barnets liv och hälsa, är graden av barnets beslutskompetens. Bedömningen av barnets beslutskompetens är därför central. I denna framställning undersöks vilka omständigheter som kan vara av betydelse för bedömningen av barnets beslutskompetens och vad en viss grad av beslutskompetens innebär i termer av bestämmanderätt. Sammanfattningsvis kan det konstateras att det måste göras en bedömning i varje enskilt fall samt att hälso- och sjukvårdspersonalen härvid kan, och ska, beakta alla omständigheter som i det enskilda fallet kan vara av betydelse. Det handlar om en komplex bedömning och jag ställer mig därför skeptisk till det stora ansvar som vilar på den enskilda personalen. Vilken medbestämmanderätt och vilket skydd barnet har, ska inte vara beroende av vem som behandlar barnet, särskilt inte när en felaktig bedömning riskerar att

kränka antingen barnets medbestämmanderätt eller barnets rätt till liv och hälsa, och i värsta fall få konsekvenser som aldrig kan repareras.

# Förord

Med denna uppsats avslutar jag mina studier på juristprogrammet i Lund. Det har varit fyra och ett halvt fantastiska år som jag alltid kommer minnas med glädje.

Jag vill framförallt tacka min handledare, Titti Mattsson, som ställt upp med vägledning, råd och motivation under terminens gång. Jag vill även tacka de andra engagerade lärare som följt mig under programmets fördjupningskurser och förberett mig för detta arbete samtidigt som ni gjort de sista åren på programmet till de absolut roligaste och mest givande.

Jag vill dessutom tacka mina föräldrar som har ställt upp och korrekturläst allt jag har skrivit under studieåren, kommit med kloka kommentarer och hjälpt mig att göra varje uppsats lite bättre. Jag hade inte kunnat önska mig bättre föräldrar än er.

Till sist vill jag tacka min sambo, Jakob, som har stöttat mig genom denna och så många andra utmaningar. Jag ser fram emot att lämna studierna för att fortsätta min resa tillsammans med dig.

Avslutningsvis vill jag tillägna den unga kvinna som i denna uppsats kommer att kallas för G en tanke. Jag beklagar ditt öde och dina anhörigas sorg. Med ditt öde som exempel vill jag med denna uppsats belysa hur viktigt det är att både höra och skydda barn i hälso- och sjukvården.

Lund, den 23 maj 2019.

*Katja Åkerblom*



# Förkortningar

Abortlagen	Abortlag (1974:595)
Barnkonventionen	Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
BrB	Brottsbalk (1962:700)
EKMR	Europakonventionen för mänskliga rättigheter och grundläggande friheter
FB	Föräldrabalk (1949:381)
FN	Förenta nationerna
HFD	Högsta förvaltningsdomstolen
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
JO	Justitieombudsmannen (Riksdagens ombudsmän)
LPT	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LVU	Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
OSL	Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
PL	Patientlag (2014:821)
PSL	Patientsäkerhetslag (2010:659)
Prop.	Proposition
RF	Regeringsform (1974:152)

RÅ	Regeringsrättens årsbok
SoL	Socialtjänstlag (2001:453)
SOU	Statens offentliga utredningar
WHO	The World Health Organisation (Världshälsoorganisationen)

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

År 2015 kom ett uppmärksammat avgörande från IVO, där ett 17-årigt barn, som i denna framställning kommer att kallas för G, avled till följd av hjärnblödningar som sannolikt hade kunnat förhindras om G hade accepterat den behandling hon erbjöds.<sup>1</sup> I avgörandet framkommer att G hade påbörjat behandling med kortison, men sedermera valt att avbryta behandlingen eftersom den orsakat viktuppgång. Gs fall gjorde ett starkt intryck på mig, eftersom hennes öde kändes obehagligt nära och tanken på att de vuxna som fanns runt G och som skulle skydda henne, hade låtit henne ta det beslut som innebar att hon inte fick bli mer än 17 år gammal, gjorde mig upprörd. Fallet fick mig att fundera över barns skyddsnät i hälso- och sjukvården och med G i tankarna har jag i detta examensarbete valt att utreda barns bestämmanderätt i hälso- och sjukvården och hur denna begränsas av det ansvar som vårdnadshavare och samhället har att skydda barn.

## 1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med den här framställningen är att analysera vem som bestämmer om barns hälso- och sjukvård. För att uppnå syftet utreder och besvarar framställningen följande frågeställningar:

- Vilken bestämmanderätt har vårdnadshavare i frågor som rör barnets hälso- och sjukvård och var går gränsen för vårdnadshavares bestämmanderätt?
- Vilken bestämmanderätt har barn i hälso- och sjukvården och var går gränsen för barns bestämmanderätt?
- Vilket ansvar har samhället<sup>2</sup> för barn i hälso- och sjukvården och vilka möjligheter har samhället att ingripa och bestämma om barns hälso- och sjukvård?

## 1.3 Metod

Vetenskaplig problemlösning förutsätter ett metodiskt arbete, att problemet löses genom ett systematiskt och rationellt tillvägagångssätt.<sup>3</sup> Syftet med den här framställningen är att analysera gällande rätt. En lämplig metod är därför att först utreda gällande rätt med stöd i lag, förarbeten, praxis och doktrin och därefter analysera utredningens slutsatser. Metoden kan beskrivas som rättsdogmatisk eller möjligen rättsanalytisk, beroende på vilken tolkning som görs av metoderna.

---

<sup>1</sup> IVO dnr 8.2 14125/2014.

<sup>2</sup> Med 'samhället' avses i denna framställning 'det allmänna', det vill säga statsmakten och alla organ som utövar någon form av offentlig makt.

<sup>3</sup> Sandgren (2015) s.39.

Den rättsdogmatiska metoden är den vanligast förekommande i rättsvetenskapliga uppsatser och forskningsarbeten och används för att beskriva och systematisera gällande rätt utifrån rättskällorna.<sup>4</sup> Enligt en traditionell tolkning är den rättsdogmatiska metoden begränsad till de allmänt accepterade rättskällorna, lag, förarbeten, prejudicerande praxis och doktrin, samt till beskriva och systematisera gällande rätt. Med systematisera avses identifiera samband, likheter, principer etcetera.<sup>5</sup> Enligt en friare tolkning av den rättsdogmatiska metoden finns det utrymme att inom ramen för metoden argumentera för att även sådant material som inte utgör gällande rätt, men som kan påverka gällande rätt, ska betraktas som rättskällor och således tillåtas i beskrivningen av gällande rätt. Enligt denna friare tolkning av metoden är den inte heller begränsad till att endast beskriva och systematisera gällande rätt, utan kan även rymma analyser av gällande rätt.<sup>6</sup> Förespråkare för en mer traditionell tolkning av den rättsdogmatiska metoden, menar emellertid att den friare tolkningen av metoden bör ses som en egen metod, den rättsanalytiska metoden.<sup>7</sup> Denna framställning utreder gällande rätt med utgångspunkt i de allmänt accepterade rättskällorna, men tar även hänsyn till praxis som inte hör till de allmänt accepterade rättskällorna. Det huvudsakliga syftet med framställningen är inte heller att utreda gällande rätt, utan att analysera gällande rätt. Huruvida metoden ska beskrivas som rättsdogmatisk eller rättsanalytisk lämnar jag till läsarens tycke.

Oavsett om den rättsdogmatiska metoden och den rättsanalytiska metoden ska ses som varianter av en metod eller två olika metoder, är utgångspunkterna för dem desamma och de är således förenade med samma problematik. Den problematik som brukar uppmärksammas i samband med den rättsdogmatiska metoden är dess vetenskaplighet. Huruvida den rättsdogmatiska metoden är en vetenskaplig metod ska inte närmare utredas eller diskuteras i denna framställning. Här nöjer jag mig med att, med utgångspunkt i Nils Jareborgs artikel ”Rättsdogmatik som vetenskap”, konstatera att den rättsdogmatiska metoden, enligt min mening, är vetenskaplig eftersom den (1) används i ett vetenskapligt syfte, (2) för att rekonstruera ett normativt system och (3) inte präglas av värderingar i högre grad än andra vetenskapliga metoder.<sup>8</sup>

Framställningen redogör löpande för praxis och något behöver därför sägas om metoden för urval av praxis. Framställningen har i första hand fokuserat på praxis från prejudikatbildande instanser och metoden har anpassats därefter.<sup>9</sup> Således har praxis sökts i doktrin och lagkommentarer samt genom fristående sökningar i databaserna Zeteo, Karnov, Infotorg juridik, JPSjukvårdsnet och i Europadomstolens rättsfallsdatabas HUDOC. De sökningar som gjorts är ‘beslutskompetens’, ‘beslutskompetens barn’, ‘bestämmanderätt barn’, ‘bestämmanderätt vårdnadshavare’, ‘medbestämmanderätt’, ‘medbestämmanderätt barn’,

---

<sup>4</sup> Sandgren (2015) s.42f.

<sup>5</sup> Sandgren (2015) s.43ff.

<sup>6</sup> Sandgren (2015) s.40ff; För vidare diskussion se exv. Munck (2014).

<sup>7</sup> Jfr Sandgren (2015) s.43ff; Kleinman (2013) s.24ff.

<sup>8</sup> Jareborg (2004).

<sup>9</sup> Vad som i denna framställning betraktats som prejudicerande praxis fastställs i kap. 1.4.

‘child consent’, ‘child healthcare’, ‘lva sjukvård’, ‘lva psykiatri’, ‘barn lpt’, ‘nödrätt sjukvård’ samt sökningar på lagrummen 6 kap. 11 § FB, 4 kap. 3 § PL, 2 § LVU och 3 § LVU. Framställningen avser ge en fullständig bild av rättsläget hos prejudikatbildande instanser. I den mån framställningen behandlar praxis som saknar prejudicerande värde, görs detta i exemplifierande syfte och framställningen avser inte ge någon fullständig eller representativ bild av rättsläget hos de instanser som inte är prejudicerande.

## 1.4 Material och forskningsläge

### *Författningar och konventioner*

De allmänt accepterade rättskällorna är författningar, förarbeten, praxis och doktrin och de ska i princip beaktas i denna ordning.<sup>10</sup> Den primära källan för rättsvetenskapliga frågeställningar är således författningar, det vill säga svenska lagar, förordningar och myndighetsföreskrifter, och internationella konventioner.<sup>11</sup> I denna framställning har hälso- och sjukvårdslagstiftningen, särskilt hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL, och patientlag (2014:821), PL, varit central. Även föräldrabalk (1949:381), FB, har varit av stor betydelse för att utreda barns och vårdnadshavares ställning i hälso- och sjukvården. Därutöver har bestämmanderätten som den kommer till uttryck i regeringsformen (1974:152), RF, Europakonventionen för mänskliga rättigheter, EKMR,<sup>12</sup> och barnkonventionen<sup>13</sup> studerats. För att utreda samhällets ansvar för barnet och möjligheter att bestämma över barnets hälso- och sjukvård har dessutom socialtjänstlag (2001:453), SoL, lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och den allmänna nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § brottsbalk (1962:700), BrB, studerats. Lagar och konventioner ger emellertid inget fullständigt svar på framställningens frågeställningar och därför har framställningen vidare sökt svar i förarbeten, praxis och doktrin.

### *Förförarbeten*

Förförarbeten är en viktig rättskälla i den svenska juridiska metoden. I förarbeten ges ledning för hur lagstiftning ska tolkas utifrån dess syften och motiv. Förarbetenas plats i den svenska juridiken är tämligen unik och motsvarande förarbeten existerar vanligen inte till internationella konventioner.<sup>14</sup> De frågeställningar som utreds i denna framställning är uppmärksammade i bland annat förarbeten till hälso- och sjukvårdslagstiftningen, tvångslagstiftningen och till föräldralagstiftningen.

---

<sup>10</sup> Jfr t.ex. Munch (2014).

<sup>11</sup> Jfr Munck (2014). s.199ff; Andersson m.fl. (2015) s.75.

<sup>12</sup> Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, Rom 4 november 1950, SÖ 1952:35

<sup>13</sup> FN:s konvention om barnets rättigheter, New York den 20 november 1989, SÖ 1990:20.

<sup>14</sup> Munck (2014) s.202f.

### *Praxis*

I första hand har praxis från Europadomstolen, Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) och Justitieombudsmannen (JO) studerats, men bristen på sådana auktoritativa överrättsavgöranden har föranlett att även praxis från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har tillmätts stor betydelse. IVO ansvarar för tillsyn över bland annat hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdspersonal och socialtjänst samt handlägger exempelvis klagomålsärenden från enskilda patienter eller anhöriga.<sup>15</sup> De flesta beslut från IVO kan inte överklagas.<sup>16</sup> HSAN prövar på uppdrag av IVO, eller i vissa fall den yrkesutövare saken gäller, frågor som avses i 8 kap. 1-12 §§ patientsäkerhetslag (2010:659), PSL, om bland annat behörighet, legitimation och förskrivningsrätt inom hälso- och sjukvården.<sup>17</sup> HSAN:s beslut överklagas till allmän förvaltningsdomstol.<sup>18</sup> Med hänsyn till de särskilda uppgifter som IVO och HSAN har och till hur praxis från dessa myndigheter behandlas i andra arbeten,<sup>19</sup> har jag i denna framställning betraktat praxis från IVO och HSAN som praxis av prejudicerande värde. Med hänsyn till bristen på auktoritativa överrättsavgöranden, har även kammarrättsavgöranden betraktats som praxis av prejudicerande värde i denna framställning. Vid sidan av prejudicerande praxis behandlar framställningen även en dom från Malmö tingsrätt. Denna dom har inte betraktats som prejudicerande, utan används i exemplifierande syfte.

### *Doktrin och forskningsläge*

När Elisabeth Rynning, numera chefsjustitieombudsman, skrev sin avhandling *Samtycke till medicinsk vård och behandling* år 1994, var frågan om patientens bestämmanderätt i svensk hälso- och sjukvård ett relativt utforskat område. Sedan 1994 har frågan emellertid kommit att diskuteras allt mer, inte minst i lagstiftningssammanhang. Den första januari 2015 trädde exempelvis Sveriges första patientlag, PL, i kraft, med ett uttalat att syfte främja patientens självbestämmande, se 1 §. Även om det har skett en rättsutveckling sedan 1994, är Rynnings avhandling en gedigen utredning av området som till stora delar är relevant än idag och som har varit en viktig källa för arbetet med denna uppsats.

En annan forskare vars böcker och artiklar har varit av stor hjälp i arbetet med denna uppsats är docent Gustav Svensson. Svensson har behandlat frågan om barns ställning i hälso- och sjukvården och bland annat barns bestämmanderätt relativt omfattande i sin bok *Barns rätt i hälso- och sjukvård* från 2007. Under senare år har Svensson riktat sitt intresse mot andra frågor och även om hans böcker och artiklar i ämnet till stora delar ännu är av relevans, är de inte uppdaterade i förhållande till rättsutvecklingen under senare år.

---

<sup>15</sup> Se 1 § förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg, se också 7 kap. PSL.

<sup>16</sup> Se 10 kap. 13 § PSL.

<sup>17</sup> Se 1 § förordning (2011:582) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd; 8 kap. 13 § och 9 kap. 1 § PSL.

<sup>18</sup> Se 10 kap. 9 § PSL.

<sup>19</sup> Se exempelvis Rynning (1994) och Svensson (2007).

Den forskare som främst behandlat frågan om barns bestämmanderätt i hälso- och sjukvården under de senaste åren är Moa Kindström Dahlin, universitetslektor i socialrätt. Kindström Dahlin har särskilt fokuserat på barn i den psykiatriska vården.

Det ska vidare nämnas att frågan om barns bestämmanderätt i hälso- och sjukvården utreds i ett examensarbete från Stockholms universitet 2014. Detta examensarbete är skrivet av den dåvarande studenten Michaela Wik, som utreder frågan ur ett komparativt perspektiv och jämför svensk och brittisk rätt.<sup>20</sup>

Vid sidan av doktrin som specifikt behandlar frågan om bestämmanderätt i hälso- och sjukvården, har svar på frågor av mer allmän natur sökts i annan litteratur och i lagkommentarer.

## 1.5 Avgränsningar

Den yttersta ramen för framställningen är dess frågeställningar, vilket innebär att framställningen behandlar bestämmanderätt avseende barn inom hälso- och sjukvården. Med hälso- och sjukvård avses i denna framställning åtgärder som syftar till att utreda, förebygga och behandla fysiska och psykiska sjukdomar, skador och annan problematik.<sup>21</sup> Med barn avses vidare personer under 18 år.<sup>22</sup> Med bestämmanderätt avses avslutningsvis barns och vårdnadshavares rätt att bestämma över barnets hälso- och sjukvård. Bestämmanderätten kan delas upp i en positiv och en negativ del. Den positiva bestämmanderätten är rätten att initiera hälso- och sjukvårdsåtgärder och bestämma över utformningen av vård och behandling, medan den negativa bestämmanderätten är rätten att samtycka till eller motsätta sig hälso- och sjukvårdsåtgärder som föreslås av hälso- och sjukvårdspersonal.<sup>23</sup> I denna framställning utreds den *negativa bestämmanderätten*.

Framställningen behandlar huvudsakligen allmänna bestämmelser och principer avseende bestämmanderätten och fördjupar sig således inte i specialbestämmelser. Det kan dock uppmärksammas att det förekommer undantag från huvudreglerna om bestämmanderätt i speciallagar. I 2-3 §§ steriliseringslag (1975:580) föreskrivs exempelvis fasta åldersgränser för bestämmanderätt.

Avseende möjligheter för samhället att ingripa och bestämma om barnets hälso- och sjukvård, har framställningen vidare begränsats till nödrätten, LVU och LPT. Utöver dessa bestämmelser finns några ytterligare tvångslagar som kan ge samhället befogenhet att ingripa och bestämma över barnets hälso- och sjukvård i vissa avseenden, exempelvis smittskyddslag (2004:168) och lag (1988:970) om vård av missbrukare, LVM. Denna avgränsning har gjorts

---

<sup>20</sup> Se Wik (2014).

<sup>21</sup> Jfr 2 kap. 1 § HSL; Johnsson 2 kap. 1 § HSL, Zeteo.

<sup>22</sup> Jfr art. 1 barnkonventionen; 1 kap. 1 § SoL.

<sup>23</sup> Svensson (2007) s.26ff; Kindström Dahlin (2017) s.222.

för att nödrätten, LPT och LVU är av störst relevans för frågan om barns bestämmanderätt kontra skyddsbehov i hälso- och sjukvården.

Avseende kapitlet om information, sekretess och tystnadsplikt, har detta begränsats till hälso- och sjukvårdspersonalens informationsskyldighet och hur denna påverkas av bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt. Framställningen har följaktligen avgränsats mot frågan om barns och vårdnadshavares rätt att ta del av barnets patientjournal.

Avslutningsvis kan det uppmärksammas att framställningen har begränsats till juridiska frågor. De juridiska frågor som utreds i denna framställning är nära förenade med etiska och moraliska frågor, men sådana frågor faller utanför ramen för denna framställning.

## **1.6 Disposition**

I kap. 2 behandlar framställningen utgångspunkter för förhållandet mellan barn, samhälle och vårdnadshavare med fokus på hälso- och sjukvården.

I kap. 3 behandlas utgångspunkter för bestämmanderätten i hälso- och sjukvården. Kapitlet reder ut begreppen självbestämmanderätt, medbestämmanderätt och tvång.

I kap. 4 utreds hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att ge barnet och barnets vårdnadshavare den information som krävs för att de ska kunna utöva bestämmanderätt samt hur denna skyldighet förhåller sig till bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt.

I kap. 5 utreds vilken bestämmanderätt barnets vårdnadshavare har i frågor som rör barnets hälso- och sjukvård samt var gränserna för vårdnadshavares bestämmanderätt går.

I kap. 6 utreds vilken bestämmanderätt barnet har i frågor som rör barnets hälso- och sjukvård samt var gränserna för barnets bestämmanderätt går.

I kap. 7 utreds samhällets möjligheter att ingripa och bestämma över barnets hälso- och sjukvård med frivilliga insatser och 6 kap. 13 a § FB samt med stöd av nödrätten, LPT och LVU.

I kap. 8 besvaras och analyseras avslutningsvis framställningens frågeställningar och syfte.



## 2 Barn, vårdnadshavare, samhälle

Barns utsatta ställning föranleder ett behov av stöd och skydd från vuxna människor, vilket tillgodoses primärt av barnets vårdnadshavare, men ytterst av samhället. I detta kapitel utreds relationen mellan barn, vårdnadshavare och samhälle. Inledningsvis behandlas barnets rättigheter, därefter vårdnadshavares rättigheter och skyldigheter gentemot barnet och avslutningsvis samhällets skyldigheter gentemot barnet och barnets vårdnadshavare.

### 2.1 Barnets rättigheter

Under de senaste decennierna har det skett en internationell rättsutveckling där barns ställning som individuella rättsliga subjekt och rättighetsbärare har betonats allt mer. Samtidigt som det idag anses självklart att barn är egna individer med egna rättigheter, intressen och viljor, bedöms barn ha begränsad förmåga att tillvarata sina rättigheter, intressen och viljor samt begränsad förmåga att ta rationella beslut. Barn anses därför ha ett särskilt skyddsbehov som motiverar vissa särskilda regler, som ibland innebär inskränkningar av barnets rättigheter. Således har barn exempelvis inte självbestämmanderätt, det vill säga rätt att bestämma över sig själva, på samma sätt som vuxna.<sup>24</sup>

En bidragande faktor till utvecklingen av barns ställning som individuella rättsliga subjekt är barnkonventionen. Barnkonventionen antogs 1989 och ratificerades av Sverige 1990. Idag har 196 stater runt om i världen ratificerat konventionen och den har således kommit att präglade den internationella rättsutvecklingen och synen på barn. Konventionen innebär ett fullständigt erkännande av barn som rättighetsbärare, samtidigt som den bidrar till att tydliggöra barns speciella skyddsbehov.<sup>25</sup> Den 13 juni 2018 beslutades att barnkonventionen ska inkorporeras i svensk rätt. Från och med den 1 januari 2020 gäller barnkonventionen således som svensk lag.<sup>26</sup> Syftet med inkorporeringen är att stärka konventionens ställning samt att tydliggöra barnets roll som rättssubjekt med egna rättigheter och intressen samt en egen vilja.<sup>27</sup>

Barnkonventionen stadgar rättigheter som ska erkännas alla barn i konventionsstaterna. Denna framställning handlar till stor del om avvägningen mellan två av dessa rättigheter, å ena sida barnets rätt till liv och bästa uppnåeliga hälsa, å andra sidan barnets rätt till integritet och medbestämmande. Barnets rätt till liv och bästa uppnåeliga hälsa kommer till uttryck i art. 6 och art. 24 i konventionen. I art. 6 stadgas således att konventionsstaterna så långt som möjligt ska säkerställa barnets överlevnad och utveckling och i art. 24 stadgas att barn har rätt

<sup>24</sup> Svensson (2007) s.71f; Svensson (2005/06) s.866; Singer (2017) s.14ff; Mattsson (2002) s.41; Leviner (2017) s.139ff.

