



JURIDISKA FAKULTETEN

VID LUNDS UNIVERSITET

Alva Lindsjö

Bältesläggning och sondmatning

Om patientens rätt till en rättssäker vård

JURM02 Examensarbete

Examensarbete på juristprogrammet

30 högskolepoäng

Handledare: Anna Nilsson

Termin: VT 2023

Innehåll

Summary	4
Sammanfattning	6
Förord	7
Förkortningar	8
1 Inledning.....	9
1.1 Bakgrund.....	9
1.2 Syfte och frågeställningar	10
1.3 Avgränsningar	11
1.4 Metod och material	11
1.5 Forskningsläge	13
1.6 Terminologi.....	14
1.7 Disposition	15
2 Utgångspunkter för den psykiatriska tvångsvården	17
2.1 Inledning	17
2.2 Psykiatrisk tvångsvård – en speciallagstiftning	17
2.3 Avslutande kommentar	19
3 Bältesläggning.....	20
3.1 Inledning	20
3.2 Bältesläggning av vuxna	20
3.3 Bältesläggning av barn.....	22
3.4 Rekvisitet ”omedelbar fara”	23
3.5 Avslutande kommentar	25
4 Behandling utan samtycke	26
4.1 Inledning	26
4.2 Behandling inom den psykiatriska tvångsvården.....	26
4.3 Vilken behandling kan ges?	28
4.3.1 Exemplet sondmatning	29
4.4 Genomförande av behandling under tvång	31
4.5 Avslutande kommentar	34
5 Nödrätten.....	35
5.1 Inledning	35
5.2 Nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § BrB.....	35
5.3 Nödrätten inom hälso- och sjukvården	37
5.4 Nödrätten och tvångsåtgärder	38
5.5 Avslutande kommentar	43
6 Rättssäkerhet	44

6.1	Inledning	44
6.2	Rättssäkerhetsbegreppet	44
6.2.1	Formell rättssäkerhet.....	45
6.2.2	Materiell rättssäkerhet.....	46
6.3	Rättssäkerhet och psykiatrisk tvångsvård	47
6.4	Avslutande kommentarer	48
7	Slutsatser och avslutande reflektion	51
	Källförteckning	53

Summary

In compulsory psychiatric care it is not uncommon for patients with anorexia nervosa to require enteral nutrition. Health care professionals sometimes use medical restraint to enable enteral nutrition. This has been criticised several times because the legislative support is not sufficiently clear, which affects the patient's legal protection. The aim of this paper has been to study how medical restraint in connection with enteral nutrition without consent relates to the patient's right to a legally secure health care. This includes the issue of whether enteral nutrition can be concluded in such treatment that can be given without consent by the Compulsory Mental Care Act, and the issue of which impact necessity has.

The paper has concluded that there are many shortcomings in this field. It is not entirely clear whether it is permissible to give a patient enteral nutrition without consent according to 17 § of the Compulsory Mental Care Act, since this is a somatic treatment. However, the conclusion on this issue is that enteral nutrition can be included since the nutrient supply can contribute to the recovery from anorexia nervosa. It is however criticised that this is not more clearly regulated since it becomes difficult for the patient to predict which coercive measures the patient may be subjected to.

The paper further discusses the issue of medical restraint in connection with enteral nutrition without consent. As medical restraint is a violation of integrity, it should be applied restrictively. Therefore, medical restraint as well as enteral nutrition without consent, must always be considered as a coercive measure. Medical restraint in connection with enteral nutrition without consent constitutes a double use of coercive measures in order to provide the patient with nutrition. Therefore, it cannot be considered lawful. However, the legislation is unclear on this point, giving rise to different interpretations by different actors. Thus, the patient's right to a legally secure health care is not looked after.

In light of this conclusion, the necessity was also studied to see whether it could change the assessment of this issue. The conclusion was that necessity does not change the lawfulness of medical restraint in connection with enteral nutrition without consent in the compulsory psychiatric care. The exception is if medical restraint is a necessary condition to accomplish enteral nutrition in cases where the patient's life or health risks being acutely threatened without immediate nutrient supply. This therefore only applies to the most extreme cases.

It is problematic from the point of view of the rule of law, that the legislation provides such scope for interpretation as it does today. Although it may enable individual assessments, it also makes it difficult for patients to predict the coercive measures they may be subjected to, which is especially important

when it comes to interventions in bodily integrity. A thorough reform of the Compulsory Mental Care Act is therefore required to fulfil the requirements of the patient's right to legally secure health care.

Sammanfattning

Det är inte ovanligt inom den psykiatriska tvångsvården att patienter med anorexia nervosa behöver tillföras näring genom sondmatning. Hälso- och sjukvårdspersonalen använder då ibland bältesläggning för att möjliggöra sondmatningen. Detta har kritiserats flertalet gånger eftersom lagstödet inte är tillräckligt tydligt, vilket påverkar patientens rättssäkerhetsskydd. Syftet med denna uppsats har varit att studera hur bältesläggningar i samband med sondmatning förhåller sig till patientens rätt till en rättssäker vård. Detta inkluderar frågan om sondmatning överhuvudtaget kan omfattas av den behandling som kan ges utan samtycke enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) samt frågan om vilken inverkan nödrätten har.

Uppsatsen har kommit fram till att det finns många brister på området. Det är inte helt klart om det är tillåtet att sondmata en patient utan samtycke med stöd av 17 § LPT eftersom detta är en somatisk behandling. Slutsatsen i denna fråga är emellertid att sondmatning kan omfattas eftersom näringstillförseln kan bidra till tillfrisknandet från anorexia nervosa. Det framförs dock kritik mot att detta inte är tydligare reglerat eftersom det blir svårt för patienten att förutse vilka behandlingsåtgärder denne kan underkastas.

Uppsatsen diskuterar vidare frågan om bältesläggning i samband med sondmatning utan samtycke. Eftersom bältesläggning är en integritetskränkande åtgärd ska bältesläggning tillämpas restriktivt. Därför måste bältesläggning alltid, precis som behandling utan samtycke, ses som en tvångsåtgärd. Bältesläggning i samband med sondmatning utan samtycke innebär ett dubbelt användande av tvångsåtgärder i syfte att tillföra näring. Detta kan alltså inte anses vara tillåtet. Lagstiftningen är emellertid otydlig på denna punkt, vilket ger upphov till att olika aktörer tolkar frågan olika. Patientens rätt till en rättssäker vård tillgodoses alltså inte här.

Mot bakgrund av denna slutsats har även nödrätten studerats för att se om den skulle kunna förändra bedömningen. Slutsatsen blev att nödrätten inte förändrar bältesläggningens tillåtlighet i samband med sondmatning utan samtycke inom den psykiatriska tvångsvården. Undantaget är om bältesläggning skulle utgöra en nödvändig förutsättning för att kunna genomföra sondmatning i fall där patienten riskerar att lida akut fara för liv eller hälsa utan omedelbar näringstillförsel. Detta gäller alltså enbart de mest extrema fallen.