<sup>25</sup> SOU 2016:19 s.91; Rynning (1994) s.149; Singer (2017) s.14ff.

<sup>26</sup> Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

<sup>27</sup> Prop. 2017/18:186 s.61ff och s.70ff.

till bästa uppnåeliga hälsa och att konventionsstaterna bland annat är skyldiga att säkerställa att barn har tillgång till hälso- och sjukvård. Vad som avses med hälsa utvecklas inte i konventionen. Hälsa är ett komplicerat begrepp, framförallt eftersom det är relativt och beroende av bland annat ekonomiska resurser och vetenskaplig utveckling, men också av subjektiva värderingar.<sup>28</sup> Världshälsoorganisationen, WHO, definierar hälsa som fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom.<sup>29</sup> Med utgångspunkt i WHO:s definition får det således antas att barnet har rätt till fysiskt, psykiskt och mentalt välbefinnande i den utsträckning som är möjlig med hänsyn till barnets individuella situation och yttre omständigheter, såsom vetenskaplig utveckling och ekonomiska resurser.

Barns rätt att höras i frågor som rör barnet kommer vidare till uttryck i art. 12 i konventionen där det stadgas att konventionsstaterna ska säkerställa att barn som är i stånd att bilda egna åsikter har rätt att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet samt att barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

## 2.2 Vårdnadshavares rättigheter och skyldigheter

Ett barn står enligt 6 kap. 2 § FB under vårdnad av en eller två vårdnadshavare tills barnet fyller 18 år. I de flesta fall är barnets föräldrar vårdnadshavare till barnet, men i vissa fall kan rätten anförtro vårdnaden åt någon annan. Vårdnadshavares primära uppgift är att sörja för barnets personliga förhållanden och att tillvarata barnets rättigheter, intressen och vilja.<sup>30</sup> Barnets vårdnadshavare ansvarar således bland annat för att barnets behov av hälso- och sjukvård tillgodoses, se 6 kap. 1-2 §§ FB.<sup>31</sup>

Barnets vårdnadshavare är dessutom primärt ansvariga för barnets rättigheter enligt barnkonventionen, se art. 18. Vårdnadshavare har således bland annat ansvar för att förverkliga barnets rätt till liv och bästa uppnåeliga hälsa. Detta har betydelse för tolkningen av vårdnadshavares ansvar för barnets hälso- och sjukvård enligt FB, eftersom det klargör att detta ansvar inte är begränsat till vård och behandling som är absolut nödvändig för barnets liv och hälsa, utan omfattar all vård och behandling som förverkligar barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Således ska vårdnadshavare se till att barnet får såväl livsavgörande kirurgi, som psykiatriska behandlingssamtal eller omplåstring av skrapsår.<sup>32</sup>

Enligt 6 kap. 11 § FB har barnets vårdnadshavare vidare rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga förhållanden, exempelvis i hälso- och sjukvårdsfrågor.<sup>33</sup> Bestämmelsen motiveras av barnets skyddsbehov, eftersom vårdnadshavare för att garantera

---

<sup>28</sup> Prop. 1981/82:97 s.113.

<sup>29</sup> Se preambeln till Världshälsoorganisationens konstitution (Constitution of the World Health Organisation).

<sup>30</sup> Jfr Sandeen (2013) s.186.

<sup>31</sup> Prop. 2013/14:106 s.65; Saldeen (2013) s.186ff.

<sup>32</sup> Jfr Prop. 1989/90:28 s.108; art. 6 och art. 24 i barnkonventionen.

<sup>33</sup> Då barnet står under vårdnaden av två vårdnadshavare gäller 6 kap. 11 § FB vårdnadshavarna tillsammans, se 6 kap. 13 § FB. I denna framställning kommer fortsättningsvis hänvisas endast till 6 kap. 11 § FB.

exempelvis barnets liv och hälsa, måste ha möjlighet att ingripa och bestämma om barnet när barnet inte har uppnått sådan ålder, utveckling och mognad att det själv kan ta ett välövertvägt beslut.<sup>34</sup> Vid utnyttjandet av bestämmanderätten måste vårdnadshavare enligt 6 kap. 11 § FB tillmäta barnets synpunkter betydelse i förhållande till barnets ålder, utveckling och mognad. På så sätt tillvaratas även barnets rätt till integritet och medbestämmande enligt art. 12 i barnkonventionen. När vårdnadshavare bestämmer i frågor som rör barnets hälso- och sjukvård, måste de alltså beakta barnets rätt till liv och hälsa samt rätt till integritet och medbestämmande, men även i övrigt vägledas av barnets bästa i det enskilda fallet, se art. 18 i barnkonventionen.<sup>35</sup>

## 2.3 Samhällets skyldigheter - en översikt

Det yttersta ansvaret för att tillvarata barnets rättigheter, intressen och vilja åligger samhället. Samhällets ansvar för barn regleras primärt i SoL. Enligt 2 kap. 1 § SoL är det kommunerna som ansvarar för att enskilda får den hjälp och det stöd som de behöver. Kommunens skyldigheter inom socialtjänsten fullgörs enligt 2 kap. 4 § SoL av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer. I denna framställning kommer *socialnämnd* fortsättningsvis användas för att beteckna den nämnd inom kommunen som ansvarar för socialtjänsten. Socialnämnden ska således se till att barn och vårdnadshavare får det stöd och den hjälp som de behöver, bland annat för garantera att barnet får tillgång till hälso- och sjukvård. Det stöd och den hjälp som erbjuds enligt SoL präglas av frivillighet, jämför 1 kap. 1 § SoL.

Av art. 4 i barnkonventionen följer vidare att konventionsstaterna är ytterst ansvariga för barnets rättigheter enligt konventionen samt att konventionsstaterna är skyldiga vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder, administrativa åtgärder och andra åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen. Av art. 18 i barnkonventionen framgår således att konventionsstaterna ska erbjuda lämpligt stöd till vårdnadshavare då de fullgör sitt ansvar för barnet, vilket enligt svensk rätt sker primärt med stöd av SoL. Socialnämndens ansvar för barn och för varje barns rätt till liv och hälsa innebär bland annat att socialnämnden ska se till att varje barn får sitt behov av hälso- och sjukvård tillgodosett. Hur och när socialnämndens ansvar för barn aktualiseras i frågor som rör barnets hälso- och sjukvård utreds närmare i kap. 3.3.2.2 samt i kap. 7.1 och 7.4.

Angående barnets rätt till liv och hälsa har hälso- och sjukvården vidare en central roll. Samhället har enligt HSL och PL en skyldighet att erbjuda barnet hälso- och sjukvård, se även art. 18 i barnkonventionen. HSL innehåller bestämmelser om hur vården ska organiseras och bedrivas, se 1 kap. 1 § HSL, medan PL enligt 1 kap. 1 § syftar till att stärka och

---

<sup>34</sup> Jfr prop. 1981/82:168 s.19.

<sup>35</sup> SOU 1997:116 s.134; Svensson (2005/06) s.866; Rynning (2010) s.120f; jfr Oldenstedt 6 kap. 2a §, *Lexino*; Saldeen (2013) s.188.

tydliggöra patientens ställning i hälso- och sjukvården samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet kan bedrivas såväl av statliga myndigheter, kommuner och landsting som av privata näringsidkare, se 2 kap. 3 § HSL. Landstinget, eller i vissa fall kommunen, bär emellertid ansvaret för att erbjuda hälso- och sjukvård enligt 8 kap. 1 § HSL.<sup>36</sup> I 8 kap. 1 § HSL föreskrivs vidare att den vård som erbjuds ska vara god. God vård innebär enligt 5 kap. 1 § HSL bland annat att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt vara lätt tillgänglig. HSL kompletteras av PL som bland annat innehåller bestämmelser om tillgänglighet, information, samtycke och delaktighet.

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen är utformad för vuxna patienter och det råder därför viss osäkerhet kring vad som gäller när patienten är ett barn. Detta gäller framförallt frågan om patientens självbestämmande och integritet i förhållande till vårdnadshavares bestämmanderätt och barns skyddsbehov. Denna fråga utreds närmare i kap. 5, kap. 6 och kap. 7.

## 2.4 Avslutande synpunkter

I detta kapitel har relationen mellan barn, vårdnadshavare och samhälle översiktligt utretts. Sammanfattningsvis kan det konstateras att barn har rättigheter i samma utsträckning som vuxna och att det är barnets vårdnadshavare, men ytterst samhället, som ansvarar för att tillvarata och förverkliga barnets rättigheter. De rättigheter som är särskilt centrala för denna framställning är barnets rätt till medbestämmande och barnets rätt till liv och hälsa. Dessa rättigheter måste inte nödvändigtvis vara konflikterande, men i de fall där det uppstår en konflikt mellan dem följer en komplicerad situation där någon av rättigheterna måste ge vika för den andra. Det är kring denna konflikt som denna framställning kretsar, kring barnets medbestämmanderätt kontra vårdnadshavares och samhällets möjligheter att bestämma om barnets hälso- och sjukvård i syfte att skydda och säkerställa barnets liv och hälsa. Syftet med det här kapitlet har varit att lägga grunden för den fortsatta framställningen och utredningen av barns, vårdnadshavares och samhällets möjligheter att bestämma om barnets hälso- och sjukvård. I nästa kapitel utreds grunderna för bestämmanderätten i hälso- och sjukvården.

---

<sup>36</sup> Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvården inom vissa specifika vårdområden såsom vård på särskilda boenden för äldre och personer med funktionsvariationer, se fjärde avdelningen HSL. Om kommunen inte tillhör ett landsting, ansvarar kommunen emellertid för all hälso- och sjukvård som landstinget i normala fall ansvarar för, se 1 kap. 2 § HSL.

## 3 Bestämmanderätten i hälso- och sjukvården

Denna framställning syftar till att utreda vem som bestämmer om barns hälso- och sjukvård. Innan framställningen går närmare in på vårdnadshavares, barns och samhällets möjligheter att bestämma över barnets hälso- och sjukvård, ska grunderna för bestämmanderätten i hälso- och sjukvården utredas. I detta kapitel utreds således begreppen självbestämmande, medbestämmande och tvång i fråga om hälso- och sjukvårdsåtgärder.

### 3.1 Självbestämmanderätt

Med självbestämmanderätt avses patientens rätt att bestämma över sin hälso- och sjukvård.<sup>37</sup> Självbestämmanderätt är utgångspunkten i svensk hälso- och sjukvård. Patientens självbestämmanderätt har sin grund i rätten till integritet, vilken är skyddad av EKMR och RF. I art. 8 EKMR stadgas således att var och en har rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Art. 8 EKMR innebär en rätt till integritet, bland annat personlig och kroppslig integritet, och utgör ett skydd mot att staten gör intrång i denna integritet, exempelvis genom att påtvinga någon hälso- och sjukvård.<sup>38</sup> I 2 kap. 6 § RF stadgas vidare att var och en gentemot det allmänna är skyddad från påtvingade kroppsliga ingrepp. Bestämmelsen omfattar både mer och mindre ingripande hälso- och sjukvårdsåtgärder, såsom kirurgiska operationer, vaccinationer och blodprovstagningar, men också psykiatriska undersökningar.<sup>39</sup>

Den rätt till integritet som skyddar patienten mot påtvingade hälso- och sjukvårdsåtgärder, som följer av art. 8 EKMR och 2 kap. 6 § RF, gäller gentemot staten. Hälso- och sjukvårdsverksamheter i privat regi kan därför inte göra sig skyldiga till brott mot art. 8 EKMR eller 2 kap. 6 § RF.<sup>40</sup> Det är i så fall det landsting eller kommun som ansvarar för vården som gör sig skyldig till brottet. Att genomföra hälso- och sjukvårdsåtgärder utan samtycke från patienten kan dock även utgöra brott enligt BrB och den behandlande hälso- och sjukvårdspersonal som genomför hälso- och sjukvårdsåtgärder utan samtycke riskerar att göra sig skyldig till exempelvis misshandel enligt 3 kap. 5 § BrB.

Självbestämmanderätten kommer vidare till uttryck i HSL och PL. I 5 kap. 1 § tredje punkten HSL stadgas att god hälso- och sjukvård ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, vilket ställer krav på att hälso- och sjukvården utformas på

---

<sup>37</sup> Självbestämmanderätten kan delas upp i en positiv och negativ del. I denna framställning utreds den negativa självbestämmanderätten, jämför kap. 1.5.

<sup>38</sup> Jfr Ehrenkrona, art. 8 EKMR, *Karnov*.

<sup>39</sup> Jermsten, 2 kap. 6 § RF, *Lexino*; SOU 2013:2 s.174; Prop. 1973:90 s.242.; Rynning (1994) s.100ff och s.107; Svensson (2007) s.42f; Prop. 2009/10:80 s.172ff.

<sup>40</sup> Warnling-Nerep (2002) s.24; Prop. 2009/10:80 s.173.

ett sätt som möjliggör självbestämmande.<sup>41</sup> Patientens rätt till självbestämmande utvecklas i PL, vars syfte är att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet, se 1 kap. 1 § och 4 kap. 1 §. Av 4 kap. 2 § PL följer således att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke. Hur patienten uttrycker sin inställning till vården saknar betydelse, jämför 4 kap. 2 § andra stycket PL. Därmed ska även exempelvis ett konkludent samtycke eller ett fysiskt visat motstånd respekteras i samma utsträckning som ett uttryckligt samtycke eller en uttrycklig motsättning.<sup>42</sup>

För att patienten ska kunna utnyttja självbestämmanderätten förutsätts att hen har beslutskompetens, det vill säga förmåga att tillgodogöra sig information och överblicka konsekvenserna av sitt beslut.<sup>43</sup> Avsaknad av denna förmåga, beslutsinkompetens, kan vara absolut eller relativ. Absolut beslutsinkompetens föreligger när patienten helt saknar förmåga att ta ställning till vården, exempelvis då patienten är medvetslös, medan relativ beslutsinkompetens föreligger när patienten har nedsatt insikt om beslutets konsekvenser, exempelvis då patienten är i chocktillstånd eller lider av svår smärta eller utmattning. Relativ beslutsinkompetens föreligger även när patienten är ett barn. När patienten har relativ beslutsinkompetens kan hen ha beslutskompetens i en fråga, men sakna beslutskompetens i en annan. En bedömning av patientens beslutskompetens måste därför göras i det enskilda fallet.<sup>44</sup>

## 3.2 Medbestämmanderätt

Självbestämmanderätten utgör ett skydd mot påtvingad hälso- och sjukvård som gäller i förhållande till staten och den behandlande hälso- och sjukvårdspersonalen. När patienten är ett barn gäller självbestämmanderätten emellertid inte på samma sätt som för vuxna. Istället har barnets vårdnadshavare, enligt 6 kap. 11 § FB, rätt och skyldighet att bestämma om barnets personliga angelägenheter och däribland barnets hälso- och sjukvård. Skyddet mot från staten och behandlande hälso- och sjukvårdspersonal påtvingade hälso- och sjukvårdsåtgärder gäller emellertid fortfarande och skillnaden är att det som utgångspunkt är barnets vårdnadshavare, och inte barnet själv, som har rätt att lämna samtycke till åtgärdernas genomförande. Syftet med 6 kap. 11 § FB är att skydda barnet från konsekvenserna av beslut som hen inte haft tillräcklig beslutskompetens för att förstå.<sup>45</sup>

När vårdnadshavare bestämmer om barnets hälso- och sjukvård ska de, enligt 6 kap. 11 § FB samt enligt art. 12 i barnkonventionen och 4 kap. 3 § PL, beakta barnets synpunkter och tillmäta dessa betydelse i förhållande till barnets ålder, utveckling och mognad. Barnets rätt till inflytande över beslutet kan beskrivas som en *medbestämmanderätt*.

---

<sup>41</sup> Rynning (1994) s.117.

<sup>42</sup> Svensson (2007) s.46.

<sup>43</sup> Rynning (1994) s.278f; Svensson (2007) s.50.

<sup>44</sup> Rynning (1994) s.282ff; Rynning (2010) s.135ff; Svensson (2007) s.50.

<sup>45</sup> Jfr prop. 1981/82:168 s.19; Svensson (2007) s.71f; Svensson (2005/06) s.866.

Medbestämmanderätten är beroende av barnets beslutskompetens och ökar i takt med barnets stigande ålder, utveckling och mognad.<sup>46</sup>

### 3.3 Vård genom tvång

Med tvång avses i denna framställning åtgärder som genomförs trots att patienten motsätter sig dem. Huvudregeln är att patienten har självbestämmanderätt, alternativt, när patienten är ett barn, att patienten har medbestämmanderätt tillsammans med sina vårdnadshavare. Beslut av patienten och patientens vårdnadshavare ska enligt huvudregeln respekteras och även när beslutet går emot samhällets värderingar, är samhällets möjligheter att ingripa är normalt begränsade till att försöka få patienten eller vårdnadshavaren att ändra sitt beslut på frivillig väg. I vissa fall anses emellertid särskilda skäl utgöra anledning till undantag från patientens och vårdnadshavarens bestämmanderätt. För att hälso- och sjukvårdsåtgärder ska kunna vidtas utan samtycke krävs emellertid lagstöd, se art. 8.2 EKMR och 2 kap. 21 § RF samt 24 kap. BrB. I detta delkapitel utreds grundläggande förutsättningar för samhällets möjligheter att ingripa och bestämma att hälso- och sjukvårdsåtgärder ska genomföras med stöd av nödrätten och tvångslagarna LPT och LVU. Samhällets möjligheter att ingripa när barnet eller barnets vårdnadshavare utnyttjar sin bestämmanderätt för att hindra att den hälso- och sjukvård som erbjuds barnet genomförs, utreds närmare i kap. 7.

#### 3.3.1 Nödrätten ibland tillämplig

I 4 kap. 4 § PL finns en bestämmelse som möjliggör undantag från kravet på samtycke i hälso- och sjukvården. Bestämmelsen tar sikte på nödsituationer och stadgar att en patient ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja akut fara som allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om patientens vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas. Bestämmelsens tillämplighet förutsätter således (1) ett akut och allvarligt hot mot patientens liv eller hälsa, (2) att patientens vilja inte kan utredas och (3) att de åtgärder som vidtas behövs för att avvärja hotet.

Att hotet ska vara akut och allvarligt (1) innebär att patientens liv och hälsa riskerar att lida betydande konsekvenser om åtgärder inte vidtas och att de aktuella åtgärderna inte kan anstå tills patienten eventuellt kan ta ställning till dem.<sup>47</sup> Att patientens vilja inte kan utredas innebär (2) att patienten på grund av exempelvis medvetlöshet, chocktillstånd eller påverkan av narkotiska preparat saknar beslutskompetens. I princip förutsätts dessutom att det kan presumeras att patienten, om hen haft förmåga att ta ställning till vården, hade samtyckt till

---

<sup>46</sup> Rynning (1994) s.288.

<sup>47</sup> Prop. 2013/14:106 s.120f.

de aktuella åtgärderna.<sup>48</sup> Slutligen måste (3) de åtgärder som vidtas kunna antas vara nödvändiga för att undvika betydande konsekvenser för patientens hälsa eller liv.<sup>49</sup>

Syftet med 4 kap. 4 § PL är att möjliggöra akuta vårdåtgärder för att rädda patientens liv och hälsa. Bestämmelsen är således inte avsedd att ge stöd för att påtvinga patienten hälso- och sjukvårdsåtgärder och är endast tillämplig när patienten saknar beslutskompetens, oavsett om avsaknaden av beslutskompetens är relativ eller absolut.<sup>50</sup>

Nödbestämmelsen i 4 kap. 4 § PL kompletteras av den allmänna nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § BrB.<sup>51</sup> Den allmänna nödbestämmelsen är inte utformad med hälso- och sjukvården i åtanke, men kan vara tillämplig då det föreligger ett hot mot patientens liv eller hälsa. Bestämmelsen förutsätter att det (1) föreligger en nödsituation, (2) att de hälso- och sjukvårdsåtgärder som vidtas är nödvändiga för att avvärja nödsituationen samt (3) att åtgärderna är försvarliga med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas patienten och omständigheterna i övrigt.

En nödsituation föreligger (1) när fara hotar patientens liv och hälsa. Att de hälso- och sjukvårdsåtgärder som vidtas måste vara nödvändiga innebär (2) att faran i princip inte kan undanröjas på annat sätt än genom de aktuella åtgärderna. Att åtgärderna måste vara försvarliga innebär slutligen (3) att åtgärderna måste vara påkallade av ett intresse av betydligt större vikt än det intresse som offras.<sup>52</sup>

24 kap. 4 § BrB hade en större betydelse inom hälso- och sjukvården innan ikraftträdandet av PL den 1 januari 2015, eftersom tillämpningsområdet för 4 kap. 4 § PL till stor del överlappar tillämpningsområdet för 24 kap. 4 § BrB inom hälso- och sjukvården.<sup>53</sup> I förarbetena till PL hänvisas emellertid till 24 kap. 4 § BrB som ett möjligt lagstöd för genomförandet av hälso- och sjukvårdsåtgärder som inte omfattas av 4 kap. 4 § PL. 24 kap. 4 § BrB måste därför ha ett större tillämpningsområde inom hälso- och sjukvården än 4 kap. 4 § PL. I förarbeten till PL framkommer exempelvis att 4 kap. 4 § PL endast är tillämplig i akuta situationer, medan 24 kap. 4 § BrB kan ge stöd för att fortlöpande vårda och behandla en patient som varaktigt saknar förmåga att ta ställning till vården eller behandlingen.<sup>54</sup> Den allmänna nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § BrB är sålunda av fortsatt relevans inom hälso- och sjukvården. Eftersom 4 kap. 4 § PL i princip omfattar de situationer som tidigare antagits omfattats av 24 kap. 4 § BrB, framstår det emellertid som osäkert när 24 kap. 4 § BrB blir tillämplig utöver de situationer som specifikt anges i förarbeten.<sup>55</sup>

---

<sup>48</sup> Prop. 2013/14:106 s.120f; Jfr Svensson (2007) s.54f; Svensson (2006) s.154.

<sup>49</sup> Prop. 2013/14:106 s.120f.

<sup>50</sup> Jfr SOU 2013:2 s.14f; prop.2013/14:106 s.59ff.

<sup>51</sup> Prop. 2013/14:106 s.121.