Det är problematiskt ur rättssäkerhetssynpunkt att lagstiftningen ger ett sådant utrymme för tolkning som det finns idag. Även om det kan möjliggöra individuella bedömningar ger det också utrymme för att patienter får svårt att förutspå de tvångsåtgärder de kan underkastas, något som är extra viktigt när det gäller ingrepp i den kroppsliga integriteten. En ordentlig reformering av LPT krävs alltså för att uppfylla de krav som ställs på patientens rätt till en rättssäker vård.

Förord

Genom detta arbete sätter jag punkt för mina 5 år på Juridicum och Lunds universitet. Efter mycket hårt arbete kan jag äntligen stolt titulera mig som jurist. Nu är jag mer än redo att gå vidare till nästa kapitel i livet, men några personer förtjänar först ett särskilt tack.

Tack till min handledare, Anna Nilsson, för ditt stöd och dina råd under uppsatsskrivandets gång.

Tack till mina föräldrar för att ni alltid trott på mig. Jag hade inte varit där jag är idag om det inte varit för er.

Tack till Erik för att du genom med- och motgångar alltid varit min klippa och för att du gör mitt liv till det bättre.

Slutligen vill jag tacka Julia och Christina för alla minnesvärda stunder. Juristprogrammet hade inte varit detsamma utan er.

Malmö, maj 2023

Alva Lindsjö

Förkortningar

BrB	Brottsbalk
Ds.	Departementsserien
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
HSLF-FS	Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
JO	Justitieombudsmannen
LPT	Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LSPV	Lag (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall
PL	Patientlag (2014:821)
PSL	Patientsäkerhetslag (2010:659)
Prop.	Proposition
RF	Regeringsform
SOU	Statens offentliga utredningar

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Den psykiatriska tvångsvården är ständigt diskuterad eftersom det handlar om väldigt ingripande åtgärder som staten vidtar mot enskilda. När det rör sig om psykiatrisk tvångsvård för ätstörningar är det ett än mer aktuellt ämne med tanke på hur statistiken har utvecklats på senare år. År 2011 vårdades totalt 148 patienter i Sverige för ätstörningar inom den slutna psykiatriska tvångsvården. Sedan dess har antalet ökat markant. År 2021 låg siffran istället på 442 patienter. Majoriteten av personerna som vårdas för ätstörningar inom den slutna psykiatriska tvångsvården är kvinnor i åldersgrupperna 0-17 år och 18-25 år. Fram till och med 2016 var det patienter över 18 år som var överrepresenterade men sedan 2017 och framåt har den absoluta majoriteten av alla patienter som vårdats för ätstörningar inom slutna psykiatrisk tvångsvård varit barn.¹

Vid behandling av patienter med ätstörningar är det vanligt att patienten behöver tillföras näring genom så kallad sondmatning. Detta görs ibland genom att vidta tvångsåtgärder, vilket i detta fall oftast rör sig om bältesläggning.² Bältesläggning används i dessa sammanhang alltså som ett led i att kunna genomföra behandling utan samtycke. Av statistik från Socialstyrelsen framgår det att antalet beslut om att använda bältesläggning för att genomföra läkemedelstillförsel har ökat markant sedan 2011. Detta år fattades 3 171 beslut om att bälteslägga en patient för att tillföra läkemedel. Motsvarande siffra för 2021 var 6 370. Det ska noteras att dessa siffror omfattar all form av tvångsmedicinering, och inte enbart sondmatning.³ Det kan dock sägas att denna form av tvång är vanlig och har blivit allt vanligare i förhållande till antalet patienter som vårdas inom den slutna psykiatriska tvångsvården. 2011 vårdades totalt 11 123 patienter och motsvarande siffra för 2021 var 12 498.⁴ Det innebär att cirka hälften av alla patienter som är inlagda inom den slutna psykiatriska tvångsvården blir tvångsmedicerade under fastspänning eller fasthållning.

¹ Socialstyrelsen, statistikdatabas för psykiatrisk tvångsvård, senast uppdaterad: 2022-11-02, sökord: Baserat på vårdlandsting/region, Antal vårdtillfällen, Slutna tvångsvård genom LPT, F50 Ätstörningar, Riket, Ålder: 0-75+,

<https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tvangsvard/val.aspx> (besökt 2023-01-30).

² Socialstyrelsen (2015), s. 32; Wallsten, m.fl. (2013), s. 99.

³ Socialstyrelsen, statistikdatabas för psykiatrisk tvångsvård, senast uppdaterad: 2022-11-02, sökord: Baserat på vårdlandsting/region, Antal åtgärder, Slutna tvångsvård genom LPT, Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande, Riket, Ålder: 0-75+,

<https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tvangsvard/val.aspx> (besökt 2023-01-30).

⁴ Socialstyrelsen, statistikdatabas för psykiatrisk tvångsvård, senast uppdaterad: 2022-11-02, sökord: Baserat på vårdlandsting/region, Antal patienter, Slutna tvångsvård genom LPT, Riket, Ålder: 0-75+, <https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tvangsvard/val.aspx> (besökt 2023-01-30).

Av 17 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) framgår det att hälso- och sjukvårdspersonal kan ge behandling utan samtycke. I bestämmelsen framgår det dock inte hur hälso- och sjukvårdspersonalen ska genomföra medicineringen.⁵ Det finns inte heller uttryckligt stöd för att bältesläggning, enligt 19 och 19 a §§ LPT, kan användas i syfte att genomföra medicinering utan samtycke.⁶ Någon bestämmelse om fasthållning finns inte. Det är alltså oklart vilket rättsligt stöd hälso- och sjukvårdspersonalen har när de ska genomföra tvångsmedicinering, inkluderat sondmatning. I både ett JO-beslut från 2021 och SOU 2022:40 konstateras det att det är tveksamt om fastspänning i syfte att genomföra tvångsmedicinering omfattas av rekvisitet ”omedelbar fara” i 19 och 19 a §§ LPT. Inte heller med nödrätten enligt 24 kap. 2 § brottsbalken (BrB) ansågs det vara tydligt vad som gällde.⁷ Denna fråga är därför av stor vikt att utreda för att skapa klarhet, både för att patienten ska veta vilka rättigheter denne har, och för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska veta vilka tvångsåtgärder de får vidta och när. Det är denna fråga som förevarande uppsats avser studera.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med förevarande uppsats är att studera huruvida bältesläggning kan användas som en metod för att ge behandling utan samtycke inom den psykiatriska tvångsvården. Uppsatsen kommer alltså utreda förutsättningarna för bältesläggning samt behandling utan samtycke. För att exemplifiera detta kommer uppsatsen utgå från patienter som lider av anorexia nervosa och som är i behov av näringstillförsel i form av sondmatning. Eftersom tvångsvården är en speciallagstiftning som ingriper på enskildas personliga integritet och därför ställer höga krav på rättssäkerhet, syftar denna uppsats även till att diskutera dessa frågor utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv. För att uppfylla syftet kommer följande frågeställning besvaras:

- Är bältesläggning i samband med tvångsmatning av patienter med anorexia nervosa som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården förenligt med patientens rätt till en rättssäker vård?

För att besvara denna frågeställning har den brutits ner i följande frågor:

- Kan behov av näring utgöra en sådan ”omedelbar fara” som är en förutsättning för bältesläggning enligt 19 och 19 a §§ LPT?

⁵ Se 17 § LPT.

⁶ Se 19 och 19 a §§ LPT.

⁷ Jmf. JO-beslut 2021-09-21, dnr 2782-2018; jmf. SOU 2022:40 s. 167.

- Ger nödrätten, enligt 24 kap. 2 § BrB, hälso- och sjukvårdspersonal rätt att bälteslägga patienter med anorexia nervosa för att möjliggöra sondmatning, och i så fall, under vilka förutsättningar?
- Vilket rättssäkerhetsskydd har patienter med anorexia nervosa som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården?

1.3 Avgränsningar

För att hålla uppsatsen inom de tidsmässiga och utrymmesmässiga ramar som ställs upp har vissa avgränsningar gjorts. Eftersom uppsatsen studerar patienter inom den psykiatriska vården med anorexia nervosa är det främst risken för att patienten skadar sig själv som berörs. I 19 § LPT talas det också om risken för att patienten skadar andra. Detta kan komma att nämnas men inte undersökas närmare eftersom anorexia nervosa är något som i huvudsak skadar patienten själv.

En närliggande fråga när det gäller sondmatning utan samtycke är fasthållning. Detta är något som inte regleras i lagstiftningen och är därför intressant att diskutera utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv. Med tanke på uppsatsens begränsade omfång kommer fasthållning emellertid inte att studeras närmare i detta arbete.

En ytterligare närliggande fråga är vilket ansvar hälso- och sjukvårdspersonalen skulle kunna ha för det fall de vidtar tvångsåtgärder som inte är tillåtna. Här avses både eventuella disciplinära påföljder, såsom indragna läkarlegitimationer, och straffrättsliga påföljder. Ansvarsfrågan behandlas delvis i uppsatsen genom nödrätten. Uppsatsen kommer emellertid inte att närmare beröra de konsekvenser som kan uppstå om nödrätten inte skulle vara ansvarsbefriande.

1.4 Metod och material

Förevarande uppsats kommer använda sig av den rättsdogmatiska metoden. Rättsdogmatiken beskrivs ofta som en rekonstruktion av en rättsregel samt en metod för att hitta en lösning på ett rättsligt problem genom att tillämpa en rättsregel på problemet. Detta görs genom att studera de allmänt accepterade rättskällorna, nämligen lagstiftning, förarbeten, praxis samt doktrin.⁸ Det finns dock de som riktar viss kritik mot den rättsdogmatiska metoden mot bakgrund av att den är bunden av de traditionella rättskällorna. Sandgren menar att metoden därför begränsas av att man inte kan använda andra källor än de traditionella rättskällorna och att man därför bara kan svara på frågor om

⁸ Kleineman, s. 21.

hur rätten ser ut, det vill säga de lege lata. Han menar också att man, med hjälp av den rättsdogmatiska metoden, inte kan uttala sig om de effekter som kommer av den gällande rätten med precision.⁹ Det finns dock flertalet forskare, bland annat, Kleineman och Jareborg, som förespråkar en friare tolkning av den rättsdogmatiska metoden. Kleineman menar att man, trots att rättsdogmatiken fokuserar på de allmänt accepterade rättskällorna, kan studera hur rättsreglerna tillämpas hos underrätter och myndigheter då man genom detta sätt kan få en bild av hur verkligheten ser ut. Det är emellertid viktigt att ha med sig att dessa källor nödvändigtvis inte behöver stämma då de inte ingår i de traditionella rättskällorna.¹⁰ Jareborg menar att de traditionella rättskällorna inte begränsar den rättsdogmatiska metoden från att kunna gå utanför gällande rätt och tillämpa ett bredare perspektiv på rätten. Den rättsdogmatiska metoden, precis som all annan vetenskap, har syftet att finna svar, samt nya och bättre lösningar. Med hjälp av den rättsdogmatiska metoden kan man alltså söka efter mer ideala lösningar på juridiska problem.¹¹ Den rättsdogmatiska metoden kan därför i tillämpningen delas upp i två delar; de lege lata och de lege ferenda. De lege lata innebär att man studerar hur rätten ser ut enligt de traditionella rättskällorna och beskriver hur rättsläget är. De lege ferenda innebär att man försöker finna svar på hur rätten borde se ut och hitta lösningar på de problem som finns.¹² För att uppnå detta kan även andra källor än de traditionella rättskällorna användas.¹³ Allt detta kan sägas vara en del av den rättsdogmatiska metoden om man tillämpar den friare tolkningen av metoden.

I förevarande uppsats tillämpas den friare tolkningen av den rättsdogmatiska metoden. Med hjälp av denna kan uppsatsen utreda och finna svar på hur lagstiftningen ska tolkas, men också kritisera den där uppsatsen finner brister. Uppsatsen bygger till stor del på de traditionella rättskällorna, främst lagstiftning, förarbeten och doktrin. Även JO-beslut kommer att användas trots att dessa inte tillhör den klassiska rättskälleläran. Dessa kan ändå anses ha viss vikt eftersom Justitieombudsmannen (JO) rättsligt granskar hur tvångsvården genomförs.

Eftersom det finns viss brist på doktrin på vissa områden som denna uppsats berör kommer vissa avsnitt bygga till en större del på förarbeten och därav sakna någon större variation på källmaterial. Detta är emellertid ofrånkomligt då vissa frågor enbart berörs i förarbeten och inte diskuterats närmare inom doktrinen. Förarbeten är en del av den klassiska rättskälleläran och är därför inte problematiskt ur den synpunkten.

⁹ Sandgren, s. 52 f.

¹⁰ Kleineman, s. 24.

¹¹ Jareborg, s. 4.

¹² Kleineman, s. 36.

¹³ Ibid., s. 24.

Avsnittet om bältesläggning bygger till största delen på förarbeten. Det finns inte så mycket doktrin på detta område, i vart fall inte som behandlar ämnet utöver det som behandlas i förarbeten. Avsnittet om behandling utan samtycke innehåller däremot en större variation på källor. Här består materialet av en blandning av förarbeten, JO-beslut, lagkommentarer och övrig doktrin. Detta beror på att detta ämne är betydligt mer omskrivet.