<sup>52</sup> Rynning (1994) s.373ff; Bäcklund m.fl. 24 kap. 4 § BrB, *Zeteo*.

<sup>53</sup> Om tillämpligheten av 24 kap. 4 § BrB inom hälso- och sjukvården innan PL:s tillkomst, se exempelvis Rynning (2010) s.127; Svensson (2007) s.56; Sahlin (1990) s.600.

<sup>54</sup> Prop. 2013/14:106 s.120f.

<sup>55</sup> Jfr Rynning (2010) s.127; Svensson (2007) s.56; Sahlin (1990) s.600ff.



Inte heller 24 kap. 4 § BrB är avsedd att möjliggöra tvångsåtgärder, men det är en intressant fråga om 24 kap. 4 § BrB i något fall skulle kunna vara tillämplig för att genomföra tvångsvård. Framställningen återkommer till denna fråga i kap. 7.2, där nödrättens tillämplighet i förhållande till barn och vårdnadshavare i hälso- och sjukvården utreds närmare.

### 3.3.2 Tvångslagarna

Utöver möjligheterna att genomföra hälso- och sjukvårdsåtgärder utan samtycke i vissa nödsituationer, föreligger stöd att med tvång utreda och vårda vissa sjukdomar, skador och andra tillstånd i enlighet med särskilda tvångslagar. Tvångsvård, oavsett vilken lag den grundas i, är en mycket ingripande åtgärd som inskränker patientens och i vissa fall patientens vårdnadshavares bestämmanderätt. Tvångslagarna motiveras utifrån intresset av att skydda patienten och/eller personer i patientens närhet.<sup>56</sup> I denna framställning är det lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, som är av intresse.

#### 3.3.2.1 LPT

Psykiatrisk tvångsvård får, enligt 3 § LPT, beredas den som (1) lider av en allvarlig psykisk störning *och* (2a) på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), *eller* (2b) behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård) *samt* (3) att det kan antas att nödvändig vård inte kan genomföras med samtycke från patienten.

För att bedöma huruvida patienten (1) lider av en allvarlig psykisk störning görs en helhetsbedömning av patientens situation och psykiska tillstånd utifrån en sammanvägning av biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Avgörande är i princip hur störningen påverkar patienten. Till allvarliga psykiska störningar räknas exempelvis psykoser och allvarliga depressioner.<sup>57</sup> Avseende formerna för vården enligt (2) innebär sluten psykiatrisk tvångsvård att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning, medan övrig vård som kan ges med stöd av LPT är öppen psykiatrisk tvångsvård, se 2 § LPT. Psykiatrisk tvångsvård inleds dock alltid som sluten psykiatrisk vård, vilket innebär att det initialt är förutsättningarna i (2a) som ska vara uppfyllda.<sup>58</sup> För att det ska bli aktuellt att bereda patienten vård enligt LPT förutsätts därför ett oundgängligt vårdbehov, vilket innebär att det på grund av patientens psykiska störning föreligger en omedelbar risk för patientens liv eller hälsa som inte kan avvärjas på

---

<sup>56</sup> Strömberg & Lundell (2014) s.124f och s.163.

<sup>57</sup> Prop. 1990/91:58 s.85f; Strömberg & Lundell (2014) s.163.

<sup>58</sup> Prop. 2007/08:70 s.91f.

annat sätt än genom sluten psykiatrisk vård.<sup>59</sup> Slutligen måste det (3) kunna antas att nödvändig vård inte kan genomföras på frivillig väg, vilket i princip innebär att patienten måste motsätta sig föreslagen vård. I vissa fall kan vård enligt LPT emellertid även beredas den som på grund av sin psykiska störning saknar förmåga att uttala någon uppfattning i frågan, eller som inte har kunnat sköta frivillig behandling på ett tillfredsställande sätt, se 3 § andra stycket LPT.

Ett beslut om LPT innebär att hälso- och sjukvårdsåtgärder som är hänförliga till patientens psykiska störning får genomföras utan samtycke från patienten. Syftet med tvångsvård enligt LPT är dock primärt att övertyga patienten om att frivilligt medverka till den vård och det stöd som hen behöver, se 2 § LPT. Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vård och behandling får, enligt 2 b § LPT, användas endast om patienten inte kan förmås att frivilligt medverka till vård.<sup>60</sup>

Det uppställs ingen nedre åldersgräns för LPT:s tillämplighet och även barn kan således beredas vård med stöd av lagen. Vanligen anpassas vården utifrån patientens ålder och barn vårdas därför i huvudsak inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska vården, BUP. Det ska samtidigt framhållas att mycket små barn i praktiken inte bereds vård enligt LPT, utan att andra åtgärder aktualiseras när det är små barn som lider av allvarliga psykiska störningar.<sup>61</sup> Hur LPT förhåller sig till barn och vårdnadshavare utreds närmare i kap. 7.3.

### 3.3.2.2 LVU

LVU utgör ett komplement till SoL och är en *social tvångslag*.<sup>62</sup> Om frivilliga insatser enligt SoL inte är tillräckligt för att socialnämnden ska kunna uppfylla sina skyldigheter gentemot ett barn, kan socialnämnden ansöka hos förvaltningsrätten om att barnet ska beredas vård enligt LVU, vars syfte är att säkerställa socialnämndens möjligheter att genomföra nödvändiga samhällsinsatser för barn och unga.<sup>63</sup> I vissa situationer kan LVU trots sin karaktär av social tvångslag ge stöd för att genomföra psykiatriska eller somatiska hälso- och sjukvårdsåtgärder utan samtycke, vilket gör lagen intressant för denna framställning. Förutsättningarna för att ett barn ska beredas vård enligt LVU är, enligt 1 §, (1) att det kan antas att behövlig vård inte kan beredas med samtycke *och* att förutsättningarna i (2a) 2 §, miljöfallen, *eller* (2b) 3 §, beteendefallen, är uppfyllda *samt* att vården (3) är förenlig med barnets bästa.<sup>64</sup>

---

<sup>59</sup> Prop. 1990/91:58 s.91; Svensson (2006) s.158.

<sup>60</sup> Kindström Dahlin (2016) s.269; Svensson (2006) s.162.

<sup>61</sup> SOU 2012:17 s.468f; Kindström Dahlin (2017) s.226; Svensson (2006) s.165. För vidare diskussion om barn i psykiatrisk tvångsvård, se Vahlne Westerhäll (2016).

<sup>62</sup> Svensson (2006) s.168.

<sup>63</sup> Prop. 1989/90:28 s.38.

<sup>64</sup> 1 § 5 st. LVU; art. 3 i barnkonventionen; RÅ 2008 ref. 55.

Avseende (1) stadgas i 1 § LVU att insatser inom socialtjänsten i första hand ska beredas barnet på frivillig väg genom SoL, men att insatser med stöd av LVU kan aktualiseras om det kan antas att behövlig vård inte kan ges med samtycke från barnets vårdnadshavare eller, när barnet har fyllt 15 år, av barnet själv.

Avseende (2a), miljöfallen, stadgas i 2 § LVU att ett barn ska beredas vård om det på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att barnets hälsa eller utveckling skadas. Till brister i omsorgen hör exempelvis vårdnadshavares oförmåga att tillgodose barnets behov av hälso- och sjukvård.<sup>65</sup> När ett barn kan beredas vård för att barnets vårdnadshavare inte tillgodoser barnets behov av hälso- och sjukvård utreds närmare i kap. 7.4. Vård enligt 2 § LVU kan endast beredas barn, det vill säga personer under 18 år.

Avseende (2b), beteendefallen, stadgas vidare i 3 § LVU att barnet ska beredas vård om hen utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende. Huruvida oförmåga att tillgodose sitt eget behov av hälso- och sjukvård kan utgöra ett socialt nedbrytande beteende utreds i kap. 7.4. Vård enligt 3 § LVU kan beredas både barn och unga upp till 20 års ålder.

Avseende (3), framkommer avslutningsvis av 1 § femte stycket LVU att barnets bästa ska vara avgörande vid beslut enligt LVU. Vad som avses med barnets bästa utvecklas inte i LVU. Begreppet härstammar från barnkonventionen, vars art. 3 stadgar att det avgörande vid alla åtgärder som rör barn ska vara barnets bästa. Vad som avses med barnets bästa utvecklas emellertid inte heller i barnkonventionen och vad som är bäst för barnet får således avgöras utifrån de individuella omständigheterna i varje fall, med utgångspunkt i vetenskap och beprövad erfarenhet samt i beaktande av både kortsiktiga och långsiktiga konsekvenser av ett visst beslut.<sup>66</sup>

Ett beslut om LVU innebär att socialnämnden enligt 11 § femte stycket LVU övertar vårdnadshavares ansvar för barnet samt att barnet, åtminstone initialt, skiljs från det egna hemmet och placeras i familjehem eller på institution, se 10 § LVU samt 6 kap. 1 § SoL.

### 3.4 Avslutande synpunkter

I detta kapitel har begreppen självbestämmande, medbestämmande och tvång utretts. Sammanfattningsvis kan det konstateras att *självbestämmande*, det vill säga patientens rätt att samtycka till eller motsätta sig erbjuden hälso- och sjukvård, är utgångspunkten i svensk hälso- och sjukvård. Det kan också konstateras att barn inte har självbestämmanderätt på

---

<sup>65</sup> Prop. 1989/90:28 s.108.

<sup>66</sup> Prop. 2013/14:106 s.62f och 112; Prop. 2016/17:43 s.97f; Jfr HFD 2017 ref. 5.

samma sätt som vuxna, utan att det är barnets vårdnadshavare som har bestämmanderätt samtidigt som barnet har *medbestämmanderätt*. Det kan slutligen konstateras att samhället har vissa möjligheter att ingripa och bestämma om barnets hälso- och sjukvård. Samhället ska i första hand vidta frivilliga insatser, men kan under vissa förutsättningar ingripa med *tvång* och bestämma om barnets hälso- och sjukvård. Syftet med det här kapitlet har varit att utreda grunderna för bestämmanderätten i hälso- och sjukvården. I nästa kapitel utreds information som förutsättning för att barn och vårdnadshavare ska kunna utöva bestämmanderätt.

## 4 Information, sekretess och tystnadsplikt

För att barn och vårdnadshavare ska kunna ta informerade och välövervägda beslut i frågor som rör barnets hälso- och sjukvård måste de få adekvat och tillräcklig information om bland annat barnets hälsotillstånd, metoder för undersökning, vård och behandling samt om eventuella risker för biverkningar och komplikationer. Samtidigt omfattas sådan information som huvudregel av sekretess eller tystnadsplikt, vilket innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen inte får röja sådana uppgifter. I detta kapitel utredas vilken information barn och vårdnadshavare kan, och ska, få innan de bestämmer om barnets hälso- och sjukvård.

### 4.1 Informationsskyldighet

En förutsättning för att patienten ska kunna utöva självbestämmanderätt är att hen får adekvat och tillräcklig information innan hen tar ställning till den aktuella hälso- och sjukvården. Detta anses så centralt att Europadomstolen har konstaterat att patientens rätt till information inom hälso- och sjukvården är en del av patientens rätt till integritet enligt art. 8 EKMR.<sup>67</sup> När patienten är ett barn, föreligger emellertid ingen självbestämmanderätt på samma sätt som för vuxna, utan utgångspunkten är istället att barnets vårdnadshavare bestämmer och att barnet har medbestämmanderätt. Det är dock lika viktigt att barnet och vårdnadshavaren får den information som är nödvändig för att de ska kunna utöva bestämmanderätt som att en vuxen patient får sådan information om sig själv.

För att belysa vikten av att barn och vårdnadshavare får tillräcklig information, kan vi återgå till mitt inledande praxisexempel om G som valde att avstå kortisonbehandling.<sup>68</sup> I avgörandet riktar IVO skarp kritik mot att G och hennes närstående hade fått bristfällig information, vilket föranleder frågan om G och hennes vårdnadshavare hade förstått innebörden av Gs hälsotillstånd och den behandling hon erbjöds eller vilka konsekvenser utebliven behandling kunde få. Kanske var den bristfälliga informationen helt avgörande för Gs beslut och för de tragiska följder som beslutet fick.

Den hälso- och sjukvårdspersonal som har ansvaret för vården av en patient ska enligt 6 kap. 6 § PSL se till att patienten får information enligt 3 kap. PL innan samtycke för åtgärdens genomförande inhämtas, se 4 kap. 2 §. Enligt 3 kap. 1 § PL ska patienten få information om bland annat sitt hälsotillstånd, om möjliga metoder för undersökning, vård och behandling samt om väsentliga risker för biverkningar och komplikationer. Därtill framgår av lagens förarbeten att patienten ska få annan information som är nödvändig för att patienten ska

---

<sup>67</sup> Prop. 2013/14:106 s.47f; Johnsson 3 kap. 1 § PL, *Zeteo*; Hendriks (2012) s.37; *Moskvas Jehovas Vittnen m.fl. mot Ryssland* p.135.

<sup>68</sup> IVO dnr 8.2 14125/2014.

kunna ta ett informerat och välövertvägt beslut.<sup>69</sup> Informationen till patienten ska vara vetenskapligt grundad och ange både för- och nackdelar med olika behandlingsalternativ vid patientens hälsotillstånd.<sup>70</sup> När patienten är ett barn, måste hälso- och sjukvårdspersonalen dessutom göra en särskild bedömning av barnets bästa utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. I bedömningen av barnets bästa måste både kortsiktiga och långsiktiga konsekvenser av olika alternativ beaktas.<sup>71</sup> 3 kap. PL gäller oavsett patientens ålder, vilket innebär att ett barn som är patient i hälso- och sjukvården ska få information enligt kapitlet.<sup>72</sup> När patienten är ett barn, ska dock även barnets vårdnadshavare få information enligt kapitlet, se 3 kap. 3 § PL.

## 4.2 Sekretess och tystnadsplikt

När det kommer till hälso- och sjukvård i offentlig regi, gäller offentlighetsprincipen, vilken innebär att allmänheten som huvudregel har rätt till fri insyn i verksamheten.<sup>73</sup> Från huvudregeln föreligger emellertid betydande undantag i förhållande till uppgifter som omfattas av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslag (2009:400), OSL. Uppgifter som omfattas av sekretess får som huvudregel inte lämnas ut. Enligt 25 kap. 1 § omfattas uppgifter inom hälso- och sjukvården avseende enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden av sekretess, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till hen lider men. Sådan information som ska ges till patienten enligt 3 kap. PL omfattas följaktligen av sekretess och får därför som huvudregel inte lämnas ut. I 12 kap. OSL finns emellertid undantagsbestämmelser som innebär att sådan information normalt får lämnas ut till patienten och patientens vårdnadshavare.

När det kommer till hälso- och sjukvård i privat regi, gäller inte offentlighetsprincipen och utgångspunkten är att en privat vårdverksamhet inte har någon skyldighet att lämna ut information. Undantag från detta gäller emellertid när det finns en legal uppgiftsskyldighet. Således följer exempelvis av 3 kap. PL att patienten och, när patienten är ett barn, barnets vårdnadshavare ska få information om bland annat patientens hälsotillstånd, metoder för undersökning, vård och behandling samt risker för komplikationer och biverkningar.

I och med att offentlighetsprincipen inte gäller för hälso- och sjukvård i privat regi, gäller inte heller de undantag från offentlighetsprincipen som följer av OSL. Istället gäller regler om tystnadsplikt enligt 6 kap. 12-16 §§ PSL. Enligt 6 kap. 12 § PSL gäller sålunda att hälso- och sjukvårdspersonal i privat vårdverksamhet inte får röja information om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om annat inte följer av lag.

---

<sup>69</sup> Punkterna i 3 kap. 1 § PL ska inte tolkas uttömmande, utan all nödvändig information ska ges till patienten, se prop. 2013/14:106 s.114.

<sup>70</sup> Prop. 2013/14:106 s.48.

<sup>71</sup> Prop. 2013/14:106 s.62f och s.112; Prop. 2016/17:43 s.97f; Jfr HFD 2017 ref. 5.

<sup>72</sup> Johnsson 3 kap. 3 § PL, *Zeteo*.

<sup>73</sup> Holstad (2009) s.11; Prop. 1975/76:160 s.19

Utgångspunkten är därför att information enligt 3 kap. PL omfattas av tystnadsplikt. Samtidigt utgör 3 kap. PL en sådan lag om uppgiftsskyldighet som innebär att information får lämnas ut enligt förutsättningarna i lagen. Information enligt 3 kap. PL får således lämnas ut till patienten och patientens vårdnadshavare.

## 4.3 Information till barn

Patienten ska få information enligt 3 kap. PL oavsett ålder, utveckling och mognad. När patienten är ett barn ska emellertid principen om barnets bästa i 1 kap. 8 § PL ge vägledning för vilken information som ska lämnas till barnet.<sup>74</sup> Detta innebär att det kan göras vissa begränsningar i den information som lämnas till barnet, exempelvis i förhållande till information som snarare bidrar till förvirring än förståelse hos barnet. När patienten har förmåga att tillgodogöra sig information, kan det dock sällan anses förenligt med barnets bästa att begränsa informationen.<sup>75</sup> Enligt 3 kap. 6 § PL ska hälso- och sjukvårdspersonalen så långt som möjligt anpassa informationen efter barnets förmåga att tillgodogöra sig den, i beaktande av barnets ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska även försäkra sig om att barnet har förstått innehållet och betydelsen av den lämnade informationen, se 3 kap. 7 § PL.

Avseende sekretess och tystnadsplikt, hindrar sådana bestämmelser normalt inte att informationen lämnas till patienten själv. Således följer av 12 kap. 1 § OSL att sekretess inte gäller i förhållande till patienten och av 6 kap. 12 § PSL att tystnadsplikt inte gäller när det finns en legal uppgiftsskyldighet, såsom i PL. Om det kan befaras att patienten eller någon annan kommer fara illa om uppgifterna lämnas ut, kan det dock finnas skäl att upprätthålla sekretess och tystnadsplikt även mot patienten själv. Detta gäller dock endast i undantagsfall och utgångspunkten är att barnet ska få information enligt 3 kap. PL.<sup>76</sup>

## 4.4 Information till vårdnadshavare

Enligt 3 kap. 3 § PL ska även patientens vårdnadshavare få information enligt 3 kap. PL. I vissa fall kan dock informationsskyldigheten i förhållande till vårdnadshavare begränsas av sekretess eller tystnadsplikt. Avseende hälso- och sjukvård i offentlig regi, omfattas information enligt 3 kap. PL av sekretess. Huvudregeln enligt 12 kap. 3 § är emellertid att sekretessen inte gäller heller i förhållande till vårdnadshavare. Detta gäller förutsatt att barnets vårdnadshavare har bestämmanderätt enligt 6 kap. 11 § FB, vilket innebär att vårdnadshavare som utgångspunkt kan och ska få information enligt 3 kap. PL, men att utlämnandet av information till vårdnadshavare utan barnets samtycke hindras när barnet

---

<sup>74</sup> Johnsson 3 kap. 3 § PL, *Zeteo*.

<sup>75</sup> Jfr Johnsson 1 kap. 8 § PL, *Zeteo*.

<sup>76</sup> Lorentzon 12 kap. 1 § OSL, *Lexino*; Jfr 6 kap. 12 § PSL.

uppnår en så hög grad av beslutskompetens att barnets vårdnadshavare inte längre har bestämmanderätt.

Från skyldigheten att lämna information enligt 3 kap. PL till vårdnadshavare, föreligger vidare undantag om utlämnandet kan innebära betydande men för barnet. Innan information lämnas ut till vårdnadshavare måste det således prövas huruvida utlämnandet skulle kunna innebära att barnet riskerar att utsättas för allvarlig psykisk, fysisk eller annan skada eller huruvida det i övrigt föreligger skäl som tyder på att en uppgift om barnet kan komma att missbrukas av vårdnadshavaren i något avsevärt avseende.<sup>77</sup> I en *kammarrättsdom från 2014*<sup>78</sup> ville en vårdnadshavare exempelvis ta del av journalanteckningar för sitt 7-åriga barn, T, för att kunna försäkra sig om att T fick den vård han behövde. Kammarrätten ansåg emellertid att det förelåg en risk för att vårdnadshavaren skulle missbruka dessa uppgifter i en pågående vårdnadstvist och att T därför skulle lida betydande men om uppgifterna lämnades ut till vårdnadshavaren. Vårdnadshavaren fick således inte ta del av anteckningarna. Motsvarande bedömning måste göras innan hälso- och sjukvårdspersonalen lämnar ut information enligt 3 kap. PL till vårdnadshavare.

Avseende hälso- och sjukvård i privat regi, är utgångspunkten vidare att information enligt 3 kap. PL omfattas av tystnadsplikt enligt 6 kap. 12 § PSL. Tystnadsplikt gäller emellertid inte när det föreligger en legal uppgiftsskyldighet. Eftersom 3 kap. 3 § PL innebär en sådan uppgiftsskyldighet i förhållande till vårdnadshavare, får information enligt 3 kap. PL lämnas till vårdnadshavare. I privat vårdverksamhet uppställs inga krav på utlämnandet av information som motsvarar kraven i OSL. Detta innebär att vårdnadshavare har större möjligheter att ta del av information om barnet när barnet genomgår hälso- och sjukvård i privat vårdverksamhet än när barnet genomgår hälso- och sjukvård i offentlig vårdverksamhet. Det föreligger därmed en diskrepans mellan offentlig och privat vårdverksamhet i fråga om vårdnadshavares möjligheter att få information om barnet som kan ifrågasättas utifrån barnets rätt till integritet.

## 4.5 Avslutande synpunkter

I detta kapitel har hälso- och sjukvårdspersonalens informationsskyldighet i förhållande till barn och vårdnadshavare samt hur denna begränsas av regler om sekretess och tystnadsplikt utretts. Att barn och vårdnadshavare får adekvat och tillräcklig information innan de utövar bestämmanderätt är centralt för informerade och välöverbäddade beslut som tillvaratar både barnets medbestämmanderätt och barnets rätt till liv och hälsa. Därför har hälso- och sjukvårdspersonalen en informationsskyldighet och ska se till att barn och vårdnadshavare får information om exempelvis barnets hälsotillstånd, metoder för utredning, vård och behandling samt om risker för biverkningar och komplikationer. Sådan information omfattas

---

<sup>77</sup> Prop. 2008/09:150 s.370f; prop. 1988/89:67 s.38.

<sup>78</sup> Kammarrätten i Göteborg mål nr. 4517-13.



som huvudregel av sekretess respektive tystnadsplikt. Sekretess och tystnadsplikt gäller emellertid normalt inte i förhållande till barnet själv eller i förhållande till vårdnadshavare som har bestämmanderätt. Både barn och vårdnadshavare ska alltså normalt få den information som de behöver för att ta ställning till den aktuella hälso- och sjukvården.