Både avsnittet om nödrätten och rättssäkerhet bygger till stor del på källor från 1990-talet och början på 2000-talet. Detta är generellt sett gammalt ur en juridisk synpunkt då juridiken ständigt utvecklas. I dessa delar har det emellertid inte kommit någon ny forskning som kan anses relevant eller som anses ha samma vikt som dessa. Eftersom inte så mycket har förändrats på dessa områden är det inte problematiskt att de är äldre.

1.5 Forskningsläge

Relationen mellan bältesläggning och behandling utan samtycke inom den psykiatriska tvångsvården har inte studerats i relation till varandra tidigare. Det har konstaterats ett flertal gånger, av bland annat lagstiftaren och JO, att denna fråga behöver utredas, men någon sådan utredning har ännu inte skett.¹⁴ Det råder därför brist på tidigare forskning kring denna frågeställning. Tvångsvården är emellertid mycket omskriven och därmed finns där en rad namn som bör framhållas. Elisabeth Rynning har själv lyft att denna fråga bör utredas i egenskap av Chefsjustitieombudsman.¹⁵ Hon har även själv i sin avhandling *Samtycke till medicinsk vård och behandling* berört frågan om behandling utan samtycke inom den psykiatriska vården. Andra forskare som på olika sätt berört den psykiatriska tvångsvården och dess tvångsåtgärder är Lotta Vahlne Westerhäll och Moa Kindström Dahlin. Vahlne Westerhäll har skrivit om psykiatrisk tvångsvård vid vård av barn med anorexia nervosa. Här är det emellertid mycket fokus på vad som är barnets bästa inom den psykiatriska tvångsvården. Kindström Dahlin har främst skrivit om de olika tvångsåtgärderna som kan bli aktuella inom den psykiatriska tvångsvården. Gällande nödrätten i förhållande till den psykiatriska tvångsvården är det främst Jan Sahlin och Josef Zila som skrivit artiklar på området.

Rättssäkerheten är ett omskrivet område med många olika forskare som har sina åsikter om hur man ska se på definitionen av rättssäkerhetsbegreppet. De största namnen på området är Aleksander Peczenik, Håkan Gustafsson och Josef Zila. Dessa har emellertid enbart berört rättssäkerheten ur ett mer allmänt perspektiv, som självklart ändå kan appliceras på den psykiatriska tvångsvården. Gällande den psykiatriska tvångsvården i förhållande till

¹⁴ Se exv. JO-beslut 2021-09-21, dnr 2782-2018; SOU 2022:40 s. 167; JO-protokoll 2018-03-28, dnr 3816-2017; SOU 2012:17 s. 397 f.

¹⁵ Se JO-beslut 2021-09-21, dnr 2782-2018.

rättssäkerhet kan Ewa Gustafsson nämnas, eftersom hon har skrivit en avhandling om den psykiatriska tvångsvården utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv.

I övrigt berörs främst de relevanta frågeställningarna i JO-beslut och förarbeten, dock i begränsad omfattning. När dessa frågeställningar lyfts i dessa källor har någon vidare utredning av frågorna emellertid inte gjorts. Det enda som har uttalats är att det finns ett behov av utredning på området. Detta avser denna uppsats att täcka upp för.

1.6 Terminologi

Med anledning av att uppsatsen ämne finns det ett par begrepp som fördelaktigt kan förklaras för läsaren. De begrepp som kommer förklaras i uppsatsen är bältesläggning, rättssäkerhet, anorexia nervosa och sonndmatning. I detta avsnitt kommer emellertid inte bältesläggning förklaras. Begreppet kommer istället behandlas i sitt sammanhang i kapitel 3.

Uppsatsen bygger på ett rättssäkerhetsperspektiv. Det innebär att de frågeställningar som ställs upp utgår från principen om rättssäkerhet och vad rättssäkerhetsbegreppet innebär. Det finns ingen entydig tolkning av rättssäkerhetsbegreppet.¹⁶ Aleksander Peczenik har emellertid delat upp rättssäkerhetsbegreppet i två delar; formell och materiell rättssäkerhet.¹⁷ Även om fler forskares tolkningar av rättssäkerheten tas upp i uppsatsen kommer Peczeniks uppdelning utgöra uppsatsens utgångspunkt.¹⁸ Perspektivet kommer gås igenom närmare i kapitel 6 i samband med att en diskussion utifrån uppsatsens frågeställningar förs utifrån rättssäkerhetsperspektivet.

Eftersom uppsatsen syftar till att särskilt studera den psykiatriska tvångsvården av patienter med anorexia nervosa behöver en kort förklaring av sjukdomen ges för läsarens förståelse. Anorexia nervosa är en ätstörning som ofta drabbar ungdomar och unga vuxna. Sjukdomen brukar inledas med att patienten vill leva ett hälsosamt liv och därför utesluter all mat som anses onyttig. Efter en tids bantning och försök att äta mindre och utesluta onyttigheter tar sjukdomen upp den mesta av patientens tid och energi genom tankar på mat, vikt och kroppsutseende. Patienten går ofta ner i vikt och varje måltid blir fylld av ångest och skräck för att gå upp i vikt. Plötsligt förknippas självkänslan med hur bra patienten lyckas kontrollera sitt ätande och sin vikt. Detta leder ofta till större självupptagenhet, tvångsmässiga rutiner och social isolering. Till följd av sjukdomen lider patienten också ofta av flera psykiska och somatiska symtom som exempelvis sömnsvårigheter, ångest,

¹⁶ Gustafsson, Ewa, s. 93.

¹⁷ Peczenik, se exv. s. 51 och 90.

¹⁸ Se vidare om begreppet i avsnitt 6.

koncentrationssvårigheter, depression, trötthet, frusenhet, torr och sprucken hud. För flickor brukar även menstruationen utebli. Sjukdomen brukar också ta över patientens liv vilket påverkar patientens sociala förhållanden samt förmågan att studera eller arbeta. Många patienter lever i förnekelse om att de är sjuka vilket försvårar behandlingen av sjukdomen.¹⁹

Ett annat begrepp som kommer användas i förevarande uppsats är sondmatning. Sondmatning innebär att hälso- och sjukvårdspersonal tillför näring via antingen matstrupen eller någon annan förbindelse med mag- och tarmsystemet. Detta kan ske genom matning genom munnen, matning med sugrör eller genom att föra in en slang genom näsan eller in i magen.²⁰ Sondmatning är en behandlingsåtgärd som vidtas först när det är nödvändigt till följd av att patienten har stora svårigheter att äta eller inta näringsdryck. I detta läge befinner sig alltså patienten i ett stadium av grav undernärdhet på grund av anorexia nervosa.²¹ Att ge sondmatning är vidare något som enbart görs inom den slutna psykiatriska tvångsvården och när patienten matvägrar. Patienter som är inlagda inom den slutna psykiatriska tvångsvården på grund av anorexia nervosa är nämligen ofta gravt undernärda och det föreligger ofta en risk för medicinsk fara.²²

1.7 Disposition

Uppsatsen är uppdelat i sju avsnitt, varav det första utgör förevarande inledningskapitel. Det andra kapitlet avser att ge en bakgrund till LPT och att sätta ämnet i sitt sammanhang. Här beskrivs relevanta bestämmelser och principer som är tillämpliga på LPT och avsnittet beskriver också den särställning som LPT besitter.