Hittills har framställningen lagt grunden för förhållandet mellan barn, vårdnadshavare och samhälle, för bestämmanderätten i hälso- och sjukvården och för förutsättningarna att utöva bestämmanderätt på ett informerat sätt. I följande tre kapitel utreder och besvarar framställningen sina huvudsakliga frågeställningar en efter en. I nästa kapitel är det således framställningens första frågeställning som står i fokus och det utreds vilken bestämmanderätt vårdnadshavare har och var gränserna för denna går.

## 5 Vårdnadshavares bestämmanderätt

Som framkommit i kap. 3, är utgångspunkten för barn i hälso- och sjukvården att det är barnets vårdnadshavare som har bestämmanderätt och det är därför mest pedagogiskt att börja med vårdnadshavares bestämmanderätt för att i följande kapitel redogöra närmare för barnets medbestämmanderätt och för samhällets möjligheter att ingripa i beslut som rör barns hälso- och sjukvård. I detta kapitel utreds vilken bestämmanderätt vårdnadshavare har och hur denna begränsas av barnets medbestämmanderätt och barnets rätt till liv och bästa uppnåeliga hälsa. Det utreds också vad det innebär att barnets vårdnadshavare har bestämmanderätt.

### 5.1 Gränserna för vårdnadshavares bestämmanderätt

Av 6 kap. 11 § FB följer att vårdnadshavare har rätt och skyldighet att bestämma över barnets personliga angelägenheter. Detta innebär att vårdnadshavare som huvudregel får bestämma om den hälso- och sjukvård som erbjuds barnet ska genomföras eller inte. Rätten att utöva bestämmande över barnet är långtgående, främst eftersom den är en del av rätten till skydd för privat- och familjeliv enligt art. 8 EKMR.<sup>79</sup> Vårdnadshavares bestämmanderätt enligt art. 8 EKMR behandlades av Europadomstolen i avgörandet *Nielsen mot Danmark*.<sup>80</sup> I avgörandet hade den 12-åriga K blivit inlagd för heldygnsvård på en psykiatrisk vårdinrättning efter att hans mamma och tillika vårdnadshavare beslutat om detta. Frågan i målet var huruvida heldygnsvården utgjorde en kränkning av Ks rätt till frihet enligt art. 5 EKMR. Europadomstolen ansåg att så inte var fallet, eftersom hans vårdnadshavare med hänsyn till hans ålder och psykiska tillstånd hade haft rätt att bestämma om Ks vård. Ks vårdnadshavare ansågs alltså ha rätt att bestämma om en så ingripande åtgärd som heldygnsvård för sin 12-åriga son.<sup>81</sup>

Vårdnadshavares rätt att utöva bestämmande är emellertid inte obegränsad, utan kan enligt art. 8.2 EKMR begränsas genom lag om det är nödvändigt i ett demokratiskt samhälle med hänsyn till exempelvis skydd för hälsa, moral eller för andra personers fri- och rättigheter. Vårdnadshavares rätt att utöva bestämmande kan således begränsas i fall där de utövar bestämmanderätten på ett sätt som är oförenligt med barnets rättigheter, exempelvis med hänvisning till barnets medbestämmanderätt, eller med hänvisning till barnets rätt till liv och hälsa.<sup>82</sup>

---

<sup>79</sup> Kindström Dahlin (2017) s.220; Mattsson (2002) s.135.

<sup>80</sup> Europadomstolen nr. 10929/84.

<sup>81</sup> Moa Kindström Dahlin ställer sig dock tveksam till om en vårdnadshavare idag hade tillåtits ta ett beslut av så ingripande vård som heldygnsvård under de förutsättningar som förelåg i Europadomstolens dom *Nielsen mot Danmark*, se vidare Kindström Dahlin (2016) s.273.

<sup>82</sup> Mattsson (2002) s.135; SOU 2005:43 s.138ff.

## 5.1.1 Barnets medbestämmanderätt

Att vårdnadshavares rätt att utöva bestämmande begränsas av barnets medbestämmanderätt, följer av 6 kap. 11 § FB samt av art. 12 i barnkonventionen och 4 kap. 3 § PL. I dessa bestämmelser framgår att vårdnadshavare måste ta hänsyn till barnets synpunkter så långt det är möjligt med hänsyn till barnets ålder, utveckling och mognad. Ju högre grad av beslutskompetens barnet uppnår, desto mer medbestämmanderätt tillerkänns barnet och desto större hänsyn måste vårdnadshavare ta till barnets synpunkter. Vilken bestämmanderätt vårdnadshavare har är följaktligen helt beroende av barnets beslutskompetens och vårdnadshavares bestämmanderätt kan på så sätt ses som en 'restbestämmanderätt' i förhållande till barnets medbestämmanderätt, som gäller i den mån barnet inte själv har uppnått tillräcklig beslutskompetens för att tillerkännas en avgörande grad av bestämmanderätt. Denna 'restbestämmanderätt' kan vara allt från mycket omfattande till mycket begränsad och är helt beroende av vilken grad av beslutskompetens barnet har uppnått och vad denna innebär i termer av medbestämmanderätt.<sup>83</sup> Enligt FB är vårdnadshavares bestämmanderätt emellertid utgångspunkten och denna utgångspunkt upprätthålls i praxis.

I *RÅ 1996 ref. 65* hade exempelvis en farmor tagit med sig sitt barnbarn, A, till en läkare för att ta ett blodprov i syfte att fastställa faderskap. A var vid tillfället 3 år gammal och blodprovstagningen genomfördes på begäran av farmodern utan att samtycke hade inhämtats från As vårdnadshavare. HFD ansåg att läkaren som tagit blodprovet, genom att inte ha förvissat sig om vårdnadshavarnas samtycke, hade åsidosatt vad som ålegat henne i yrkesutövningen. HFD verkar ha utgått från att åtgärdens genomförande krävde samtycke från As vårdnadshavare och As egen bestämmanderätt i fråga om den aktuella åtgärden diskuteras inte alls i domen.

I ett annat avgörande, från *HSAN den 17 februari 2005*<sup>84</sup> led H, som vid tillfället var ungefär 1 år gammal, av gastroenterit, en sjukdom som kan orsaka uttorkning. Hs vårdnadshavare hade svårt att få i H vätska uppsökte därför vård. På barnmottagningen fick H och hans vårdnadshavare träffa en barnskötare som tvingade i H vätska med en spruta, trots att Hs vårdnadshavare tydligt uttryckte att hon motsatte sig detta. HSAN ansåg att vårdnadshavaren hade haft rätt att motsätta sig vården och att barnsköterskan inte skulle ha genomfört vårdåtgärden i strid med hennes samtycke. Även i detta beslut verkar HSAN ha utgått från att Hs vårdnadshavare hade bestämmanderätt och vilken betydelse Hs egen inställning till vården hade diskuteras inte i beslutet. I detta fall var barnet bara ett år gammalt och när det handlar om spädbarn råder det samstämmighet om att barnets beslutskompetens inte behöver utredas.<sup>85</sup> Det är dock osäkert var gränsen för spädbarn går och när barnets beslutskompetens

---

<sup>83</sup> Jfr Svensson (2007) s.71f; Svensson (2005/06) s.866; Singer (2019) s.22ff.

<sup>84</sup> HSAN 706/04:A2.

<sup>85</sup> Prop. 2013/14:106 s.66.

behöver utredas och det hade därför varit intressant att veta hur HSAN såg på frågan i detta fall.

I ett tredje avgörande, från *HSAN den 23 april 1997*,<sup>86</sup> behandlas frågan om vårdnadshavares samtycke krävdes för att den 7-åriga P skulle få genomgå samtalsbehandling hos BUP. HSAN ansåg att samtalsbehandling i detta fall inte fick genomföras utan samtycke från vårdnadshavarna och att BUP därav hade gjort fel när de behandlat P utan samtycke från hans vårdnadshavare. Inte heller i detta beslut diskuteras barnets, Ps, medbestämmanderätt och vad denna hade för betydelse i frågan. Trots att P var 7 år och därför borde ha uppnått en viss grad av beslutskompetens, nämns inte hans medbestämmanderätt över huvud taget, utan HSAN verkar helt ha utgått från att Ps vårdnadshavare hade bestämmanderätt.

Inte förrän barnet har uppnått tonåren tycks barnets medbestämmanderätt på allvar få betydelse i praxis, vilket framgår exempelvis av ett *JO-beslut meddelat 23 november 2018*.<sup>87</sup> I beslutet framkommer att den 14-åriga F hade genomgått samtalsbehandling hos BUP utan att hennes vårdnadshavare hade informerats. Fs vårdgivare hade dock gjort bedömningen att F var tillräckligt mogen för att själv ta ställning till behandlingen och att samtycke från Fs vårdnadshavare därför inte behövde inhämtas. I beslutet framhöll JO att behandling i psykiatri normalt är en vårdinsats av ingripande betydelse och att en 14-åring endast i undantagsfall kan anses ha uppnått den mognad som krävs för att överblicka konsekvenserna av att delta i sådan behandling. JO ansåg emellertid inte att det fanns anledning att ifrågasätta vårdgivarens bedömning av Fs beslutskompetens och ansåg därför att behandlingen kunnat genomföras utan samtycke från vårdnadshavarna. Även i detta fall utgick JO alltså från att vårdnadshavarna hade bestämmanderätt, men kom fram till att F faktiskt hade uppnått den grad av beslutskompetens som krävdes för att hon skulle tillerkännas avgörande bestämmanderätt.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att vårdnadshavares bestämmanderätt är helt beroende av vilken medbestämmanderätt barnet tillerkänns. Samtidigt är vårdnadshavares bestämmanderätt utgångspunkten och av praxis framgår att tröskeln för att barnet ska tillerkännas medbestämmanderätt i den utsträckning att den i någon avgörande mån påverkar vårdnadshavarens bestämmanderätt är hög.

## 5.1.2 Barnets rätt till liv och bästa uppnåeliga hälsa

Att vårdnadshavares rätt att utöva bestämmande begränsas av barnets rätt till liv och bästa uppnåeliga hälsa följer av 6 kap. 1-2 §§ FB samt av art. 6 och art. 24 i barnkonventionen. I dessa bestämmelser stadgas att vårdnadshavare ansvarar för barnets omvårdnad och däribland för att barnet får den hälso- och sjukvård som är nödvändig för att säkerställa barnets liv och

---

<sup>86</sup> HSAN 24/80:95:A1.

<sup>87</sup> JO:s beslut dnr. 3153-2016.

hälsa. Om vårdnadshavare utövar bestämmanderätten på ett sätt som innebär en risk för barnets liv och hälsa, aktualiseras samhällets ansvar för barnet och det kan bli aktuellt för samhället att ingripa och se till att nödvändig hälso- och sjukvård kan genomföras med stöd av nödrätten eller LVU.<sup>88</sup> Vårdnadshavares bestämmanderätt kan således begränsas när det kommer till beslut som innebär att barnet inte får sådan hälso- och sjukvård som är nödvändig för barnets liv och hälsa.

Samtidigt kan vårdnadshavares bestämmanderätt inte begränsas till att vårdnadshavare endast får samtycka till hälso- och sjukvårdsåtgärder som föreslås för barnet. Detta skulle inte vara någon bestämmanderätt i egentlig bemärkelse, utan kränka vårdnadshavares rätt att utöva vårdnad och bestämmande enligt art. 8 EKMR. Vårdnadshavares bestämmanderätt kan därför i första hand begränsas till förmån för barnets liv och hälsa när det handlar om vårdåtgärder som är av avgörande betydelse för barnets liv och hälsa, exempelvis då barnets vårdnadshavare motsätter sig en livsavgörande blodtransfusion.<sup>89</sup> Var gränsen går för vilka vårdåtgärder vårdnadshavare får motsätta sig och vilka vårdåtgärder vårdnadshavare inte får motsätta sig är emellertid osäkert. I *RA 1995 ref. 39* ansåg socialnämnden exempelvis att det var tillräckligt för att begränsa vårdnadshavares bestämmanderätt att vårdnadshavarna hade beslutat att inte följa läkares rekommendationer om sjukhusvistelse för att säkerställa att barnet var vid god hälsa. I målet hade socialnämnden ansökt om att D och hans syster skulle beredas vård enligt LVU. Socialnämnden ansåg att det fanns omfattande brister i barnens omvårdnad och till dessa hörde det faktum att vårdnadshavarna inte hade följt läkares rekommendationer avseende längden på sjukhusvistelsen i samband med Ds födelse och därefter avseende inläggning på sjukhus i samband med kräkningssymptom som D hade haft. När målet väl prövades av HFD hade omständigheterna emellertid ändrats och HFD bedömde att barnen inte längre hade ett behov av LVU-vård. Det blev sålunda aldrig klargjort om en vårdnadshavares beslut att inte följa läkares rekommendationer om sjukhusvistelse i syfte att säkerställa att ett barn är vid god hälsa, är tillräckligt för att bereda ett barn vård enligt LVU och på så sätt begränsa vårdnadshavarens bestämmanderätt.

När det handlar om åtgärder som begränsar vårdnadshavares rätt att utöva bestämmande, måste det dock erinras att alla sådana begränsningar inskränker vårdnadshavares rätt till familjeliv enligt art. 8 EKMR.<sup>90</sup> Möjligheter att begränsa vårdnadshavares rätt att utöva bestämmande måste därför utnyttjas med försiktighet och endast det faktum att vårdnadshavare motsätter sig hälso- och sjukvårdsåtgärder som föreslås för barnet är inte tillräckligt för att samhället ska kunna ingripa. Det måste handla om hälso- och sjukvårdsåtgärder som kan förväntas vara av avgörande betydelse för barnets liv och hälsa.

---

<sup>88</sup> Se vidare kap. 7.

<sup>89</sup> Jfr Prop. 1989/90:28 s. 108.

<sup>90</sup> HFD 2015 ref. 5.

## 5.2 Bestämmanderätt och tvång

Att vårdnadshavare har bestämmanderätt innebär kort sagt att vårdnadshavare får bestämma i frågor som rör barnets hälso- och sjukvård. Vårdnadshavare ska så långt som möjligt ta hänsyn till barnets synpunkter, men i den mån barnet inte har uppnått den grad av beslutskompetens som krävs för avgörande bestämmanderätt, har vårdnadshavare som huvudregel rätt att slutigt avgöra om de hälso- och sjukvårdsåtgärder som föreslås för barnet ska genomföras eller inte. Om det är nödvändigt för att en vårdnadshavare ska kunna tillgodose barnets behov av hälso- och sjukvård, kan hen följaktligen bestämma att hälso- och sjukvårdsåtgärder ska genomföras även om barnet motsätter sig detta. I den mån vårdnadshavaren har bestämmanderätt, kan hen alltså tvinga barnet till hälso- och sjukvård. Direkta tvångsåtgärder bör emellertid undvikas så långt som möjligt, även om tvångsåtgärder i viss utsträckning kan accepteras när det är nödvändigt för att tillgodose barnets behov av hälso- och sjukvård.<sup>91</sup>

Även i fråga om tillgripandet av tvångsåtgärder måste hänsyn tas till barnets ålder, utveckling och mognad. Möjligheterna att resonera med barnet och använda andra metoder än direkt tvång ökar ofta i takt med barnets stigande ålder, utveckling och mognad. Ju högre grad av beslutskompetens barnet har uppnått, desto mer begränsade är därför möjligheterna att tillgripa tvångsåtgärder. Medan det exempelvis kan vara motiverat att hålla fast ett litet barn för att kunna genomföra en vaccination, är det inte säkert att det är motiverat att hålla fast ett äldre barn i samma syfte.<sup>92</sup> Exakt var gränsen går för vilket tvång som kan accepteras med stöd i vårdnadshavares bestämmanderätt är emellertid inte en fråga som tycks ha varit särskilt omdebatterad i lagstiftningssammanhang, praxis eller doktrin och det är därför osäkert vilka tvångsåtgärder som får tillgripas och när.

## 5.3 Avslutande synpunkter

Detta kapitel har utrett vilken bestämmanderätt vårdnadshavare har och var gränserna för vårdnadshavares bestämmanderätt går. Det kan sammanfattningsvis konstateras att utgångspunkten i svensk rätt är att vårdnadshavare har bestämmanderätt i frågor som rör barnets personliga angelägenheter och däribland frågor som rör barnets hälso- och sjukvård.

Vårdnadshavare har en långtgående rätt att utöva bestämmande, vilket framgår av exempelvis Europadomstolens dom *Nielsen mot Danmark*. Vårdnadshavares bestämmanderätt är emellertid inte obegränsad, utan begränsas dels av barnets medbestämmanderätt, dels av barnets rätt till liv och bästa uppnåeliga hälsa.

---

<sup>91</sup> Kindström Dahlin (2017) s.137f och s.233; Rynning (1994) s.110 och s.295; Singer (2019) s.382ff.

<sup>92</sup> Jfr Kindström Dahlin (2017) s.137f och s.233; Rynning (1994) s.110 och s.295.

Avseende barnets medbestämmanderätt kan det konstateras att vårdnadshavare ska ta hänsyn till barnets synpunkter i beaktande av barnets ålder, utveckling och mognad. Detta är barnets medbestämmanderätt. I princip ska barnets medbestämmanderätt motsvara barnets grad av beslutskompetens och barnet ska alltså tillerkännas så mycket medbestämmanderätt som är möjligt med hänsyn till barnets förmåga att tillgodogöra sig information och överblicka konsekvenserna av sitt beslut. Vårdnadshavarens bestämmanderätt är följaktligen helt beroende av barnets medbestämmanderätt och föreligger i den utsträckning barnet inte själv har uppnått tillräcklig beslutskompetens. På så sätt kan vårdnadshavarens bestämmanderätt beskrivas som en 'restbestämmanderätt'. I praxis är det dock tydligt att vårdnadshavarens bestämmanderätt är utgångspunkten och att det krävs en hög grad av beslutskompetens för att barnet ska tillerkännas en avgörande grad av bestämmanderätt. Detta gäller både i den psykiatriska och i den somatiska vården. Barnets medbestämmanderätt och hur denna förhåller sig till vårdnadshavarens bestämmanderätt utreds närmare i kap. 6.

Avseende barnets rätt till liv och bästa uppnåeliga hälsa kan det vidare konstateras att vårdnadshavare inte får utöva bestämmanderätt på ett sätt som är oförenligt med dessa rättigheter. Samhället har det yttersta ansvaret för att garantera barnets rätt till liv och hälsa och i de fall vårdnadshavaren utövar bestämmande på ett sätt som riskerar dessa rättigheter, kan samhället därför ingripa med stöd av nödrätten eller LVU. Samtidigt måste sådana möjligheter till ingripanden utnyttjas med stor försiktighet, eftersom de utgör inskränkningar i vårdnadshavarens rätt att utöva vårdnad och bestämmande enligt EKMR. Samhällets möjligheter att ingripa och bestämma om barnets hälso- och sjukvård utreds närmare i kap. 7.

Avslutningsvis kan det konstateras att vårdnadshavare har stora möjligheter att bestämma över barnets hälso- och sjukvård. Detta innebär emellertid inte att vårdnadshavare kan tillgripa vilka tvångsåtgärder som helst, utan de måste respektera barnets medbestämmanderätt och så långt som möjligt söka andra lösningar än direkt tvång. I vilken mån direkta tvångsåtgärder kan accepteras i syfte att genomföra nödvändig hälso- och sjukvård är emellertid osäkert.

I detta kapitel har framställningens första frågeställning besvarats, vilken bestämmanderätt vårdnadshavare har och var gränserna för denna går. I nästa kapitel utreds framställningens andra frågeställning, vilken bestämmanderätt barn har och var gränserna för denna går.

# 6 Barns bestämmanderätt

Utgångspunkten för barn i hälso- och sjukvården är att barnets vårdnadshavare har bestämmanderätt. Att barn inte erkänns självbestämmanderätt på samma sätt som vuxna beror på att barn inte har fullt utvecklad beslutskompetens och därför anses ha ett särskilt skyddsbehov. I takt med barnets stigande ålder, utveckling och mognad minskar emellertid skyddsbehovet och barnet tillerkänns allt mer betydande medbestämmanderätt. I den utsträckning barnet har uppnått tillräcklig grad av beslutskompetens, ska barnet tillåtas bestämma och på så sätt närma sig självbestämmanderätten.<sup>93</sup> I detta kapitel utreds vilken bestämmanderätt barnet har och hur denna bestäms och begränsas av barnets beslutskompetens.

## 6.1 Beslutskompetens

Det avgörande för barnets medbestämmanderätt i hälso- och sjukvårdsfrågor är barnets beslutskompetens. Som konstaterats i föregående kapitel har barn, liksom vuxna, rätt till den information som är nödvändig för att barnet ska kunna ta ställning till den vård som erbjuds. Informationen ska anpassas efter barnets individuella förutsättningar och hälso- och sjukvårdspersonalen är således skyldiga att så långt som möjligt göra informationen tillgänglig och förståelig för barnet.<sup>94</sup> Därefter görs en bedömning av barnets beslutskompetens, det vill säga av barnets förmåga att tillgodogöra sig information och överblicka konsekvenserna av sitt beslut.<sup>95</sup> I bedömningen är barnets ålder samt individuella utveckling och mognad givetvis centrala, men även andra faktorer kan påverka barnets beslutskompetens i det enskilda fallet, exempelvis barnets fysiska och psykiska hälsotillstånd, svårighetsgraden av erforderliga riskbedömningar och konsekvenserna av utebliven vård eller behandling.<sup>96</sup> Bedömningen är således inte endast beroende av barnets individuella förutsättningar, utan också av yttre omständigheter, vilket innebär att även ett mycket litet barn kan ha en hög grad av beslutskompetens i fråga om mycket enkla hälso- och sjukvårdsåtgärder, såsom att plåstra om ett lätt skrapår, medan det inte är säkert att en 17-åring har någon betydande grad av beslutskompetens i fråga om de mest ödesdigra besluten, såsom livsavgörande kirurgi. Det innebär också att samma barn kan ha olika grad av beslutskompetens i olika frågor.<sup>97</sup> Bedömningen av barnets beslutskompetens måste därför

---

<sup>93</sup> Jfr Schiratzki (2017) s.98f; Rynning (1994) s.288.

<sup>94</sup> Se kap. 4.1; 3 kap. PL.

<sup>95</sup> Se t.ex. SOU 2013:2 s.192; Rynning (1994) s.280f och s.286ff; Kindström Dahlin (2016) s.274; Svensson (2005/06) s.875f.

<sup>96</sup> SOU 2013:2 s.192; Rynning (1994) s.280f och s.286ff; Rynning (2010) s.125f; Kindström Dahlin (2016) s.274; Svensson (2005/06) s.875f; Axelsson (2015) s.45f. Jfr även prop. 2013/14:106 s.67.

<sup>97</sup> Jfr Rynning (1994) s.281 och s.286ff; Kindström Dahlin (2016) s.274; Svensson (2005/06) s.875f; Singer (2019) s.382ff.



göras med utgångspunkt i de samlade omständigheterna i det individuella fallet och samtliga omständigheter som i detta fall påverkar barnets beslutskompetens kan, och ska, beaktas.<sup>98</sup>

Vilka omständigheter som beaktas i bedömningen av barns beslutskompetens framgår bristfälligt i praxis. I det tidigare behandlade *JO-beslutet meddelat 23 november 2018*,<sup>99</sup> där den 14-åriga F ansågs ha uppnått tillräcklig beslutskompetens för att tillerkännas avgörande bestämmanderätt, konstateras exempelvis enbart att JO inte såg någon anledning att ifrågasätta vårdgivarens bedömning av Fs beslutskompetens. I andra avgöranden ges dock viss information om hur läkare och rättsinstanser resonerat kring bedömningen av barns beslutskompetens. I ett beslut från *HSAN från den 19 november 2004*,<sup>100</sup> framkommer exempelvis vilka omständigheter som den behandlande läkaren beaktade i det ärendet. I ärendet hade den 15-åriga M sökt vård för panikångest och en läkare hade därför skrivit ett recept på ångestdämpande läkemedel. Läkaren hade ansett att Ms vårdnadshavare inte behövde kontaktas, eftersom hen hade gjort bedömningen att M hade tillräcklig beslutskompetens för att själv ta ställning till sin behandling. Läkaren hade i bedömningen tagit hänsyn till att M framstod som en vuxen tonåring med sjukdomsinsikt, klar och orienterad till tid, rum och person samt att M kunde redogöra för sina besvär på ett adekvat sätt.

I ett annat beslut, en dom från *Malmö tingsrätt den 16 december 2015*,<sup>101</sup> redogörs vidare för hur den behandlande läkaren i det fallet resonerade kring barnets beslutskompetens och hur tingsrätten ställde sig till läkarens bedömning. I domen hade den 17-åriga C, som frivilligt vårdades på en BUP-klinik, i samband med en permission till föräldrahemmet vägrat återvända till kliniken och slutligen behövt transporteras till kliniken av polis. På kliniken hade C fortsatt att göra kraftigt motstånd och jourhavande läkare, som vid tillfället ansvarade för Cs vård och behandling, beslutade därför tillsammans med Cs vårdnadshavare att injicera C med lugnande preparat trots att C tydligt gjorde uttryck för att hon motsatte sig injektionen. Läkaren hade ansett att C vid tillfället hade kraftigt nedsatt beslutskompetens på grund av psykisk sjukdom. Tingsrätten höll emellertid inte med läkaren, utan ansåg att Cs ålder medförde att hon måste anses ha uppnått en hög grad av beslutskompetens och att hennes tydliga motstånd mot injektionen innebar att hennes beslutskompetens inte kunde anses nedsatt i något avgörande avseende.

Bedömningar av barns beslutskompetens görs av behandlande hälso- och sjukvårdspersonal, läkare, psykologer, sjuksköterskor eller annan personal som ansvarar för den aktuella vården eller behandlingen. Bedömningen är komplex och beroende av många olika faktorer som varierar från fall till fall. Samtidigt är den mycket viktig, eftersom den är avgörande för

---

<sup>98</sup> SOU 2013:2 s.192; Rynning (1994) s.281 och s.286ff; Kindström Dahlin (2016) s.274; Svensson (2005/06) s.875f; Singer (2019) s.382ff.

<sup>99</sup> JO:s beslut dnr. 3153-2016.

<sup>100</sup> HSAN 225/04:B2.

<sup>101</sup> Malmö Tingsrätt mål nr. B 8913-15.

barnets bestämmanderätt. Vid flera tillfällen har det diskuterats att införa tydligare regler för barns bestämmanderätt, exempelvis genom att, helt eller delvis, ersätta bedömningen av beslutskompetens i det enskilda fallet med fasta åldersgränser. Sådana regler innebär emellertid en risk för att vissa barn får ett större ansvar än de är mogna för, medan andra riskerar att förvägras bestämmanderätt i frågor de skulle vara kapabla att ta ställning i.<sup>102</sup> På grund av de stora skillnader som föreligger i barns individuella mognad, har slutsatsen därför återkommande varit att det måste göras en individuell bedömning av barnets beslutskompetens varje enskilt fall för att garantera att barnet har förmåga att tillgodogöra sig information och överblicka konsekvenserna av sitt beslut.<sup>103</sup> För att underlätta för hälso- och sjukvårdspersonalen och för att åstadkomma enhetlighet, publicerade socialstyrelsen på uppdrag av regeringen år 2015 ett så kallat kunskapsstöd. Kunskapsstödet utgår från förarbeten och rättspraxis och ger utifrån detta material vägledning för mognadsbedömningar i hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården.<sup>104</sup> I vägledningen framkommer bland annat att graden av mognad som krävs för beslutskompetens beror på vårdåtgärdens art och angelägenhetsgrad samt att mognadsbedömningen aldrig får resultera i att barn avkrävs beslut som de inte känner sig mogna att fatta.<sup>105</sup>

## 6.2 Medbestämmanderätt

I praktiken innebär barnets medbestämmanderätt att vårdnadshavare ska tillmäta barnets synpunkter betydelse i förhållande till barnets beslutskompetens. Ju högre grad av beslutskompetens barnet har, desto mer bestämmanderätt tillerkänns barnet och desto mindre är samtidigt utrymmet för vårdnadshavare att bestämma. Utgångspunkten är emellertid att det är barnets vårdnadshavare som har den slutliga bestämmanderätten. Vid en viss grad av beslutskompetens ska barnets synpunkter dock tillmätas så avgörande betydelse att barnet måste anses ha den avgörande bestämmanderätten och när barnet uppnår denna grad av beslutskompetens, har vårdnadshavare inte längre rätt att bestämma om den aktuella hälso- och sjukvården.<sup>106</sup> I doktrinen jämförs denna avgörande medbestämmanderätt ibland med självbestämmanderätt. Försiktighet bör emellertid iaktas vid en sådan jämförelse, eftersom det förekommer betydande skillnader mellan självbestämmanderätt och avgörande medbestämmanderätt. Självbestämmanderätten innebär en i princip ovillkorlig rätt för patienten att samtycka till eller avstå föreslagen hälso- och sjukvård,<sup>107</sup> medan den avgörande medbestämmanderätten är villkorad av barnets beslutskompetens och i varje enskild fråga beroende av den bedömning som hälso- och sjukvårdspersonalen gör av barnets

---

<sup>102</sup> Prop. 2013/14:106 s.67; SOU 2013:2 s.191.

<sup>103</sup> Prop. 1981/82:168 s.24f; Prop. 2013/14:106 s.67; Prop. 2011/12:53 s.9; SOU 2013:2 s.189ff. Det kan uppmärksammas att annorlunda bedömningar av frågan har gjorts i andra rättssystem. I Norge är exempelvis den uttryckliga huvudregeln att barnet har bestämmanderätt från att det fyller 16 år, se t.ex. SOU 2013:2 s.98f.

<sup>104</sup> Se Socialstyrelsen (2015).

<sup>105</sup> Socialstyrelsen (2015) s.14; se även prop. 2013/14:106 s.67 och s.120; SOU 2013:2 s.189.

<sup>106</sup> SOU 2013:2 s.191; Svensson (2007) s.76f; Axelsson (2015) s.45f; JO 1994 nr. 4251; Singer (2019) s.382ff. Se även kap. 4.2.2 i denna framställning.

<sup>107</sup> Undantag från självbestämmanderätten förekommer genom särskilda tvångslagar.

beslutskompetens och vad barnets beslutskompetens i den frågan ska innebära i termer av medbestämmanderätt.<sup>108</sup> Vilken grad av beslutskompetens som krävs för att barnet ska tillerkännas avgörande bestämmanderätt, är beroende av vad beslutet avser och bland annat vilka konsekvenser beslutet kan få.<sup>109</sup>

I det tidigare behandlade beslutet från *HSAN den 19 november 2004*,<sup>110</sup> där den 15-åriga M hade sökt vård för panikångest och fått ett recept på ångestdämpande läkemedel, hade exempelvis den behandlande läkaren gjort bedömningen att M hade uppnått den grad av beslutskompetens som krävdes för avgörande bestämmanderätt i fråga om sådan behandling. Den bestämmanderätt som läkaren tillerkände M ifrågasattes emellertid av HSAN, som i beslutet anför att ett ställningstagande, som innebär att en 15/16-åring medicineras med ångestdämpande läkemedel utan vårdnadshavares kännedom, noggrant bör motiveras och dokumenteras i patientens journal. Det framgår inte av beslutet hur HSAN resonerade kring Ms beslutskompetens och medbestämmanderätt, men det antyds att HSAN ansåg att det krävs särskild mognad för att en 15/16-åring ska tillerkännas avgörande bestämmanderätt i fråga om medicinering med ångestdämpande läkemedel.

I domen *från Malmö tingsrätt den 16 december 2015*,<sup>111</sup> där 17-åriga C motsatte sig en injektion med lugnande medel, hade den behandlande läkaren vidare gjort bedömningen att C hade en kraftigt nedsatt beslutskompetens och att hennes vårdnadshavare därför hade haft rätt att samtycka till injektionen å hennes vägnar. Tingsrätten menade emellertid att en 17-åring är kompetent att fatta de flesta beslut i hälso- och sjukvården och att vårdnadshavare endast kan tillåtas att bestämma om en 17-årings hälso- och sjukvård när barnets beslutskompetens är nedsatt på ett sådant sätt att barnets inställning till den aktuella hälso- och sjukvården över huvud taget inte kan fastställas, exempelvis för att barnet är medvetslöst. Tingsrätten ansåg alltså att C hade uppnått den grad av beslutskompetens som krävdes för avgörande bestämmanderätt och att hennes vårdnadshavare således inte hade haft rätt att samtycka å hennes vägnar i fråga om injektionen med lugnande medel. Det ska dock framhållas att denna dom inte kan tillmätas något prejudikatvärde.

I *JO-beslut meddelat 23 november 2018*,<sup>112</sup> där den 14-åriga F hade genomgått samtalsbehandling hos BUP, anförde JO vidare att behandling i psykiatri generellt sett innebär åtgärder av ingripande betydelse för barnet och att det förutsätts en särskild mognad för att en 14-åring ska anses ha uppnått den beslutskompetens som krävs för avgörande bestämmanderätt. JO ansåg emellertid att F hade uppnått sådan mognad och att vården därför kunnat genomföras utan samtycke från vårdnadshavarna.

---

<sup>108</sup> Jfr Rynning (1994) s.281 och s.286ff; Svensson 2005/06 s.870 och s.876; Prop. 2013/14:106 s.112; Jfr även prop. 2013/14:106 s.67.

<sup>109</sup> SOU 2013:2 s.192; Rynning (1994) s.280f och s.286ff; Rynning (2010) s.125f; Kindström Dahlin (2016) s.274; Svensson (2005/06) s.875f; Axelsson (2015) s.45f. Jfr även prop. 2013/14:106 s.67.

<sup>110</sup> HSAN 225/04:B2.

<sup>111</sup> Malmö Tingsrätt mål nr. B 8913-15.

<sup>112</sup> JO:s beslut dnr. 3153-2016.

I fallet med den 17-åriga G från *IVO den 25 februari 2015*,<sup>113</sup> som återkommit i denna framställning, kan det avslutningsvis konstateras att behandlande läkare gjorde bedömningen att den snart 17-åriga G som led av immunmedierad trombocytopen purpura, ITP, hade uppnått den beslutskompetens som krävdes för avgörande bestämmanderätt i fråga om den kortisonbehandling hon erbjöds. ITP är en allvarlig blodsjukdom vars mest kritiska symptom är spontana blödningar. Kortisonbehandling minskar risken för sådana blödningar och följaktligen risken för allvarliga konsekvenser till följd av blödningarna. När G hade avslutat behandling hade hon återkommande allvarliga problem på grund av den obehandlade sjukdomen och uppsökte vård vid ett flertal tillfällen. Hälso- och sjukvårdspersonalen vidtog vissa andra behandlingsåtgärder och försökte övertyga G att återuppta kortisonbehandlingen. Till slut orsakade sjukdomen emellertid hjärnblödningar som fick till följd att G avled. IVO riktar i beslutet skarp kritik mot behandlande läkare och menar att dessa varken fullgjort skyldigheten att informera G eller gjort en erforderlig bedömning av Gs beslutskompetens. Det framgår inte av beslutet hur IVO resonerade kring Gs beslutskompetens och medbestämmanderätt, men det antyds att det krävs en hög grad av mognad för att en 17-åring ska ha uppnått den beslutskompetens som krävs för ett så ödesdigert beslut som det handlade om i hennes fall.

Huvudregeln är sammanfattningsvis att vårdnadshavare har bestämmanderätt, men att barnet ska tillerkännas medbestämmanderätt i en utsträckning som motsvarar barnets beslutskompetens. Från denna huvudregel finns emellertid vissa undantag. Ett intressant undantag är barns rätt att bestämma om abort. I 1 § abortlagen (1974:595) framkommer att en kvinna har rätt att begära abort inom de tidsramar som följer av lagen. Det uppställs ingen åldersgräns för att en kvinna ska kunna begära abort och redan vid tillkomsten av abortlagen stod det klart att rätten till fri abort omfattade även kvinnor under 18 år. Av naturliga skäl har frågan om abort hos barn främst aktualiseras för barn i de övre tonåren och det har sedan länge varit praxis att barnet får genomgå en abort utan att vårdnadshavare över huvud taget informeras. I princip har alltså barn generellt sett erkänts avgörande bestämmanderätt i fråga om abort.<sup>114</sup> När det i undantagsfall har handlat om yngre barn, har denna praxis emellertid ifrågasatts och i *JO 1998/99 s.417* framförde JO att frånvaron av åldersregler inte kan anses innebära att myndigheterna får bortse från kvinnans ålder. Omständigheterna i fallet var att den 11-åriga L hade tillåtits göra abort utan vårdnadshavares samtycke. Behandlande hälso- och sjukvårdspersonal hade dock gjort en bedömning av Ls beslutskompetens och kommit fram till att hon trots sin låga ålder var mogen och adekvat i sin önskan om abort. Även i fråga om abort ska det alltså göras en bedömning av barnets beslutskompetens, men i sådana ärenden föreligger en omvänd utgångspunkt, att barnet har avgörande bestämmanderätt.

---

<sup>113</sup> IVO dnr 8.2 14125/2014.

<sup>114</sup> Svensson (2007) s.123ff; JO 1998/99 s.417; Rynning (2010) s.147f.

## 6.3 Avslutande synpunkter

Detta kapitel har utrett vilken bestämmanderätt barn har och var gränserna för barns bestämmanderätt går. Det kan sammanfattningsvis konstateras att det avgörande för barnets bestämmanderätt är barnets beslutskompetens, det vill säga förmåga att tillgodogöra sig erforderlig information och överblicka konsekvenserna av sitt beslut. Den konstruktion som återfinns i 6 kap. 11 § FB, art. 12 i barnkonventionen och 4 kap. 3 § PL innebär att barnets vårdnadshavare som utgångspunkt har bestämmanderätt, men att barnet ska få allt mer medbestämmanderätt i takt med ökande beslutskompetens. Relationen mellan barns medbestämmanderätt och vårdnadshavares bestämmanderätt bestäms alltså av vilken grad av beslutskompetens som barnet uppnått. Ju högre grad av beslutskompetens barnet har uppnått, desto högre grad av medbestämmanderätt ska barnet tillerkännas. Slutligen kan barnet uppnå en så hög grad av beslutskompetens att det inte längre är vårdnadshavaren, utan barnet själv, som har den avgörande bestämmanderätten. Det är alltså barnets beslutskompetens som utgör gränsen för barnets bestämmanderätt.

I bedömningen av barnets beslutskompetens ska dels barnets individuella förutsättningar, såsom ålder, utveckling och mognad, dels yttre omständigheter som i det enskilda fallet kan påverka barnets beslutskompetens, såsom barnets fysiska och psykiska tillstånd, svårighetsgraden av erforderliga riskbedömningar och konsekvenserna av utebliven vård och behandling, beaktas. Bedömningen av barnets beslutskompetens måste göras i varje individuellt fall utifrån de samlade omständigheterna i just det fallet. Alla omständigheter som kan påverka barnets beslutskompetens i det individuella fallet kan, och ska, beaktas. När jag inledde arbetet med denna uppsats var min förhoppning att rättspraxis skulle ge tydligare svar på vilka omständigheter som kan vara av betydelse i bedömningen av barnets beslutskompetens. Dessvärre redogör praxis bristfälligt för varför en viss bedömning av barnets beslutskompetens har gjorts. Det framkommer emellertid att läkare i bedömningen exempelvis tar hänsyn till vilken sjukdomsinsikt barnet visar och till barnets psykiska tillstånd. Det framkommer även att barnets ålder tillmäts tämligen stor betydelse och närmast ses som en presumtion för en viss grad av beslutskompetens.

Att barnets beslutskompetens är beroende av de individuella omständigheterna i varje enskilt fall, gör det svårt att dra några generella slutsatser avseende när barnet uppnått en viss grad av beslutskompetens och vad detta ska innebära i termer av medbestämmanderätt. Utifrån den praxis som behandlats i kap. 5 och kap. 6 kan emellertid några utgångspunkter avseende barnets bestämmanderätt och hur denna förhåller sig till vårdnadshavarens bestämmanderätt utrönas.

Angående *psykiatrisk vård* kan det således konstateras att vård och behandling inom psykiatri generellt sett anses innebära åtgärder av ingripande betydelse för barnet och att det följaktligen ställs tämligen höga krav på beslutskompetens för att barnet ska tillerkännas

avgörande bestämmanderätt. Detta gäller såväl i fråga om samtalsbehandling som i fråga om åtgärder av mer ingripande betydelse, såsom heldygnsvård eller läkemedelsbehandling.

I fråga om samtalsbehandling konstaterade således HSAN i beslutet med den 7-åriga P att behandling inte fick genomföras utan vårdnadshavarnas samtycke och i beslutet med den 14-åriga F konstaterade JO att en 14-åring endast i undantagsfall har uppnått den beslutskompetens som krävs för att samtalsbehandling ska kunna genomföras utan vårdnadshavarnas samtycke. I fråga om åtgärder av mer ingripande betydelse antyder HSAN i beslutet med den 15/16-åriga M som vårdades med ångestdämpande läkemedel vidare att det krävs särskild mognad för att en 15/16-åring ska kunna samtycka till sådan behandling och i målet *Nielsen mot Danmark* konstaterade Europadomstolen att vårdnadshavarens samtycke var tillräckligt för att den 12-åriga K skulle kunna beredas heldygnsvård.<sup>115</sup>

Precis som konstruktionen i 6 kap. 11 § FB, art. 12 i barnkonventionen och 4 kap. 3 § PL ger uttryck för, utgår samtliga rättsliga instanser från att vårdnadshavare har bestämmanderätt och det ställs höga krav på barns beslutskompetens för att utgångspunkten ska kunna frångås. Som illustreras av HSAN beslutet med den 14-åriga F, kan det emellertid finnas anledning att frångå utgångspunkten och det är därför viktigt att göra en bedömning i varje enskilt fall och inte tillmäta ålder alltför stor betydelse.

Angående *somatisk vård* är frågan om barns beslutskompetens och bestämmanderätt mycket sparsamt behandlad i rättspraxis, vilket föranleder svårigheter att utröna mönster. I RÅ 1996 ref. 65 konstaterades kort att vårdnadshavarnas samtycke borde ha inhämtats innan blodprov togs på den 3-åriga A. På liknande sätt konstateras kort i HSAN-beslutet med den 1-åriga H som tillfördes vätska trots att hans vårdnadshavare motsatte sig detta, att vårdnadshavarens beslut att motsätta sig vården borde ha respekterats. I båda dessa beslut verkar det ha varit en självklar utgångspunkt att vårdnadshavarna hade bestämmanderätt och det framkommer inte hur HFD eller HSAN resonerade kring As respektive Hs ålder och mognad, kring åtgärderna som sådana eller kring syftet med åtgärderna. I båda dessa fall handlar det dock om mycket små barn och detta är förmodligen anledningen till att HFD och HSAN inte ansåg att det var nödvändigt att närmare utreda barnens medbestämmanderätt. Det hade dock varit intressant att veta vilka omständigheter som hade kunnat föranleda en diskussion om barnens medbestämmanderätt. Hade det exempelvis spelat någon roll om barnen varit något år äldre eller om det hade varit mer ingripande åtgärder som vidtagits?

Angående *äldre barn i den somatiska vården* står det genom IVO-beslutet med den 17-åriga G som motsatte sig kortisonbehandling klart att en 17-åring kan tillerkännas avgörande bestämmanderätt, men att det inte heller när barnet är 17 år kan utgå från att barnet har avgörande bestämmanderätt. Det framgår inte av beslutet hur läkarna resonerade kring Gs beslutskompetens eller på vilka grunder läkarna slutligen tillerkände G avgörande

---

<sup>115</sup> Se dock Kindström Dahlin (2016) s.273.

bestämmanderätt. IVO framhåller dock barnets beslutskompetens måste bedömas i varje fall och att det inte hur som helst kan utgå från att en 17-åring har tillräcklig beslutskompetens för avgörande bestämmanderätt.

Även avseende den somatiska vården är utgångspunkten i praxis sammanfattningsvis att barnets vårdnadshavare har bestämmanderätt och tröskeln för att barnet ska tillerkännas avgörande bestämmanderätt är även i dessa fall hög. Från denna huvudregel finns emellertid vissa undantag. I fråga om abort gäller exempelvis en omvänd utgångspunkt, nämligen att barnet själv har avgörande bestämmanderätt. En bedömning av barnets beslutskompetens måste dock göras även i dessa fall och det har härvid ansetts tveksamt om så unga barn som 11-åringar ska tillerkännas avgörande bestämmanderätt.