Avsnitt tre avhandlar bältesläggning enligt 19 och 19 a §§ LPT. Här behandlas skillnaderna mellan bältesläggning av vuxna respektive barn samt rekvisitet ”omedelbar fara” som är centralt för uppsatsen. Avsnittet kommer, med hjälp av den diskussion som också förs, leda fram till ett svar på vad ”omedelbar fara” innebär.

Avsnitt fyra behandlar förutsättningarna för att ge behandling utan samtycke inom den psykiatriska vården enligt 17 § LPT. Kapitlet går också igenom vilken behandling som kan ges inom ramen för den psykiatriska tvångsvården och hur behandlingen kan ges. Exemplet sondmatning går också igenom i relation till 17 § LPT. I detta avsnitt kommer även bältesläggning att

¹⁹ Wallin, m.fl., s. 29 ff.

²⁰ Karolinska Institutet, Svensk MeSH, <<https://mesh.kib.ki.se/term/D004750>> (besökt: 2023-02-16).

²¹ Wallin, m.fl., s. 63.

²² Ibid., s. 65 f.

diskuteras för att komma fram till ett svar på om hälso- och sjukvårdspersonal kan använda bältesläggning för att sondmata en patient utan samtycke.

Avsnitt fem behandlar nödrätten. Kapitlet inleds med en översiktlig genomgång av de generella förutsättningar som gäller för nödrätten och sedan går även denna igenom i relation till den vanliga hälso- och sjukvården samt den psykiatriska tvångsvården. På detta sätt kan man se de faktorer som särskiljer nödrätten inom den psykiatriska tvångsvården från den vanliga hälso- och sjukvården. Därmed förs det även en diskussion om nödrätten kan påverka uppsatsens slutsats i föregående avsnitt och i så fall hur.

Avsnitt sex behandlar rättssäkerhetsbegreppet. Här berörs först de generella tolkningar som finns av begreppet och sedan går även rättssäkerhetsbegreppet inom den psykiatriska tvångsvården igenom. I detta avsnitt kommer också rättssäkerhetsbegreppet ställas i relation till tidigare delar för att diskutera det rättssäkerhetsskydd som finns, eller saknas, på uppsatsens område. Det är alltså först här som rättssäkerhetsperspektivet kommer behandlas i relation till uppsatsens syfte och frågeställningar.

Avsnitt sju utgörs av slutsatser och avslutande reflektioner. Här presenteras alla de slutsatser som uppsatsen nått fram till under tidigare avsnitt. Det återfinns även andra reflektioner kring uppsatsens ämne.

2 Utgångspunkter för den psykiatriska tvångsvården

2.1 Inledning

Förevarande kapitel syftar till att ge en bakgrund till de rättsliga utgångspunkter som gäller inom den psykiatriska tvångsvården som man behöver ha med sig för att kunna diskutera frågeställningarna. Här presenterats generella bestämmelser och principer inom hälso- och sjukvården, vilka även gäller inom den psykiatriska tvångsvården. Kapitlet redogör även för den särställning LPT har genom de inskränkningar som den innebär av de grundläggande fri- och rättigheterna. Avsnittet avser att förse läsaren med en grundläggande förståelse för de viktiga principer som kan påverka diskussionen i de senare avsnitten.

2.2 Psykiatrisk tvångsvård – en speciallagstiftning

Den psykiatriska tvångsvården syftar till att ge vård och motivera patienten till att frivilligt medverka till det fortsatta stöd och behandling som behövs. I den svenska rätten menar vi att vi har en solidaritetstanke, en tanke om att vi ska ta hand om varandra. På denna grund anses det motiverat att kunna använda tvång för att hjälpa en person. Det finns emellertid gränser för *vad* hälso- och sjukvårdspersonal får göra och *när* för att rättssäkerheten ska kunna upprätthållas.²³

Den psykiatriska tvångsvården utgör ett komplement till den vanliga hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Tvångsvårdslagstiftningen ska alltså gälla tillsammans med den vanliga hälso- och sjukvårdslagstiftningen och inte istället för.²⁴ De regler som finns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) och patientlagen (2014:821) (PL) gäller alltså även i denna typ av vård.²⁵ En central utgångspunkt är att all vård ska ges med målet om en god hälsa och lika villkor för hela befolkningen. Vården ska också ges med respekt för alla människors lika värde och med respekt för den enskilde människans värdighet.²⁶ Det finns också krav på att hälso- och sjukvården ska tillhandahålla god vård vilket bland annat innebär att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och främja kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.²⁷ Vården ska dessutom i största möjliga utsträckning utformas och genomföras i samråd med patienten och med samtycke, om inget

²³ Gustafsson, Ewa, s. 21.

²⁴ Prop. 1990/91:58 s. 63.

²⁵ Kindström Dahlin (2022), s. 185.

²⁶ Se 3 kap. 1 § HSL; se 1 kap. 6 § PL.

²⁷ Se 5 kap. 1 § HSL; se 4 kap. 1 § PL.

annat stadgas i lag.²⁸ Slutligen ska all vård ges med stöd av vetenskap och beprövad erfarenhet.²⁹ Även i situationer där hälso- och sjukvårdspersonal inte kan utreda patientens vilja på grund av medvetlöshet eller annan anledning, kan den vård som krävs för att avvärja en akut fara som hotar patientens liv eller hälsa ges.³⁰ Detta är alltså ett undantag från huvudregeln om att all vård ska ges med samtycke från patienten. Detta undantag kan tillämpas även inom den psykiatriska tvångsvården eftersom det är en del av den vanliga hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det kan dock sägas att den inte torde påverka situationen där en patient uttryckligen motsätter sig vård, eftersom patientens vilja då är klarlagd. I situationen där patienten inte uttrycker något samtycke men inte heller motsätter sig behandling skulle denna bestämmelse dock kunna bli relevant. Men då istället för att tillämpa 17 § LPT för att ge en viss behandling.