Utifrån redovisad praxis kan det sammanfattningsvis konstateras att huvudregeln är att vårdnadshavare har bestämmanderätt, men att den behandlande hälso- och sjukvårdspersonalen i varje fall måste göra en omsorgsfull bedömning av barnets beslutskompetens och därefter avgöra om vilken bestämmanderätt barnet ska tillerkännas. I redovisad praxis framställs barnets medbestämmanderätt som tämligen svart-vit, antingen har vårdnadshavaren bestämmanderätt, eller så har barnet bestämmanderätt. I praktiken är barnets medbestämmanderätt snarare en *gråskala*. När barnet föds har hen begränsad beslutskompetens och följaktligen begränsad medbestämmanderätt, men i takt med barnets ökande beslutskompetens ska barnet tillerkännas ökande medbestämmanderätt. Vårdnadshavaren måste således ta allt större hänsyn till barnets synpunkter tills barnet slutligen uppnår en så hög grad av beslutskompetens att det inte längre är rimligt att vårdnadshavaren får bestämma. Att vårdnadshavaren har bestämmanderätt och meddelar det slutliga beslutet, betyder alltså inte att de kan ignorera barnets inställning till den aktuella hälso- och sjukvården.

Att bedöma barnets beslutskompetens och därefter avgöra vad barnets beslutskompetens ska innebära i termer av medbestämmande är en komplex uppgift. Det har vid flera tillfällen diskuterats att underlätta uppgiften genom att införa fasta åldersgränser för avgörande bestämmanderätt. Detta har emellertid inte ansetts vara genomförbart, eftersom det skulle riskera att eftersätta barns rätt till medbestämmande i vissa fall och barns rätt till liv och hälsa i andra fall. Den lösning som finns i svensk rätt, där hälso- och sjukvårdspersonalen har möjlighet att göra en helhetsbedömning av alla relevanta omständigheter i det enskilda fallet, är utifrån ett teoretiskt perspektiv en bra lösning för att tillgodose båda dessa rättigheter. Lösningen kan emellertid ifrågasättas utifrån ett praktiskt perspektiv, eftersom den ställer högra krav på kompetens och resurser i hälso- och sjukvården. För att lösningen ska vara tillfredsställande i praktiken måste varje läkare, psykolog, sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal som behandlar barn ha tillräcklig kunskap inom området och ta sig tid att göra en omsorgsfull utredning i varje enskilt fall. Det är viktigt att notera att bedömningen är fri, men att detta inte betyder att den får vara skönsmässig.

I detta kapitel har framställningens andra frågeställning besvarats, vilken bestämmanderätt barn har och var gränserna för denna går. I nästa kapitel utreds framställningens tredje och sista frågeställning, vilka möjligheter samhället har att ingripa och bestämma om ett barns hälso- och sjukvård.



## 7 Samhällets möjligheter att ingripa

Utgångspunkten är att barns och vårdnadshavares bestämmanderätt ska respekteras, vilket innebär att såväl ett beslut att samtycka till som ett beslut att motsätta sig den vård som erbjuds barnet ska gälla. Samtidigt har samhället ett ansvar för att alla barn får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda och på så sätt rätten till liv och hälsa förverkligad. När barn och vårdnadshavare utövar bestämmanderätt på ett sätt som innebär att barnets liv och hälsa blir lidande, måste samhället därför kunna ingripa. I kap. 3.3 behandlades samhällets möjligheter att ingripa och bestämma över barnets hälso- och sjukvård översiktligt. I detta kapitel utredas dessa möjligheter närmare och specifikt inriktat på den situationen att barnet eller barnets vårdnadshavare utnyttjar sin respektive bestämmanderätt för att hindra att den hälso- och sjukvård som erbjuds barnet genomförs. I detta kapitel utreds således samhällets möjligheter att ingripa genom frivilliga insatser, med stöd av 13 a § FB, med stöd av nödrätten och med stöd av LPT och LVU.

### 7.1 Frivilliga insatser och 6 kap. 13 a § FB

Det är hälso- och sjukvården, ytterst landsting och kommuner, som ansvarar för att enskilda erbjuds hälso- och sjukvård. Detta gäller såväl barn som vuxna. När den som är i behov av hälso- och sjukvård är ett barn, kan det emellertid inte förväntas att barnet själv tillgodoser sitt behov av hälso- och sjukvård genom att uppsöka vård. Det primära ansvaret för att barnets behov av hälso- och sjukvård tillgodoses åligger barnets vårdnadshavare, men om barnets vårdnadshavare inte uppfyller sitt ansvar gentemot barnet, är det samhället som har det yttersta ansvaret för att barnet får sitt behov av hälso- och sjukvård tillgodosett.<sup>116</sup> För att det ska kunna säkerställas att alla barn får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda krävs en samverkan mellan olika samhällsorgan som kommer i kontakt med barn. Således ska framförallt skolan, socialnämnden och hälso- och sjukvården tillsammans verka för att alla barns behov av hälso- och sjukvård uppmärksammas och tillgodoses.<sup>117</sup> Enligt huvudregeln kräver genomförandet av hälso- och sjukvårdsåtgärder emellertid samtycke från barnets vårdnadshavare, eller i vissa fall barnet själv. Hälso- och sjukvårdspersonalen måste därför tillsammans med andra samhällsinstanser verka för en lösning som innebär att hälso- och sjukvård kan genomföras på frivillig väg. Först därefter kan det bli aktuellt att ingripa med åtgärder av tvångsmässig karaktär.

Innan vi går vidare till samhällets möjligheter att ingripa med stöd av nödrätten och tvångslagarna, ska socialnämndens möjligheter att ingripa med stöd av 6 kap. 13 a § FB uppmärksammas. Denna bestämmelse omfattar den situationen att ett barn står under vårdnad av två vårdnadshavare och att en av dem motsätter sig den hälso- och sjukvård som föreslås

---

<sup>116</sup> Jfr kap. 2.

<sup>117</sup> Jfr 5 kap. 1-1a §§ SoL; Lundgren & Sunesson 5 kap. 1-1a §§ SoL, *Zeteo*.

för barnet, medan den andra samtycker till densamma. När barnet har två vårdnadshavare är utgångspunkten att de tillsammans tar beslut om barnets personliga angelägenheter, såsom om barnets hälso- och sjukvård, se 6 kap. 13 § FB.<sup>118</sup> Om situationen är den att endast den ena vårdnadshavaren förhindrar genomförandet av hälso- och sjukvårdsåtgärder, ger 6 kap. 13 a § FB emellertid stöd för socialnämnden att besluta att åtgärden får vidtas utan den andra vårdnadshavarens samtycke. Detta förutsätter att ett sådant beslut fordras av barnets bästa. Bestämmelsen är vidare endast tillämplig på vissa i paragrafen angivna åtgärder, däribland psykiatrisk eller psykologisk utredning eller behandling som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, se första punkten. Behandlingsinsatser som avses i 6 kap. 13 a § är i första hand samtalskontakter, men det kan i enskilda fall vara motiverat att inom ramen för en psykiatrisk behandling sätta in medicinering. På så sätt kan socialnämnden tillsammans med en av barnets vårdnadshavare se till att barnet får nödvändig vård på ett mindre ingripande sätt än genom exempelvis LVU. Det ska dock särskilt påpekas att 6 kap. 13 a § FB inte är tillämplig i fråga om somatisk vård och inte heller i fråga om psykiatrisk vård av mer ingripande karaktär.<sup>119</sup> Det ska även påpekas att 6 kap. 13 a § endast är tillämplig i fall där barnets vårdnadshavare har bestämmanderätt.

## 7.2 Nödrätten

I akuta nödsituationer måste hälso- och sjukvårdsåtgärder ibland kunna genomföras utan samtycke från patienten eller patientens vårdnadshavare. Som framgått i kap. 3.3.1 innehåller 4 kap. 4 § PL en bestämmelse som föreskriver att en patient ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om patientens vilja på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas.<sup>120</sup> Hur bestämmelsen är avsedd att tillämpas i förhållande till barn framgår inte av bestämmelsen eller dess förarbeten och det är således osäkert hur 'patientens vilja' ska tolkas när patienten är ett barn och barnets vårdnadshavare har bestämmanderätt. 4 kap. 4 § PL ger emellertid tydligt uttryck för att bestämmelsen inte kan tillämpas för att genomföra hälso- och sjukvårdsåtgärder i strid med patientens vilja, utan endast för att genomföra sådana åtgärder när patientens vilja inte kan utredas. Med hänsyn till att vårdnadshavares bestämmanderätt i princip innebär att vårdnadshavare kan agera ställföreträdare för barnet och att vårdnadshavares 'vilja' därav kan ersätta barnets 'vilja' måste formuleringen 'patientens vilja' i 4 kap. 4 § PL inkludera både patientens och, när patienten är ett barn, patientens vårdnadshavares vilja. Slutsatsen måste därför vara att tillämpligheten av 4 kap. 4 § PL i förhållande till barn förutsätter att varken barnets eller barnets vårdnadshavares vilja kan utredas.

---

<sup>118</sup> Om vårdnadshavares möjligheter att i vissa fall besluta ensamma, se t.ex. prop. 2011/12:53 s.9.

<sup>119</sup> Prop. 2011/12:53 s.27f.

<sup>120</sup> Se närmare om förutsättningarna för 4 kap. 4 § PL:s tillämplighet i kap. 3.3.1.

Som vidare framgått av kap. 3.3.1 kompletteras nödbestämmelsen i 4 kap. 4 § PL av den allmänna nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § BrB.<sup>121</sup> Den allmänna uppfattningen i doktrinen är emellertid att inte heller 24 kap. 4 § PL ger stöd för att genomföra hälso- och sjukvårdsåtgärder i strid med patientens vilja, utan endast för att genomföra sådana åtgärder när patientens vilja inte kan utredas.<sup>122</sup> Denna uppfattning tar utgångspunkt i försvarlighetsbedömningen. För att det ska anses försvarligt att genomföra hälso- och sjukvårdsåtgärder utan samtycke från patienten, förutsätts att intresset av att avvärja faran för patientens liv och hälsa måste väga betydligt tyngre än intresset av att tillvarata patientens självbestämmanderätt. Detta anses vara fallet om patientens vilja inte kan utredas, men det kan antas att patienten hade samtyckt till åtgärdernas genomförande om hen hade varit förmögen. Detta kan, med hänsyn till den otvetydiga huvudregeln om patientens självbestämmanderätt, emellertid svårligen anses vara fallet när patienten har förmåga att ta ställning till åtgärderna och motsätter sig dem.<sup>123</sup> När patienten är ett barn föreligger emellertid ingen självbestämmanderätt på samma sätt som för vuxna patienter och det kan argumenteras för att det, i en sådan nödsituation som avses i 24 kap. 4 § BrB, kan anses försvarligt att genomföra hälso- och sjukvårdsåtgärder i strid med vårdnadshavarens eller barnets vilja.

När det gäller fall där vårdnadshavare har bestämmanderätt blir det, i sådana situationer som omfattas av 24 kap. 4 § BrB, en fråga om att väga vårdnadshavarens intresse av att utöva bestämmanderätt mot barnets intresse av liv och hälsa. Vårdnadshavarens bestämmanderätt begränsas generellt sett av barnets rätt till liv och hälsa och även i en sådan nödsituation som avses i 24 kap. 4 § BrB, anses barnets intresse av liv och hälsa väga tyngre än vårdnadshavarens intresse att utöva bestämmanderätt. Den allmänna nödbestämmelsen är därför tillämplig när vårdnadshavare motsätter sig hälso- och sjukvård i en sådan nödsituation.<sup>124</sup>

När det gäller fall där barnet har avgörande bestämmanderätt är tillämpligheten av 24 kap. 4 § BrB mer osäker. I princip ska barnets beslut respekteras när hen har uppnått den beslutskompetens som krävs för avgörande bestämmanderätt. Barnets avgörande bestämmanderätt kan emellertid inte fullt ut jämföras med självbestämmanderätt, eftersom den i varje beslut är villkorad av att barnet har uppnått den ålder, utveckling och mognad som förutsätts för tillräcklig beslutskompetens i den frågan. I en avvägning mellan intresset av att tillvarata barnets bestämmanderätt och intresset av att, i en nödsituation, tillvarata barnets liv och hälsa, väger alltså barnets bestämmanderätt inte lika tungt som självbestämmanderätt skulle ha gjort. En tillämpning som innebär att den allmänna nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § BrB används för att genomföra hälso- och sjukvårdsåtgärder i strid med barnets vilja när

---

<sup>121</sup> Se närmare om förutsättningarna för 24 kap. 4 § BrB:s tillämplighet i kap. 3.3.1.

<sup>122</sup> Rynning (2010) s.127; Svensson (2007) s.56; Sahlin (1990) s.600ff.

<sup>123</sup> Bäcklund m.fl. 24 kap. 4 § BrB, *Zeteo*; Rynning (1994) s.372ff; Jfr Rynning (2010) s.127; Svensson (2007) s.56; Sahlin (1990) s.600ff.

<sup>124</sup> SOU 2013:2 s.186f; Jfr art. 8.2 EKMR och art. 5 i barnkonventionen.

barnet har avgörande bestämmanderätt är emellertid tveksam och förmodligen måste barnets bestämmanderätt i dessa fall respekteras.

## 7.3 LPT

LPT är, som framgått i kap. 3.3.2.1, en psykiatrisk tvångslag, med stöd av vilken psykiatriska vårdåtgärder kan genomföras trots att patienten motsätter sig åtgärderna i fråga.<sup>125</sup> Lagen har ingen nedre åldersgräns och är således tillämplig även när patienten är ett barn. En fråga som uppstår i samband med att ett barn bereds vård enligt LPT är emellertid hur vårdnadshavares bestämmanderätt förhåller sig till lagens tillämplighet.

En av förutsättningarna för att patienten ska kunna beredas vård enligt LPT är att hen motsätter sig vård. Oavsett barnets ålder, utveckling och mognad är det alltså barnets egen inställning som är avgörande för lagens tillämplighet.<sup>126</sup> När barnet har avgörande bestämmanderätt och uppfyller förutsättningarna för LPT kan lagen utan särskild kommentar tillämpas. Frågan är vad som händer när förutsättningarna för att barnet ska beredas vård enligt LPT är uppfyllda, men vårdnadshavaren har bestämmanderätt och motsätter sig LPT-vårdens genomförande. Frågan behandlades av IVO i ett beslut från 2014 där IVO konstaterade att LPT-vård kan genomföras utan vårdnadshavarens samtycke.<sup>127</sup> Beslutet kom emellertid att ifrågasättas av bland annat Moa Kindström Dahlin som menade att LPT inte ger stöd för att begränsa vårdnadshavarens rätt att utöva vårdnad enligt art. 8 EKMR och att genomförandet av LPT-vård därför måste kräva samtycke från vårdnadshavaren.<sup>128</sup> Den uppfattning som förespråkats av Kindström Dahlin får stöd i SOU 2017:111, där det konstateras att vårdnadshavarens samtycke bör krävas när barnet saknar beslutskompetens.<sup>129</sup> IVO:s beslut är därmed inte längre gällande praxis och det får anses fastställt att LPT-vård kräver vårdnadshavarens samtycke, när vårdnadshavaren har avgörande bestämmanderätt.

Psykisk ohälsa blir allt vanligare bland barn och i flera domar från kammarrätterna behandlas frågan om LPT i förhållande till barn. I en dom från *kammarrätten i Stockholm den 2 december 2014*<sup>130</sup> beslutades exempelvis att ett barn, J, skulle beredas vård enligt LPT på grund av svåra ätstörningar. Det framgår av domen att J själv inte ansåg sig ha behov av LPT-vård och att han därför motsatte sig vården. Det framgår också att Js vårdnadshavare såg positivt på vården, eftersom de ville se en förändring i sonens psykiska hälsa. Sammantaget fann kammarrätten att förutsättningarna för beredande av vård enligt LPT var uppfyllda. I en dom från *kammarrätten i Göteborg den 1 februari 2016*<sup>131</sup> beslutades på liknande grunder att

<sup>125</sup> Se närmare om förutsättningarna för LPT i kap. 3.3.2.1.

<sup>126</sup> Prop. 1990/91:58 s.242; se även t.ex. Kammarrätten i Stockholm mål nr. 7722-14 och Kammarrätten i Göteborg mål nr. 7208-15.

<sup>127</sup> IVO:s beslut 2014-02-18, dnr 8.5-32498/2013.

<sup>128</sup> Kindström Dahlin (2016) s.274.

<sup>129</sup> SOU 2017:111 s.65.

<sup>130</sup> Kammarrätten i Stockholm mål nr. 7722-14.

<sup>131</sup> Kammarrätten i Göteborg mål nr. 7208-15.

ett barn, N, skulle beredas LPT-vård. N led av svår anorexia nervosa, men ansåg sig inte ha ett behov LPT-vård, varför hon motsatte detta. Det framgår inte i domen hur Ns vårdnadshavare ställde sig till vården eller om N hade uppnått sådan beslutskompetens att hon själv hade avgörande bestämmanderätt. Sammantaget fann kammarrätten emellertid att förutsättningarna för att bereda N vård enligt LPT var uppfyllda.

Om barnet bereds vård enligt LPT, kan hälso- och sjukvårdsåtgärder i enlighet med lagen genomföras utan barnets samtycke. Det ska dock uppmärksammas att LPT endast ger stöd för åtgärder av psykiatrisk karaktär som är hänförliga till den psykiska störning som föranlett beslutet om tvångsvård.<sup>132</sup> LPT kan alltså aldrig användas för att genomföra andra psykiatriska eller somatiska hälso- och sjukvårdsåtgärder.

## 7.4 LVU

LVU är, som framgått i kap. 3.3.2.2, en social tvångslag, med stöd av vilken förvaltningsrätten kan besluta att ett barn ska omhändertas med följderna att socialnämnden övertar vårdnadshavarens ansvar för barnet. Förutsättningarna för att ett barn ska beredas vård enligt LVU är att det på grund av barnets miljö eller beteende föreligger en påtaglig risk för barnets hälsa eller utveckling.<sup>133</sup>

### *Miljöfallen*

De så kallade miljöfallen behandlas i 2 § LVU, vilken föreskriver att ett barn ska beredas vård enligt LVU bland annat om det föreligger sådana brister i omsorgen att barnets hälsa eller utveckling riskerar att skadas. Enligt 6 kap. 1-2 §§ FB är det barnets vårdnadshavare som ansvarar för barnets omsorg. Till barnets omsorg hör bland annat hälso- och sjukvård. Om barnets vårdnadshavare genom att motsätta sig hälso- och sjukvård för barnet omöjliggör att barnet får sitt behov av hälso- och sjukvård tillgodosatt kan detta således utgöra en brist i omsorgen. För att det ska bli aktuellt att bereda barnet vård enligt LVU förutsätts vidare att barnets behov av hälso- och sjukvård är av sådan karaktär att utebliven vård riskerar att påtagligt skada barnets hälsa eller utveckling. Till beslut som innebär en påtaglig risk för barnets hälsa och utveckling hör såväl beslut av avstå kirurgi för att avlägsna en tumör, som beslut att avstå sjukgymnastik i samband med en skada, eller beslut att avstå behandlingssamtal vid psykisk ohälsa, förutsatt att den behandling som erbjuds kan förväntas vara meningsfull för barnets hälsa och utveckling.<sup>134</sup> Det är, som framhållits i kap. 5.1.2, emellertid osäkert exakt var gränsen går för vilka beslut vårdnadshavare får ta trots att de skulle kunna innebära en risk för barnets liv och hälsa och vilka beslut som kan föranleda ett ingripande från samhället genom LVU.

---

<sup>132</sup> Kindström Dahlin (2016) s.269; Svensson (2006) s.162.

<sup>133</sup> Angående förutsättningarna för LVU, se även kap. 3.3.2.2.

<sup>134</sup> Prop. 1989/90:28 s.108; Kindström Dahlin (2017) s.229; Rynning (2010) s.134f; RÅ 1996 ref. 61.

Tillämpligheten av 2 § LVU när vårdnadshavaren motsätter sig hälso- och sjukvård för barnet kan illustreras av en *dom från kammarrätten i Stockholm den 2 juli 2018*<sup>135</sup> där ett barn, L, led av en svår ätstörning. L erbjöds vårdåtgärder av både somatisk och psykiatrisk karaktär, exempelvis sondnäring och ätträning, men Ls vårdnadshavare motsatte sig samtliga erbjudanden. Vårdnadshavarnas beslut att motsätta sig de vårdåtgärder som erbjöds L ansågs utgöra en sådan brist i omsorgen som kunde föranleda LVU-vård, eftersom de föreslagna åtgärderna bedömdes vara meningsfulla och uteblivna åtgärder bedömdes innebära en påtaglig risk för Ls hälsa och utveckling.

### *Beteendefallen*

De så kallade beteendefallen behandlas i 3 § LVU, vilken föreskriver att ett barn ska beredas vård om barnet utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom socialt nedbrytande beteende. Med socialt nedbrytande beteende avses beteenden som avviker från samhällets normer och som innebär en påtaglig risk för barnets hälsa- och utveckling.<sup>136</sup> Som socialt nedbrytande beteende räknas enligt 3 § LVU och förarbeten till lagen, exempelvis missbruksproblematik, brottslig verksamhet och prostitution.<sup>137</sup> De exempel som ges i lagen och lagens förarbeten är emellertid exemplifierande och även andra beteenden kan således räknas som socialt nedbrytande. Samtidigt har rekvisitet socialt nedbrytande beteende tolkats mycket restriktivt i praxis.<sup>138</sup>

Den fråga som är intressant för denna framställning är huruvida det kan vara ett socialt nedbrytande beteende att ett barn, som har avgörande bestämmanderätt eller åtminstone betydande medbestämmanderätt, motsätter sig hälso- och sjukvård. Ett sådant beslut kan anses avvika från samhällets normer och torde många gånger innebära en uppenbar risk för barnets hälsa och utveckling. Samtidigt skiljer sig det beteendet att ett barn motsätter sig hälso- och sjukvård på många sätt från de beteenden som typiskt sett betecknas som socialt nedbrytande. Med hänsyn till detta och hur restriktivt rekvisitet har tolkats av HFD, är det tveksamt om ett beteende som innebär att ett barn motsätter sig hälso- och sjukvård kan vara ett socialt nedbrytande beteende i LVU:s mening. För denna slutsats talar även avgörandet *HFD 2015 ref. 42*, där ett 17-årigt barn, V, hade misskött sin medicinering och på så sätt utsatt sin hälsa för en påtaglig risk. Den huvudsakliga frågan i målet var huruvida Vs misskötsel av medicinering kunde utgöra ett socialt nedbrytande beteende. HFD uttalade härvid att enbart det förhållandet att ett barn utsätter sig för en risk inte innebär att det föreligger ett beteende som kan betecknas som socialt nedbrytande och ansåg att Vs misskötsel av medicineringen inte utgjorde ett socialt nedbrytande beteende i LVU:s mening.

---

<sup>135</sup> Kamarrätten i Stockholm mål nr. 3307-18.

<sup>136</sup> Prop. 1989/90 s.109.

<sup>137</sup> Prop. 1989/90 s.109; SOU 2015:71 s.341.

<sup>138</sup> Mattsson 3 § LVU, *Lexino*; Kindström Dahlin (2017) s.230; Se t.ex. RÅ 2000 ref. 33, RÅ 2010 ref 24, HFD 2015 ref. 7 och HFD mål nr 8480-08.

När ett barn bereds vård enligt LVU, övertar socialnämnden i princip vårdnadshavarens ansvar för barnet, se 11 § femte stycket LVU. Detta innebär bland annat att socialnämnden ansvarar för barnets omvårdnad och har rätt, och skyldighet, att bestämma om barnets hälso- och sjukvård i samma utsträckning som vårdnadshavaren annars hade haft. Om vårdnadshavaren hade haft rätt att bestämma om barnets hälso- och sjukvård, har alltså socialnämnden motsvarande rätt och kan i princip bestämma att hälso- och sjukvårdsåtgärder ska genomföras, även om socialnämnden givetvis måste ta samma hänsyn till barnets medbestämmanderätt som vårdnadshavaren. Om barnet däremot har uppnått sådan beslutskompetens att barnet själv har avgörande bestämmanderätt, förändras detta inte av ett beslut om LVU och socialnämnden har inte bättre förutsättningar att tvinga barnet till hälso- och sjukvård än vad vårdnadshavaren skulle ha haft.<sup>139</sup>

## 7.5 Avslutande synpunkter

Detta kapitel har utrett vilka möjligheter samhället har att ingripa och bestämma om ett barns hälso- och sjukvård. Det kan sammanfattningsvis konstateras att samhället, med hänsyn till barns skyddsbehov, har ett särskilt ansvar för barn, som bland annat innebär att samhället ytterst ansvarar för att alla barn får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda. Detta förutsätter en samverkan mellan alla samhällsorgan som kommer i kontakt med barn och att dessa hjälps åt att uppmärksamma barns behov av hälso- och sjukvård för att sedan kunna erbjuda lämpliga hälso- och sjukvårdsåtgärder. Dessa frivilliga insatser är emellertid inte alltid tillräckliga för att tillgodose barns behov av hälso- och sjukvård, eftersom de erbjuder åtgärdernas genomförande som huvudregel förutsätter samtycke från barnets vårdnadshavare, eller i vissa fall barnet själv. Därför måste det finnas möjlighet att göra undantag från huvudregeln och för samhället att ingripa och bestämma om barnets hälso- och sjukvård.

En möjlighet för samhället att ingripa är med stöd av 6 kap. 13 a § FB. Genom denna bestämmelse kan socialnämnden tillsammans med en av barnets vårdnadshavare bestämma att vissa hälso- och sjukvårdsåtgärder ska genomföras trots att barnets andra vårdnadshavare motsätter sig detta. Bestämmelsens tillämplighet förutsätter att barnet inte har uppnått den beslutskompetens som krävs för avgörande bestämmanderätt. 6 kap. 13 a § FB har ett relativt begränsat tillämpningsområde inom hälso- och sjukvården, eftersom den endast ger stöd för att genomföra vissa mindre ingripande vårdåtgärder av psykiatrisk karaktär.

En annan möjlighet för samhället att ingripa och genomföra hälso- och sjukvårdsåtgärder utan samtycke är genom nödrätten. I fråga om hälso- och sjukvård finns en särskild nödbestämmelse i 4 kap. 4 § PL. Denna kompletteras av den allmänna nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § BrB. Båda nödbestämmelserna möjliggör att hälso- och sjukvårdsåtgärder i akuta nödsituationer kan genomföras trots att patienten av olika anledningar inte har förmåga att ta ställning till de aktuella åtgärderna. Däremot är ingen av bestämmelserna avsedda att utgöra

---

<sup>139</sup> Svensson (2006) s.169.

tvångsbestämmelser och anses generellt sett inte ge stöd för att genomföra hälso- och sjukvård i strid med patientens vilja. Det är dock osäkert om den allmänna nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § BrB skulle kunna tillämpas för att genomföra hälso- och sjukvårdsåtgärder i strid med ett barns vilja när barnet har avgörande bestämmanderätt. Förmodligen är bestämmelsen dock inte tillämplig heller i dessa fall. En annan aspekt är det att barnets beslutskompetens bör ifrågasättas och utredas om barnet motsätter sig vård i en nödsituation. När patienten är ett barn och barnets vårdnadshavare har bestämmanderätt, anses däremot 24 kap. 4 § BrB ge stöd för att genomföra nödvändiga hälso- och sjukvårdsåtgärder i strid med vårdnadshavarens vilja, vilket innebär att bestämmelsen i viss mån möjliggör tvång gentemot vårdnadshavare. Nödbestämmelsen i 4 kap. 4 § PL ger alltså stöd för att genomföra hälso- och sjukvårdsåtgärder i akuta nödsituationer när varken barnet eller vårdnadshavarens inställning till de aktuella åtgärderna kan utredas, medan 24 kap. 4 § BrB har ett bredare tillämpningsområde och exempelvis kan tillämpas för att i en nödsituation handla i strid med vårdnadshavarens bestämmanderätt för att möjliggöra att barnets behov av hälso- och sjukvård tillgodoses.

En tredje möjlighet för samhället att ingripa och genomföra hälso- och sjukvårdsåtgärder utan samtycke är genom LPT. För att ett barn ska kunna beredas vård enligt LPT förutsätts att barnet lider av en allvarlig psykisk störning, har ett oundgängligt vårdbehov som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom vård enligt LPT och att barnet själv, oavsett ålder, utveckling och mognad, motsätter sig vård. För att LPT ska kunna tillämpas i fråga om ett barn som inte har avgörande bestämmanderätt, måste emellertid barnets vårdnadshavare samtycka till vården. LPT förutsätter alltså i dessa fall att barnet motsätter sig vård, men att barnets vårdnadshavare samtycker till vården. LPT kan endast användas för att genomföra hälso- och sjukvårdsåtgärder av psykiatrisk karaktär och endast sådana åtgärder som är hänförliga till barnets psykiska störning.

En sista möjlighet för samhället att ingripa och genomföra hälso- och sjukvårdsåtgärder utan samtycke är genom LVU. LVU är en social tvångslag som innebär att socialnämnden kan överta vårdnadshavarens ansvar för barnet om det på grund av barnets miljö eller beteende föreligger en påtaglig risk för barnets hälsa eller utveckling. I de så kallade miljöfallen kan barnet beredas vård enligt LVU då barnets vårdnadshavare brister i omsorgen av barnet. Att vårdnadshavare genom att motsätta sig hälso- och sjukvård för barnet omöjliggör att barnets behov av hälso- och sjukvård tillgodoses, kan utgöra en sådan brist i omsorgen som innebär att barnet kan beredas vård enligt LVU. I de så kallade beteendefallen, kan LVU vidare beredas barnet om barnet genom socialt nedbrytande beteende utsätter sin egen hälsa och utveckling för påtaglig risk. Med utgångspunkt i den snäva tolkning som gjorts av rekvisitet socialt nedbrytande beteende, är det emellertid tveksamt om ett barns beslut att motsätta sig hälso- och sjukvård kan betecknas som ett sådant beteende. Denna slutsats får även stöd i HFD 2015 ref. 42, där HFD konstaterade att endast det faktum att barnet utsätter sig för en risk, inte innebär att beteendet kan betecknas som socialt nedbrytande. Om ett barn bereds vård enligt LVU får socialnämnden bestämmanderätt i frågor som rör barnet i samma



utsträckning som vårdnadshavaren annars hade haft. Förutsatt att barnet inte har avgörande bestämmanderätt, kan alltså socialnämnden efter ett beslut om LVU bestämma att de hälso- och sjukvårdsåtgärder som erbjuds barnet ska genomföras.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att samhället har relativt goda möjligheter att ingripa och bestämma om ett barns hälso- och sjukvård när det är barnets vårdnadshavare som har bestämmanderätt och motsätter sig vårdens genomförande. När barnet själv har uppnått den beslutskompetens som krävs för avgörande bestämmanderätt är möjligheterna emellertid mycket begränsade och i princip är det endast LPT som är tillämplig i dessa fall. Detta innebär att barnet, när hen uppnår den beslutskompetens som krävs för avgörande bestämmanderätt, inte längre anses ha ett särskilt behov av skydd för sitt liv och sin hälsa, utan i princip likställs med en vuxen som förväntas tillgodose sitt eget behov av hälso- och sjukvård. Detta innebär i sin tur att bedömningen av beslutskompetens är helt avgörande för vilket skydd barnet får.

I detta kapitel har framställningens tredje och sista frågeställning utretts, när samhället kan ingripa och bestämma om ett barns hälso- och sjukvård. Efter detta kapitel har framställningens samtliga frågeställningar utretts och besvarats. I nästa kapitel sammanställs och analyseras avslutningsvis framställningens frågeställningar.

## 8 Slutsatser och analys

Syftet med den här framställningen har varit att analysera vem som bestämmer om barnets hälso- och sjukvård. Framställningen har besvarat (1) vilken bestämmanderätt vårdnadshavare har i frågor som rör barnets hälso- och sjukvård och var gränsen går för vårdnadshavares bestämmanderätt, (2) vilken bestämmanderätt barn har i hälso- och sjukvården och var gränsen går för barns bestämmanderätt och (3) vilket ansvar samhället har för barn i hälso- och sjukvården och vilka möjligheter samhället har att bestämma om ett barns hälso- och sjukvård. I detta avslutande kapitel sammanställs och analyseras framställningen slutsatser i dessa frågor. Därefter görs en kort analys av hur rättsläget förhåller sig till barnkonventionen. Kapitlet avslutas sedan med en reflektion som diskuterar huruvida det finns ett tillräckligt skydd för barn i hälso- och sjukvården.

### 8.1 Vilken bestämmanderätt har vårdnadshavaren?

Till vårdnadshavares skyldigheter hör att tillgodose barnets behov av hälso- och sjukvård och på så sätt garantera att barnets rätt till liv och bästa uppnåeliga hälsa förverkligas. En följd av vårdnadshavarens skyldigheter gentemot barnet är att vårdnadshavare har rätt, och skyldighet, att företräda barnet i olika beslut, bland annat i frågor som rör barnets hälso- och sjukvård. Vårdnadshavare har alltså bestämmanderätt i sådana beslut.

För att vårdnadshavare ska kunna utöva bestämmanderätten på ett tillfredsställande sätt, förutsätts att de får information om exempelvis barnets hälsotillstånd, metoder för undersökning, vård och behandling samt om risker för biverkningar och komplikationer. Huvudregeln är därför att hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att lämna relevant information till både barnet och barnets vårdnadshavare.

Information om barnets hälsotillstånd och andra personliga förhållanden i hälso- och sjukvården omfattas emellertid som huvudregel av sekretess respektive tystnadsplikt. Angående de regler om sekretess som gäller för hälso- och sjukvårdsverksamheter i offentlig regi, är utgångspunkten samtidigt att sekretessen inte gäller i förhållande till vårdnadshavare som har bestämmanderätt. Så länge vårdnadshavare har bestämmanderätt, ska de alltså även få information. Från detta görs emellertid undantag om barnet riskerar att lida men av att en vårdnadshavare får information, exempelvis om det finns anledning att tro att vårdnadshavaren kommer missbruka informationen. Angående de regler om tystnadsplikt som gäller för hälso- och sjukvårdsverksamheter i privat regi, är utgångspunkten vidare att tystnadsplikt inte gäller när det finns en legal uppgiftsskyldighet. I fråga om information till barn och vårdnadshavare i hälso- och sjukvården följer en sådan uppgiftsskyldighet av 3 kap. PL. Information i enlighet med kapitlet kan, och ska, därför ges till barn och vårdnadshavare. Det kan härvid uppmärksammas att det inte finns några undantag från vårdnadshavares

möjligheter att få information när det är reglerna om tystnadsplikt som är tillämpliga och att vårdnadshavare således har lättare att få information när barnet genomgår hälso- och sjukvård hos en privat vårdverksamhet än när barnet genomgår hälso- och sjukvård hos en offentlig vårdverksamhet. Detta är en diskrepans som kan ifrågasättas utifrån barnets intresse av integritet och skydd. Sammanfattningsvis kan det konstateras att vårdnadshavare som har bestämmanderätt i princip alltid ska få den information som är nödvändig för att de ska kunna utöva bestämmanderätten på ett tillfredsställande sätt.

Vårdnadshavares bestämmanderätt innebär att vårdnadshavare som utgångspunkt bestämmer om de hälso- och sjukvårdsåtgärder som föreslås för barnet ska genomföras eller inte. Vårdnadshavares bestämmanderätt är långtgående, men begränsas dels av barnets medbestämmanderätt, dels av barnets rätt till liv och bästa uppnåeliga hälsa. Vad gäller barnets medbestämmanderätt blir denna allt starkare i takt med barnets stigande beslutskompetens och följaktligen blir vårdnadshavarens bestämmanderätt samtidigt allt svagare. Ur den praxis som behandlats i kap. 5 och kap. 6 kan det utläsas att tröskeln för att barnet ska tillerkännas avgörande bestämmanderätt i frågor som rör barnets hälso- och sjukvård är hög och att vårdnadshavarens samtycke i regel krävs. Detta innebär emellertid inte att vårdnadshavaren fritt kan bestämma om barnets hälso- och sjukvård, utan barnets vårdnadshavare måste ta hänsyn till barnets synpunkter i förhållande till barnets beslutskompetens. När barnet inte har uppnått tillräcklig beslutskompetens för avgörande bestämmanderätt och barnets vårdnadshavare har bestämmanderätt, kan vårdnadshavaren dock bestämma att hälso- och sjukvårdsåtgärder ska genomföras i strid med barnets vilja, om det är nödvändigt för att tillgodose barnets behov av hälso- och sjukvård. Direkt tvång i syfte att genomföra hälso- och sjukvårdsåtgärder ska emellertid så långt som möjligt undvikas. När och vilket tvång vårdnadshavare får tillgripa i detta syfte är dock osäkert.

Vad gäller barnets rätt till liv och bästa uppnåeliga hälsa kan det avslutningsvis konstateras att vårdnadshavare inte har rätt att utöva bestämmanderätten på ett sätt som riskerar att skada barnets liv, utveckling eller hälsa i något påtagligt avseende. När vårdnadshavare utövar bestämmanderätt på ett sätt som innebär en risk för barnet, kan samhället under vissa förutsättningar ingripa och bestämma om barnets hälso- och sjukvård med stöd av nödrätten eller LVU. Att vårdnadshavare inte får utöva bestämmanderätt på ett sätt som riskerar att skada barnets liv, utveckling eller hälsa betyder emellertid inte att vårdnadshavare i praktiken aldrig får motsätta sig den hälso- och sjukvård som erbjuds barnet. Exakt vilka åtgärder som vårdnadshavare får motsätta sig och vilka åtgärder som vårdnadshavare inte får motsätta sig är emellertid osäkert.

## **8.2 Vilken bestämmanderätt har barnet?**

Vårdnadshavarens bestämmanderätt grundas ytterst i barnets särskilda skyddsbehov, att barn med hänsyn till begränsad beslutskompetens behöver hjälp att ta välövervägda beslut. I takt

med barnets stigande ålder, utveckling och mognad ökar emellertid barnets beslutskompetens och vårdnadshavarens bestämmanderätt kan därför inte fullt ut motiveras utifrån barnets skyddsbehov. Bestämmanderätten för barn och vårdnadshavare, såsom den kommer till uttryck i 6 kap. 11 § FB, art. 12 i barnkonventionen och i 4 kap. 3 § PL, har därför utformats på så sätt att vårdnadshavaren i takt med barnets stigande ålder, utveckling och mognad ska tillmäta barnets synpunkter allt större betydelse. Barnet har alltså en rätt till inflytande som kan beskrivas som en medbestämmanderätt.

För att barnet ska kunna framföra sina synpunkter och på så sätt utöva medbestämmanderätt förutsätts att barnet får tillräcklig information. Oavsett barnets ålder, utveckling och mognad, ska barnet därför få information om sitt hälsotillstånd, metoder för utredning, vård och behandling samt om risker för biverkningar och komplikationer. Informationen ska anpassas efter barnets individuella förutsättningar.

Vad barnets medbestämmanderätt innebär i det enskilda fallet bestäms av barnets beslutskompetens. Därför måste det alltid göras en bedömning av barnets beslutskompetens, det vill säga förmåga att tillgodogöra sig informationen och överblicka konsekvenserna av sitt beslut. Ju högre grad av beslutskompetens barnet har, desto mer medbestämmanderätt ska barnet tillerkännas. Bedömningen av barnets beslutskompetens görs av behandlande hälso- och sjukvårdspersonal, exempelvis en läkare, psykolog eller sjuksköterska. Bedömningen tar dels hänsyn till barnets individuella förutsättningar, såsom ålder, utveckling och mognad, dels till yttre omständigheter, såsom barnets psykiska och fysiska tillstånd, betydelsen av vårdens genomförande och svårighetsgraden av erforderliga riskbedömningar. Alla omständigheter som kan påverka barnets beslutskompetens i det individuella fallet kan, och ska, beaktas.

När en bedömning av barnets beslutskompetens har gjorts, är nästa steg att bestämma vad en viss grad av beslutskompetens betyder i termer av medbestämmanderätt. I praxis ges emellertid en tämligen onyanserad bild av barnets medbestämmanderätt, eftersom det endast kan utläsas vem av barnet och vårdnadshavaren som har haft avgörande bestämmanderätt. Att beskriva barnets medbestämmanderätt utifrån avgörande eller inte avgörande bestämmanderätt är inte tillfredsställande. För att barnet ska ha uppnått den grad av beslutskompetens som krävs för avgörande bestämmanderätt, förutsätts i princip att barnet uppnått full beslutskompetens. Tröskeln för att barnet självt ska kunna bestämma om sin hälso- och sjukvård är alltså mycket hög och i de flesta fall är det barnets vårdnadshavare som har bestämmanderätt. Barnets medbestämmanderätt har därför sin huvudsakliga betydelse som just en medbestämmanderätt i förhållande till vårdnadshavarens bestämmanderätt. Omständigheter som kan påverka vilken grad av beslutskompetens som krävs för en viss grad av beslutskompetens i en viss fråga kan exempelvis vara betydelsen av vårdens genomförande och hur ingripande vården bedöms vara för barnet. Vilken grad av beslutskompetens som krävs för att barnet ska ha en viss grad av medbestämmanderätt, måste emellertid avgöras i varje fall.

Från det sagda finns undantag, exempelvis i förhållande till abort. I frågor som rör abort, är utgångspunkten att barnet har avgörande bestämmanderätt och endast i undantagsfall, när barnet exempelvis är väldigt ungt, är det aktuellt att informera vårdnadshavare och inhämta deras samtycke. Även i fråga om abort ska dock en bedömning av barnets beslutskompetens göras i varje fall.

## 8.3 Vilka möjligheter har samhället att ingripa?

Det yttersta ansvaret för att barnets behov av hälso- och sjukvård tillgodoses och att barnets rätt till liv och bästa uppnåeliga hälsa på så sätt förverkligas åligger samhället. I första hand innebär samhällets ansvar att alla samhällsorgan som kommer i kontakt med barn ska samverka för att uppmärksamma barns vårdbehov och erbjuda nödvändiga hälso- och sjukvårdsåtgärder. Om åtgärderna inte kan genomföras med samtycke från barnets vårdnadshavare, eller i vissa fall barnet själv, kan samhället emellertid under vissa förutsättningar ingripa och bestämma om barnets hälso- och sjukvård.

En möjlighet för samhället att ingripa är genom 6 kap. 13 a § FB. Genom denna bestämmelse kan socialnämnden tillsammans med en av barnets vårdnadshavare bestämma att vissa mindre ingripande hälso- och sjukvårdsåtgärder av psykiatrisk karaktär ska genomföras trots att barnets andra vårdnadshavare motsätter sig detta. Bestämmelsen förutsätter att barnet inte har uppnått den grad av beslutskompetens som krävs för avgörande bestämmanderätt.

En annan möjlighet för samhället att ingripa och bestämma om barnets hälso- och sjukvård är genom nödrätten. Nödrätten inom hälso- och sjukvården följer i första hand av 4 kap. 4 § PL, men kompletteras av den allmänna nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § BrB. Nödrätten aktualiseras när det föreligger ett allvarligt hot mot patientens liv och hälsa. Nödbestämmelserna är inte avsedda att vara tvångsbestämmelser och följaktligen är möjligheterna för samhället att ingripa och bestämma om barnets hälso- och sjukvård med stöd av dessa i första hand begränsade till akuta nödsituationer då varken barnets eller barnets vårdnadshavares inställning till de aktuella hälso- och sjukvårdsåtgärderna kan klarläggas. Den allmänna nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § BrB ger emellertid stöd för att, under förutsättning att det föreligger en nödsituation i 24 kap. 4 § BrB:s mening, genomföra hälso- och sjukvårdsåtgärder när barnets vårdnadshavare motsätter sig detta. De hälso- och sjukvårdsåtgärder som vidtas med stöd av nödrätten kan vara av olika karaktär, men måste kunna antas vara nödvändiga för att avvärja hotet mot patientens liv eller hälsa.

En tredje möjlighet för samhället att ingripa och bestämma om barnets hälso- och sjukvård är genom LPT. LPT aktualiseras när patienten lider av en allvarlig psykisk störning och har ett oundgängligt behov av vård som inte kan tillgodoses på frivillig väg. LPT har ingen nedre åldersgräns och lagen är därför i princip tillämplig på barn i samma utsträckning som vuxna. I praktiken tillämpas lagen emellertid inte när det är fråga om små barn, även om det inte går

att fastställa någon exakt åldersgräns. En fråga som länge varit oklar vid tillämpningen av LPT i förhållande till barn, är hur vårdnadshavares inställning till vården förhåller sig till lagens tillämplighet. Genom ett förarbetsutlåtande får det numera anses klarlagt att LPT:s tillämplighet i förhållande till barn förutsätter vårdnadshavarens samtycke i alla fall där barnet inte har uppnått en sådan grad av beslutskompetens att barnet självt har avgörande bestämmanderätt. Om ett barn bereds vård enligt LPT, kan nödvändiga hälso- och sjukvårdsåtgärder genomföras utan samtycke. De åtgärder som vidtas måste emellertid vara av psykiatrisk karaktär och dessutom vara hänförliga till barnets psykiska störning. LPT kan aldrig utgöra stöd för att genomföra andra psykiatriska eller somatiska hälso- och sjukvårdsåtgärder.