Även i regeringsformen (RF) stadgas regler som också är tillämpliga inom den psykiatriska tvångsvården. Här konstateras att den offentliga makten ska utövas under lagarna och med respekt för människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet.³¹ Varje medborgare är också skyddad mot påtvingade kroppsliga ingrepp och betydande ingrepp i den personliga integriteten, samt skyddad mot frihetsberövanden.³² Dessa skydd kan inskränkas med stöd i lag om det är nödvändigt för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle och om det är proportionerligt med hänsyn till sitt syfte.³³ Den psykiatriska tvångsvården är en sådan inskränkning av såväl skyddet från påtvingade kroppsliga ingrepp som skyddet mot frihetsberövanden. Den psykiatriska tvångsvården aktualiserar därför en avvägning mellan respekten för den enskildes självbestämmande och integritet och skyddet för den enskildes liv och hälsa.³⁴ Vården kan därför motiveras av att man skulle bryta mot de grundläggande tankarna om humanitet och medmänsklighet om man inte skulle kunna hjälpa den person som befinner sig i en sådan mycket utsatt situation och inte kan se sitt eget bästa på grund av sitt psykiska tillstånd.³⁵

Det måste emellertid ställas upp höga krav på när hälso- och sjukvårdspersonal kan vidta sådana tvångsåtgärder. Tvångsåtgärderna måste också alltid vara motiverade av tillräckligt starka skäl.³⁶ Detta framgår också uttryckligen av LPT. Tvångsåtgärder som vidtas enligt denna lag måste vara proportionerliga i förhållande till syftet med åtgärden och om det finns en mindre ingripande åtgärd som är tillräcklig ska den användas framför tvångsåtgärden.

²⁸ Se 4 kap. 2 § PL; se 5 kap. 1 § PL; se 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL).

²⁹ Se 1 kap. 7 § PL.

³⁰ Se 4 kap. 4 § PL.

³¹ Se 1 kap. 1 § RF; se 1 kap. 2 § 1 st. RF.

³² Se 2 kap. 6 § RF; se 2 kap. 8 § RF.

³³ Se 2 kap. 20-21 §§ RF.

³⁴ Kindström Dahlin (2022), s. 186.

³⁵ Prop. 1990/91:58 s. 65.

³⁶ Ibid., s. 65.

Patientens rätt till självbestämmande och integritet framgår även av lagstiftningen genom att allt tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med hänsyn till patienten.³⁷ Tvångsåtgärder ska också vara det sista alternativet och enbart användas när hälso- och sjukvårdspersonalen inte kan förmå patienten att själv medverka till vård. Här framgår även att användningen av tvångsåtgärder ska ske med restriktivitet och enbart i undantagsfall.³⁸ Man ska också ha med sig det övergripande syftet med tvångsvården, vilket är att få patienten att frivilligt medverka till nödvändig vård och behandling.³⁹ Tvång måste därför vara ett undantag av ren tillfällig art eftersom ett aktivt deltagande från patientens sida bidrar till tillfrisknande. Själva tvånget ska därför enbart användas i akuta krissituationer.⁴⁰ Detta är viktiga delar att ha med sig i uppsatsens senare avsnitt som behandlar behandling utan samtycke.

2.3 Avslutande kommentar

Alla dessa principer och regler är viktiga att ha med sig när man diskuterar den psykiatriska tvångsvården och dess tvångsåtgärder. Tvångsvården i sig och alla tvångsåtgärder är en inskränkning av de grundläggande rättigheterna i 2 kap. RF vilket ställer höga krav på utformningen och tillämpningen av lagstiftningen med tanke på de rättssäkerhetskrav som finns. Dessa delar kommer därför bli relevanta i ett senare skede i uppsatsen när uppsatsens frågeställningar diskuteras och besvaras.

³⁷ Se 2 a § LPT.

³⁸ Se 2 b § LPT.

³⁹ Se 2 § LPT.

⁴⁰ Prop. 1990/91:58 s. 70.

3 Bältesläggning

3.1 Inledning

Förevarande kapitel syftar till att utreda under vilka förutsättningar hälso- och sjukvårdspersonal kan bälteslägga en patient inom den psykiatriska tvångsvården. De regler som reglerar bältesläggning kommer gås igenom separat för vuxna och barn då dessa skiljer sig något. Rekvisitet ”omedelbar fara” kommer sedan vara i särskilt fokus. Det beror på att detta är det centrala rekvisitet som avgör om bältesläggning kan bli aktuellt. Rekvisitet ”omedelbar fara” är alltså det som kommer vara avgörande för om hälso- och sjukvårdspersonal kan använda bältesläggning i syfte att sondmata en patient utan samtycke enligt 17 § LPT. Under denna del kommer ingen åtskillnad göras mellan vuxna och barn. Eftersom uppsatsen fokuserar på de fall där hälso- och sjukvårdspersonal bälteslägger en patient med anorexia nervosa för att möjliggöra sondmatning utan samtycke är det alltså risken för att patienten skadar sig själv som blir aktuell. I denna del skiljer sig alltså inte rekvisitet ”omedelbar fara” sig mellan vuxna respektive barn.

3.2 Bältesläggning av vuxna

Bältesläggning av vuxna regleras i 19 § LPT. För att kunna bälteslägga en patient krävs det att ”[...] det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan [...]”. Bältesläggning får vidare enbart ske kortvarigt och måste ske under uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonalen och genomförs genom att patienten spänns fast i bälte eller någon liknande anordning.⁴¹ Vanligtvis sker fastspänningen med bälte i en säng, antingen i patientens egen säng eller i en säng i annat rum. Det förekommer även andra former av fastspänningar och dessa behöver inte vara låsbara. Det kan exempelvis röra sig om bord som spänns fast på en stol så att patienten inte kan resa sig.⁴² Det är dock oklart vad som avses med ”liknande anordningar”. Eftersom bältesläggning är en integritetskränkande åtgärd som kan innebära ett stort trauma för patienten bör därför lagstiftningen vara tydlig för att utesluta all oklarhet.⁴³ Detta relaterar till de högt ställda kraven på rättssäkerhet inom den psykiatriska tvångsvården, vilket kommer behandlas mer i ett senare avsnitt.

Bältesläggning får enbart användas efter beslut från chefsöverläkaren, men denne kan delegera beslutsfattandet till en annan läkare för att effektivisera beslutsfattandet i brådskande situationer. Annan hälso- och sjukvårdspersonal

⁴¹ Se 19 § 1 st. LPT.

⁴² Prop. 1990/91:58 s. 141 f.

⁴³ Prop. 2019/20:84 s. 27.

får dock verkställa bältesläggningen efter att beslut fattats.⁴⁴ Fastspänningen bör enbart användas i situationer där det föreligger risk för omedelbar skada och fastspänningen syftar till att förhindra att patienten skadar sig själv eller någon annan.⁴⁵ Det är alltså plötsliga farosituationer där det finns risk för en allvarlig fysisk skada som avses.⁴⁶ Lagstiftaren betonar att fastspänning bör undvikas så långt det är möjligt eftersom bältesläggning är en påfrestande tvångsåtgärd för patienten. Med det sagt kan bältesläggning ändå motiveras av att patienten riskerar att få allvarligare skador om bältesläggning inte används än om patienten spänns fast. Generellt används därför bältesläggning när patienten är aggressiv eller självdestruktiv.⁴⁷ Att bälteslägga en patient i syfte att bestraffa är inte tillåtet.⁴⁸ Bältesläggningen måste också vara proportionerlig till den fara som åtgärden syftar till att undanröja. Det innebär att så länge det finns någon mindre ingripande åtgärd som kan uppnå samma resultat, eller ett tillräckligt bra resultat ska den åtgärden användas istället.⁴⁹ Bältesläggning får därför aldrig bli en enkel utväg från en svår situation. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen verkligen gör en ordentlig avvägning mellan den risk patienten riskerar lida av bältesläggningen och de men som kan uppstå om bältesläggningen inte genomförs. Det är enbart om patienten skulle gynnas mer av att bältesläggas än att inte göra det som bältesläggning kan vara tillåten.

Att bältesläggningen ska vara kortvarig innebär att målet ska vara att gå över till en mindre ingripande åtgärd så snart som möjligt. Som ett riktmärke kan anges någon eller högst några timmar.⁵⁰ Enligt Socialstyrelsen kan ”några timmar” anges till 4 timmar.⁵¹ Andra faktorer än den omedelbara faran för patienten eller annan får inte medföra att patienten är bälteslagd längre än nödvändigt. Personalbrist är alltså inte en ursäkt för att hålla en patient bälteslagd under en längre stund.⁵² Det finns emellertid undantag från dessa tider. Om det finns synnerliga skäl får patienten spännas fast längre än några timmar.⁵³ Det kan exempelvis röra sig om svårt sjuka patienter, som under en längre tid, överhängande riskerar att allvarligt skada sig själv eller någon annan.⁵⁴ Ett beslut om att spänna fast en patient under längre tid än några timmar

⁴⁴ Grönwall, Holgersson och Idarsson, *Psykiatrin, tvånget och lagen – en lagkommentar i historisk belysning*, kommentaren till 19 § LPT.

⁴⁵ Prop. 1990/91:58 s. 141 f.

⁴⁶ Gylling Lindkvist, *Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård*, 19 §, Karnov (JUNO), besökt: 2023-02-05.

⁴⁷ Prop. 1990/91:58 s. 141 f.

⁴⁸ Grönwall, Holgersson och Idarsson, *Psykiatrin, tvånget och lagen – en lagkommentar i historisk belysning*, kommentaren till 19 § LPT.

⁴⁹ Se 2 a § LPT.

⁵⁰ Grönwall, Holgersson och Idarsson, *Psykiatrin, tvånget och lagen – en lagkommentar i historisk belysning*, kommentaren till 19 § LPT.

⁵¹ Se 3 kap. 2 § och 9 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (HSLF-FS 2022:62).

⁵² Grönwall, Holgersson och Idarsson, *Psykiatrin, tvånget och lagen – en lagkommentar i historisk belysning*, kommentaren till 19 § LPT.

⁵³ Se 19 § 2 st. LPT.

⁵⁴ Prop. 1990/91:58 s.142.

måste Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utan dröjsmål informeras om.⁵⁵ Sådana beslut är det chefsöverläkaren som kan fatta, men denne kan delegera beslutsfattandet till en erfaren specialistkompetent läkare.⁵⁶ Hälso- och sjukvårdspersonal måste dessutom vara närvarande under hela bältesläggningen.⁵⁷ Av detta kan slutsatsen dras att bältesläggning är ingående reglerat för att tydliggöra när bältesläggning kan användas och för att uppfylla de krav som ställs upp på lagstiftning som inskränker de grundläggande rättigheterna. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska alltså inte kunna bälteslägga en patient utan att alla dessa krav är uppfyllda.

Ett beslut om bältesläggning är sällan ett medicinskt beslut. Ofta kan bältesläggningen istället syfta till att skapa förutsättningar för att möjliggöra att ge god vård. Detta kan exempelvis handla om att skapa förutsättningar för att skapa en trygg miljö där man upprätthåller säkerheten för både patienter och hälso- och sjukvårdspersonal. Därmed kan bältesläggning inom den psykiatriska tvångsvården ibland utgöra en förutsättning för att patienten ska kunna tillgodoses en god vård, även om beslutet om bältesläggning i sig inte är ett medicinskt beslut.⁵⁸ Om bältesläggning skulle kunna utgöra ett medicinskt beslut skulle detta få stor betydelse för slutsatserna i denna uppsats. Denna fråga kommer därför behandlas närmare i ett senare avsnitt.

3.3 Bältesläggning av barn

Sedan den 1 juli 2020 finns det en särreglering för barn när det gäller bältesläggning. Kraven för att bälteslägga ett barn har därmed höjts.⁵⁹ Lagstiftaren menar att det är av särskild vikt att barn särregleras när det gäller bältesläggning. Därför betonas det att denna tvångsåtgärd enbart får användas i undantagsfall. Här måste principen om barnets bästa i 1 kap. 8 § PL beaktas särskilt. Till följd av barns rättigheter ställs det också högre krav på att barnet ska få information samt få möjlighet att lämna och få tillmätt sin inställning till vården eller behandlingen i förhållande till barnets ålder och mognad i enlighet med 3 kap. 6 § och 4 kap. 3 § PL.⁶⁰

Det är enbart när ”[...] det finns en omedelbar fara för att en patient som är under 18 år lider allvarlig skada och det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga [...]” som en underårig patient får bältesläggas. Här uttrycks att det bara är med bälte som barnet får spännas fast.⁶¹ Uttrycket ”liknande

⁵⁵ Se 19 § 3 st. LPT.

⁵⁶ Grönwall, Holgersson och Idarsson, *Psykiatrin, tvånget och lagen – en lagkommentar i historisk belysning*, kommentaren till 19 § LPT; se 39 § 5 p. LPT.

⁵⁷ Grönwall, Holgersson och Idarsson, *Psykiatrin, tvånget och lagen – en lagkommentar i historisk belysning*, kommentaren till 19 § LPT.

⁵⁸ SOU 2022:40 s. 163 f.

⁵⁹ Se lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (SFS 2020:354).

⁶⁰ Prop. 2019/20:84 s. 26.