En fjärde möjlighet för samhället att ingripa och bestämma om barnets hälso- och sjukvård är genom LVU. LVU är en social tvångslag med syftet att möjliggöra för att socialnämnden att fullgöra sitt ansvar för barnet när frivilliga insatser inte är tillräckliga. LVU kan emellertid i viss mån möjliggöra för socialnämnden att bestämma över barnets hälso- och sjukvård. När barnet bereds vård enligt LVU, övertar socialnämnden nämligen vårdnadshavares ansvar för barnet och övertar därför bland annat vårdnadshavarens bestämmanderätt i frågor som rör barnets hälso- och sjukvård. Om ett barn bereds vård enligt LVU och barnets vårdnadshavare annars skulle ha haft bestämmanderätt, får socialnämnden alltså motsvarande bestämmanderätt under den tid som barnet vårdas enligt LVU. Om barnet däremot har uppnått den grad av mognad som krävs för avgörande bestämmanderätt, förändras detta inte för att barnet vårdas enligt LVU.

För att ett barn ska beredas vård enligt LVU förutsätts att behövliga åtgärder inte kan genomföras på frivillig väg samt att förutsättningarna i 2 §, miljöfallen, eller 3 §, beteendefallen, är uppfyllda och dessutom att vården är förenlig med barnets bästa. Till miljöfallen hör exempelvis fall där vårdnadshavaren genom att motsätta sig den hälso- och sjukvård som erbjuds barnet, utsätter barnets hälsa och utveckling för påtaglig risk. Till beteendefallen hör vidare fall där barnet genom socialt nedbrytande beteende utsätter sin hälsa och utveckling för påtaglig risk. HFD har tolkat och tillämpat rekvisitet socialt nedbrytande beteende restriktivt och i HFD 2015 ref. 42 konstaterade HFD således att det faktum att ett barn missköter potentiellt livsavgörande medicinering, inte kan betecknas som ett socialt nedbrytande beteende i LVU:s mening och framhöll att endast det faktum att ett barn utsätter sig för en risk inte innebär att beteendet kan betecknas som socialt nedbrytande. Med utgångspunkt i HFD:s praxis kan det antas att ett barns beslut att motsätta sig hälso- och sjukvård, inte kan betecknas som ett socialt nedbrytande beteende. Det faktum att barnet själv motsätter sig hälso- och sjukvårdsåtgärder och på så sätt omöjliggör åtgärdernas genomförande bör därför inte kunna föranleda att barnet bereds vård enligt LVU.

När samhället ingriper och bestämmer om ett barns hälso- och sjukvård utgör detta alltid en inskränkning av barnets och vårdnadshavarens integritet och bestämmanderätt. Därför är möjligheterna begränsade till situationer där inskränkningarna är nödvändiga för att garantera

barnets liv, hälsa och utveckling. När barnets vårdnadshavare har bestämmanderätt, har samhället ändå relativt goda möjligheter att ingripa med stöd av 6 kap. 13 a § FB, nödrätten eller LVU i syfte att tillgodose barnets behov av hälso- och sjukvård. När barnet har uppnått sådan beslutskompetens att barnet själv har avgörande bestämmanderätt, är samhällets möjligheter att ingripa emellertid begränsade, i princip begränsade till LPT-vård. Även samhällets möjligheter att ingripa och bestämma om barnets hälso- och sjukvård är således beroende av barnets beslutskompetens.

## 8.4 Barnkonventionen

Barnkonventionen är gällande rätt i Sverige sedan 1990, men från den första januari 2020 gäller konventionen även som svensk lag.<sup>140</sup> Inkorporeringen av barnkonventionen syftar till att stärka konventionens ställning och garantera att den får genomslag i all verksamhet som rör barn. Inkorporeringen av barnkonventionen kommer att ställa krav på att bland annat hälso- och sjukvården överser sin verksamhet och huruvida denna lever upp till de krav som barnkonventionen ställer. I hälso- och sjukvården är det framförallt två av konventionens rättigheter som är av betydelse, barnets medbestämmanderätt och barnets rätt till liv och bästa uppnåeliga hälsa. Denna framställning har till stor del handlat om hur båda dessa rättigheter ska tillgodoses inom hälso- och sjukvården och konstaterat att svensk rätt avser tillgodoses dessa intressen genom att tillerkänna barnet bestämmanderätt i den utsträckning som motsvarar barnets beslutskompetens. När barnet inte har uppnått tillräcklig beslutskompetens får barnet inte bestämma själv, utan vårdnadshavare och samhälle är skyldiga att bestämma åt barnet i syfte att tillvarata barnets rätt till liv och hälsa. När barnet har uppnått tillräcklig beslutskompetens har barnet däremot inte längre ett sådant skyddsbehov som motiverar att vårdnadshavare och samhälle kan bestämma om barnets hälso- och sjukvård, utan vårdnadshavare och samhälle måste istället tillvarata barnets bestämmanderätt och låta barnet ta beslut om sitt eget liv och sin egen hälsa.

När det talas om barnkonventionen talas det ofta om barnets stärkta ställning som individuellt rättsligt subjekt med egna rättigheter och intressen samt en egen vilja och historiskt sett har barnkonventionen haft störst betydelse när det kommer till denna mer moderna syn på barn. Att ytterligen stärka barnets ställning är ett av de uttryckliga syftena med att inkorporera barnkonventionen i svensk rätt och även framöver kommer barnkonventionen sannolikt vara av stor betydelse i detta avseende och bland annat bidra till att barn får mer inflytande över beslut som rör barnet själv. När det kommer till barn i hälso- och sjukvården, är det emellertid inte bara positivt att barn får mer och mer rätt till inflytande, utan här spelar även barnets behov av skydd för sitt liv och sin hälsa en stor betydelse. Det är därför oroväckande hur lite det talas om barnets skyddsbehov i förhållande till barnkonventionen. När hälso- och sjukvården ser över sin verksamhet inför inkorporeringen av barnkonventionen är det viktigt att barns skyddsbehov betonas lika mycket som barns

---

<sup>140</sup> Se lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

medbestämmanderätt och att båda dessa intressen även fortsättningsvis tas tillvara i hälso- och sjukvården. Barnkonventionen får inte ses som ett hinder för att tillerkänna vårdnadshavare bestämmanderätt, när barnet inte har uppnått tillräcklig beslutskompetens och därför har ett stort skyddsbehov.

## 8.5 Avslutande reflektion

Med denna framställning har jag velat utreda barns bestämmanderätt i hälso- och sjukvården samt hur denna begränsas av det ansvar som vårdnadshavare och samhället har att skydda barn. I denna avslutande reflektion kan jag konstatera att barn har bestämmanderätt i den utsträckning som barnets beslutskompetens tillåter, vilket innebär att barn endast har full rätt att bestämma över sin hälso- och sjukvård när barnet har en fullt utvecklad förmåga att tillgodogöra sig erforderlig information och överblicka konsekvenserna av sitt beslut.

När barnet inte har fullt utvecklad beslutskompetens är det primärt barnets vårdnadshavare som har bestämmanderätt i frågor som rör barnets hälso- och sjukvård. När vårdnadshavare bestämmer i sådana frågor har de ett ansvar för att skydda barnets liv och hälsa, men också för att så långt som möjligt tillgodose barnets synpunkter och önskemål.

När vårdnadshavare inte tar ansvar för att skydda barnets liv och hälsa, aktualiseras samhällets ansvar. Samhället har i en sådan situation möjligheten att ingripa i och bestämma över barnets hälso- och sjukvård med stöd av 6 kap. 13 a § FB, nödrätten eller LVU.

Tröskeln för att barnet ska tillerkännas avgörande bestämmanderätt är hög, men när barnet har uppnått den beslutskompetens som krävs, har varken vårdnadshavaren eller samhället några tillfredsställande medel för att skydda barnets liv och hälsa, med undantag för de fall då barnet lider av en allvarlig psykisk störning och kan beredas vård enligt LPT. För att återknyta till mitt inledande praxisexempel om den 17-åriga G, som motsatte sig kortisonbehandling, kan det konstateras att läkarna bedömde att G hade uppnått de beslutskompetens som krävdes för att tillerkännas full bestämmanderätt. I och med att G hade tillerkänts full bestämmanderätt fanns det inget hennes vårdnadshavare eller samhället hade kunnat göra för att tvinga henne att genomgå behandlingen och den kritiska punkten är alltså själva bedömningen av Gs beslutskompetens. Jag kan inte uttala mig om huruvida läkarnas bedömning av Gs beslutskompetens var rätt eller fel, men jag kan konstatera att bedömningen av Gs beslutskompetens fick avgörande konsekvenser för hennes liv.

Detta för mig in på själva bedömningen av barnets beslutskompetens. För att tillgodose både barnets rätt till bestämmande och barnets behov av skydd för sitt liv och sin hälsa, har det i svensk rätt beslutats att barnets bestämmanderätt måste avgöras i varje enskilt fall efter en bedömning av barnets beslutskompetens utifrån alla omständigheter som i det individuella fallet kan påverka barnets beslutskompetens. Utifrån ett teoretiskt perspektiv är detta en



tillfredsställande lösning för att tillgodose båda dessa rättigheter. Lösningen kan emellertid ifrågasättas utifrån ett praktiskt perspektiv, eftersom den ställer höga krav på kompetens och resurser i hälso- och sjukvården. För att regleringen ska fungera på det sätt som är tänkt, måste varje läkare, psykolog, sjuksköterska och annan hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med barn ha tillräcklig kompetens för att göra bedömningen och dessutom tillräckligt med tid för att göra en omsorgsfull bedömning i varje enskilt fall. Vem som gör bedömningen av barnets beslutskompetens får aldrig ha betydelse. Frågan är därför om varje läkare, psykolog, sjuksköterska och annan hälso- och sjukvårdspersonal har den kompetens och den tid som krävs för att göra en omsorgsfull bedömning av barnets beslutskompetens i varje enskilt fall, särskilt med hänsyn till den rådande situationen där det ständigt är brist på både läkare och sjuksköterskor.

Avslutningsvis kan jag konstatera att skyddet för barn i hälso- och sjukvården enligt min mening inte är tillfredsställande. Barnets skydd är helt beroende av vilken beslutskompetens barnet bedöms ha och bedömningen av barnets beslutskompetens genomförs inte på ett tillfredsställande sätt. Tanken är god och regleringen möjliggör att både barnets rätt till medbestämmande och barnets rätt till liv och bästa uppnåeliga hälsa tillgodoses, men för att den ska fungera i praktiken krävs mer kompetens och bättre resurser i hälso- och sjukvården. Detta gäller särskilt med hänsyn till barnkonventionens inträde som svensk lag och att det kommer ställas högre krav än någonsin tidigare på att både barnets rätt till liv och hälsa och barnets rätt till medbestämmande tillgodoses.

# Käll- och litteraturförteckning

## Offentligt tryck

### Utredningsbetänkanden

SOU 1997:116 Barnets bästa i främsta rummet: FN:s konvention om barnets rättigheter förverkligas i Sverige.

SOU 2005:43 Vårdnad - Boende - Umgänge: Barnets bästa, föräldrars ansvar.

SOU 2012:17 Psykiatrin och lagen - tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd.

SOU 2013:2 Patientlag.

SOU 2015:71 Barn och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU.

SOU 2016:19 Barnkonventionen blir svensk lag.

SOU 2017:111 För barnets bästa? Utredning om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård.

### Propositioner

Prop. 1973:90 Med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.

Prop. 1975/76:160 Om nya grundlagsbestämmelser angående allmänna handlingars offentlighet.

Prop. 1981/82:97 Om hälso- och sjukvårdslag m.m.

Prop. 1981/82:168 Om vårdnad och umgänge m.m.

Prop. 1988/89:67 Om sekretessfrågor inom undervisningsväsendet m.m.

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

Prop. 1990/91:58 Om psykiatrisk tvångsvård m.m.

Prop. 2007/08:70 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården.

Prop. 2008/09:150 Offentlighets- och sekretesslag.

Prop. 2009/10:80 En reformerad grundlag.

Prop. 2011/12:53 Barns möjligheter att få vård. .

Prop. 2013/14:106 Patientlag.

Prop. 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag.

Prop. 2017/18:186 Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter.

## Elektroniska källor

### Lagkommentarer

Bäcklund, Agneta - Johansson, Stefan - Trost, Hedvig - Träskman, Per Ole - Wennberg, Suzanne - Wersäll, Fredrik, Brottsbalk (1962:700) 24 kap. 4 §, *Zeteo*, 2018-11-09. Hämtad 2019-02-26 från

[https://zeteo-nj-se.ludwig.lub.lu.se/document/brbkomm\\_brbavd02kap24\\_s1?anchor=xbrbko mmq1962q700\\_24\\_kap\\_4\\_px](https://zeteo-nj-se.ludwig.lub.lu.se/document/brbkomm_brbavd02kap24_s1?anchor=xbrbko mmq1962q700_24_kap_4_px).

Ehrenkrona, Carl Henrik, Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och grundläggande friheterna, art. 8 EKMR, *Karnov*. Hämtad 2019-02-14 från

[https://pro-karnovgroup-se.ludwig.lub.lu.se/document/529692/1#SFS1994-1219\\_BIL1](https://pro-karnovgroup-se.ludwig.lub.lu.se/document/529692/1#SFS1994-1219_BIL1).

Jermsten, Henrik, Regeringsform (1974:152) 2 kap. 6 §, *Lexino*, 2018-01-01. Hämtad 2019-01-25 från

[https://pro-karnovgroup-se.ludwig.lub.lu.se/document/527860/1#SFS1974-0152\\_K2\\_P6](https://pro-karnovgroup-se.ludwig.lub.lu.se/document/527860/1#SFS1974-0152_K2_P6).

Johnsson, Lars-Åke, Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 2 kap. 1 §, *Zeteo*, 2017-11-09.

Hämtad 2019-05-18 från

[https://zeteo-nj-se.ludwig.lub.lu.se/document/hslkomm\\_hslavdikap02\\_s1?anchor=xhslkomm q2017q30\\_2\\_kap\\_1\\_px](https://zeteo-nj-se.ludwig.lub.lu.se/document/hslkomm_hslavdikap02_s1?anchor=xhslkomm q2017q30_2_kap_1_px).

Johnsson, Lars-Åke, Patientlag (2014:821) 1 kap. 8 §, *Zeteo*, 2015-02-10. Hämtad

2019-05-08 från

[https://zeteo-nj-se.ludwig.lub.lu.se/document/patientlkomm\\_patientlkap01?anchor=xpatientlk ommq2014q821\\_1\\_kap\\_8\\_px](https://zeteo-nj-se.ludwig.lub.lu.se/document/patientlkomm_patientlkap01?anchor=xpatientlk ommq2014q821_1_kap_8_px).

Johnsson, Lars-Åke, Patientlag (2014:821) 3 kap. 1 och 3 §§, *Zeteo*, 2015-02-10. Hämtad

2019-04-16 från

[https://zeteo-nj-se.ludwig.lub.lu.se/document/patientlkomm\\_patientlkap03?anchor=xpatientlkommq2014q821\\_3\\_kap\\_1\\_px](https://zeteo-nj-se.ludwig.lub.lu.se/document/patientlkomm_patientlkap03?anchor=xpatientlkommq2014q821_3_kap_1_px).

Lorentzon, Karl, Offentlighets- och sekretesslag (2009:400) 12 kap. 1 §, *Lexino*, 2018-08-12. Hämtad 2019-05-09 från

[https://pro-karnovgroup-se.ludwig.lub.lu.se/document/882390/4#SFS2009-0400\\_K12\\_P1](https://pro-karnovgroup-se.ludwig.lub.lu.se/document/882390/4#SFS2009-0400_K12_P1).

Lundgren, Lars & Sunesson, Per-Anders, Socialtjänstlag (2001:453) 5 kap. 1-1a §§, *Zeteo*, 2019-01-21. Hämtad 2019-04-25 från

[https://zeteo-nj-se.ludwig.lub.lu.se/document/nyasocialkomm\\_nyasocial2001453kap05\\_s1?anchor=xnyasocialkommq2001q453\\_5\\_kap\\_1\\_a\\_px](https://zeteo-nj-se.ludwig.lub.lu.se/document/nyasocialkomm_nyasocial2001453kap05_s1?anchor=xnyasocialkommq2001q453_5_kap_1_a_px).

Mattsson, Titti, Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga 3 §, *Lexino*, 2017-10-01. Hämtad 2019-02-01 från

[https://pro-karnovgroup-se.ludwig.lub.lu.se/document/529007/1#SFS1990-0052\\_K0\\_P1](https://pro-karnovgroup-se.ludwig.lub.lu.se/document/529007/1#SFS1990-0052_K0_P1).

Oldenstedt, Boel, Föräldrabalk (1949:381) 6 kap. 2 a §, *Lexino*, 2018-08-15. Hämtad 2019-02-21 från [https://pro.karnovgroup.se/document/527364/2#SFS1949-0381\\_K6\\_P13A](https://pro.karnovgroup.se/document/527364/2#SFS1949-0381_K6_P13A).

## Övrigt

Socialstyrelsen: *Bedöma barns mognad för delaktighet - Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården*. Publicerad 2015, hämtad 2019-02-06 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20004/2015-12-22.pdf>.

## Litteratur

### Tryckta verk

Andersson, Torbjörn - Dahlberg, Mattias - Reichel, Jane - Samuelsson, Joel: *Juridikens termer*. Stockholm 2015.

Axelsson, Ewa: *Medicinsk juridik för hälso- och sjukvårdspersonal*. Malmö 2015.

Hendriks, Aart ”The council of Europe and health and human rights” i Brigit Toebes, Mette Hartlev, Aart Hendriks and Janne Rothmar Herrmann (red.): *Health and Human Rights in Europe*. Cambridge 2012 s. 23-50.

Holstad, Sigvard: *Sekretess i allmän verksamhet – vägledning till reglerna i grundlag och den nya offentlighet- och sekretesslagen*. Stockholm 2009.

Kindström Dahlin, Moa ”I gränslandet mellan social omsorg och hälso- och sjukvård” i Leviner, Pernilla & Lundström, Tommy (red.): *Tvångsvård av barn och unga: rättigheter, utmaningar och gränzoner*. Stockholm 2017 s. 218-238.

Kleinman, Jan ”Rättsdogmatisk metod” i Korling, Fredric & Zamboni, Mauro: *Juridisk metodlära*. Lund 2013 s.21-45

Leviner, Pernilla ”Samtyckeskonstruktionen i LVU - en analys av gränsdragningen mellan frivillighet och tvång, grundantaganden om människans autonomi samt barns begränsade självbestämmanderätt” i Leviner, Pernilla & Lundström, Tommy (red.): *Tvångsvård av barn och unga: rättigheter, utmaningar och gränzoner*. Stockholm 2017 s. 126-150.

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

Rynning, Elisabeth ”Barns rätt i vården - juridiska aspekter” i Maja Söderbäck (red.): *Barns och Ungas rätt i vården*. Stockholm 2010 s.119-152.

Rynning, Elisabeth: *Samtycke till medicinsk vård och behandling*. Uppsala 1994.

Saldeen, Åke: *Barn- och föräldrarätt*. Uppsala 2013.

Sandgren, Claes: *Rättsvetenskap för uppsatsförfattare: ämne, material, metod och argumentation*. Stockholm 2015.

Schiratzki, Johanna: *Barnrättens grunder*. Lund 2017.

Singer, Anna: *Barnets bästa*. Stockholm 2019.

Singer, Anna: *Barns rätt*. Uppsala 2017.

Strömberg, Håkan & Lundell, Bengt: *Speciellt förvaltningsrätt*. Stockholm 2014.

Svensson, Gustav: *Barns rätt i hälso- och sjukvård*. Lund 2007.

Svensson, Gustav ”Lagstiftningen” i Ingemar Engström: *Tvingad till hjälp: om tvång etik och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård*. Lund 2006 s.151-170.

Wik, Michaela: *Children's consent to medical treatment - With emphasis on essential treatments and the procedural protection of children's rights*. Examensarbete, Stockholm 2014.

## Artiklar

Jareborg, Nils ”Rättsdogmatik som vetenskap”, *SvJT* 2004 s. 1–10.

Kindström Dahlin, Moa ”Att tvinga ett barn - om barns rättigheter i hälso- och sjukvården och behovet av en tydligare tvångsvårdslagstiftning” i *Förvaltningsrättslig tidskrift* 2016 s. 245-278.

Munck, Johan ”Rättskällor förr och nu”, *Juridisk publikation* 2014, s. 199-208.

Sahlin, Jan ”Om nödrätt i hälso- och sjukvården. Några anteckningar om juridiken på ett etiskt område” i *Svensk juristtidning* 1990 s. 597-623.

Svensson, Gustav ”Barns bestämmanderätt i medicinska frågor” i *Juridisk tidskrift* 2005/06 s. 866-887.

Vahlne Westerhäll, Lotta ”Barnets bästa vid psykiatrisk tvångsvård - exemplet anorexia nervosa” i *Förvaltningsrättslig tidskrift* 2016 s. 91-139.

Warnling-Nerep, Wiweka ”Påtvingat kroppsligt ingrepp” (RF 2:6) och JO:s rättsvägladande funktion” i *Förvaltningsrättslig tidskrift* 2002 s. 19-42.

# Rättsfallsförteckning

## **Europadomstolen**

Nielsen mot Danmark, nr. 10929/84, dom meddelad den 28 november 1988.

Moskvas Jehovas vittnen m.fl. mot Ryssland, nr. 302/02, dom meddelad den 6 oktober 2010.

## **Justitieombudsmannen**

JO 1994 nr. 4251.

JO 1998/99 s.417.

JO beslut den 23 november 2018 dnr 3153-2016.

## **Inspektionen för vård och omsorg**

IVO beslut den 18 februari 2014, dnr 8.5-32498/2013.

IVO beslut den 25 februari 2015, dnr 8.2-14125/2014.

## **Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd**

HSAN beslut den 23 april 1997, beteckning 24/80:95:A1.

HSAN beslut den 19 november 2004, beteckning 225/04:B2.

HSAN beslut den 17 februari 2005, beteckning 706/04:A2.

## **Högsta förvaltningsdomstolen**

RÅ 1995 ref. 39.

RÅ 1996 ref. 61.

RÅ 1996 ref. 65.

RÅ 2000 ref. 33.

RÅ 2008 ref. 55.

RÅ 2010 ref. 24.

HFD, dom den 3 mars 2010 i mål nr. 8480-08.

HFD 2015 ref. 5.

HFD 2015 ref. 7.

HFD 2015 ref. 42.

### **Kammarrätterna**

Kammarrätten i Göteborg, dom den 18 september 2013 i mål nr. 4517-13.

Kammarrätten i Stockholm, dom den 12 februari 2014 i mål nr. 7722-14.

Kammarrätten i Göteborg, dom den 1 februari 2016 i mål nr. 7208-15.

Kammarrätten i Stockholm, dom den 2 juli 2018 i mål nr. 3307-18.

### **Tingsrätterna**

Malmö tingsrätt, dom den 16 december 2015 i mål nr. B 8913-15.