⁶¹ Se 19 a § 1 st. LPT.

anordningar” valde lagstiftaren att inte ta med i bestämmelsen för barn. Detta eftersom det var otydligt vad som kunde avses, vilket var problematiskt när det gäller så pass integritetskränkande åtgärder, särskilt när det rör barn.⁶² Vad som också skiljer sig från bestämmelsen för vuxna (19 § LPT) är att ett barn inte får bältesläggas på grund av en risk att barnet skadar någon annan än sig själv. Det finns dessutom ett krav på att det ska vara uppenbart att ingen åtgärd annan än bältesläggning är tillräcklig. Den beslutande läkaren måste därför i det individuella fallet ha utslutit att ingen mindre integritetskränkande åtgärd skulle vara tillräcklig för att avvärja den omedelbara faran för patienten.⁶³

Det är chefsöverläkaren som kan fatta beslut om fastspänning.⁶⁴ Denna uppgift kan också delegeras till en erfaren läkare med specialistkompetens.⁶⁵ Bältesläggning av barn får pågå i högst en timme, men kan förlängas med en timme i taget.⁶⁶ Hur många gånger läkaren får förlänga denna tid, finns det ingen begränsning för, vilket innebär att chefsöverläkaren kan förlänga denna mer eller mindre hur många gånger som helst förutsatt att kraven för bältesläggning enligt 19 a § 1 st. LPT fortfarande är uppfyllda.⁶⁷ Om tiden förlängs till över en timme måste IVO underrättas utan dröjsmål.⁶⁸ Det är positivt att det finns en tidsbegränsning i bestämmelsen eftersom detta tydliggör vad som gäller. Det kan emellertid vara problematiskt att det inte finns någon bortre gräns för hur många gånger läkaren får förlänga tiden, samtidigt som det kan vara bra med möjlighet för individuella bedömningar. På grund av hur lagstiftningen ser ut behöver det därför inte bli någon större skillnad i praktiken för hur länge vuxna och barn bältesläggs vilket skulle kunna motverka de högre krav som lagstiftaren syftade på att ställa när det gäller barn. Förhoppningsvis är detta ändå något som har fått önskad effekt i praktiken så att barn bältesläggs i mindre utsträckning och under kortare perioder.

3.4 Rekvisitet ”omedelbar fara”

För både vuxna och barn får bältesläggning enbart användas om det finns en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv. För vuxna gäller det även om det finns en omedelbar fara för att patienten skadar någon

⁶² Prop. 2019/20:84 s. 27.

⁶³ Grönwall, Holgersson och Idarsson, *Psykiatrin, tvånget och lagen – en lagkommentar i historisk belysning*, kommentaren till 19 a § LPT.

⁶⁴ Se 19 a § 2 st. LPT.

⁶⁵ Se 39 § 5 p. LPT.

⁶⁶ Se 19 a § LPT.

⁶⁷ Grönwall, Holgersson och Idarsson, *Psykiatrin, tvånget och lagen – en lagkommentar i historisk belysning*, kommentaren till 19 a § LPT.

⁶⁸ Se 19 a § 3 st. LPT.

annan.⁶⁹ Rekvisitet är relativt vagt, varpå lagstiftaren menar att tolkningen av begreppet får utvecklas mer i praxis.⁷⁰

När LPT trädde i kraft menade lagstiftaren att bältesläggning endast skulle ske i omedelbara farosituationer.⁷¹ Det ska alltså handla om att avvärja en plötslig fara och bältesläggning får inte användas i förebyggande syfte.⁷² Den plötsligt uppkomna faran måste dessutom utgöra en risk för allvarlig fysisk skada.⁷³ Det kan då antingen utgöra en risk för patientens liv eller en risk för betydande men.⁷⁴ Bedömningen av om det föreligger en omedelbar fara måste göras löpande eftersom patienten inte får bältesläggas under längre tid än vad som krävs för att avvärja faran.⁷⁵ Kravet på att det ska föreligga en omedelbar fara innebär också att hälso- och sjukvårdspersonal inte kan använda bältesläggning i bestraffningssyfte.⁷⁶ Det handlar alltså om att ge god vård till patienten.

Att bälteslägga en patient för att möjliggöra en medicinsk behandling utgör inte ett medicinskt beslut, utan är istället en tvångsåtgärd som syftar till att upprätthålla ordning och säkerhet. Detta gäller även om den medicinska behandlingen krävs för att undanröja en omedelbar fara för patienten.⁷⁷ Detta tyder på att en situation där behandling enligt 17 § LPT krävs för att patienten inte ska lida allvarlig fysisk skada inte kan omfattas av rekvisitetet omedelbar fara i 19 och 19 a §§ LPT. Även om bältesläggning ibland kan vara en förutsättning för att patienten ska kunna ges god vård, exempelvis för att patientsäkerheten skulle brista om hälso- och sjukvårdspersonal skulle ge en behandling medan patienten gör fysiskt motstånd och därmed skulle riskera att lida en skada, ska man tolka rekvisitetet ”omedelbar fara” restriktivt. I en sådan situation skulle det inte vara bältesläggningen i sig som skulle undanröja faran utan enbart innebära att hälso- och sjukvårdspersonal vidtar en tvångsåtgärd för att möjliggöra en behandling. En fara på grund av en svår behandlingssituation där patienten gör motstånd bör undanröjas på andra sätt där hälso- och sjukvårdspersonalen försöker få patienten lugn och till att medverka, om än motvilligt. Att vidta bältesläggning i en sådan situation riskerar att förvärpa patientens motvilja till att medverka till vård.

⁶⁹ Se 19 och 19 a §§ LPT.

⁷⁰ SOU 2022:40 s. 148.

⁷¹ Prop. 1990/91:58 s. 142.

⁷² Prop. 2019/20:84 s. 28.

⁷³ SOU 2022:40 s. 166.

⁷⁴ Prop. 2019/20:84 s. 56.

⁷⁵ Prop. 1990/91:58 s. 260; Prop. 2019/20:84 s. 28.

⁷⁶ Prop. 1990/91:58 s. 260.

⁷⁷ SOU 2022:40 s. 46.

3.5 Avslutande kommentar

Det ställs höga krav på när bältesläggning får användas, både mot vuxna och barn. Det viktigaste kravet, som också är i fokus i denna uppsats, är vad som utgör en omedelbar fara. Det är inte helt klart vad en omedelbar fara innebär. Socialstyrelsen har satt upp riktlinjer för hur länge en bältesläggning får pågå. För vuxna gäller fyra timmar och för barn en timme. Detta kan då tolkas som att utgångspunkten är att den omedelbara faran ska kunna undanröjas inom denna tid. Självklart kan det finnas undantag när den omedelbara faran inte undanröjts inom dessa timmar, men det ska vara just undantagsfall. Den närmare innebörden av begreppet har lagstiftaren konstaterat behöver utredas mer i praxis. Problematiken med detta är att denna typ av frågor sällan kommer upp till domstolsprövning då det saknas möjlighet att överklaga sådana beslut som det ser ut i nuläget. Detta innebär att vi just nu saknar några fler riktlinjer om vad begreppet omedelbar fara faktiskt innebär. Det är också problematiskt ur rättssäkerhetssynpunkt att det inte finns någon tydligare definition av begreppet. Detta kommer emellertid att beröras närmare i ett senare avsnitt.

4 Behandling utan samtycke

4.1 Inledning

Förevarande kapitel avser att utreda under vilka förutsättningar hälso- och sjukvårdspersonal kan ge en patient inom den psykiatriska tvångsvården behandling utan samtycke. Exemplet sondmatning kommer gås igenom särskilt för att svara på frågan om sondmatning kan utgöra sådan behandling som kan ges enligt 17 § LPT. Kapitlet kommer sedan avslutas med frågan om hur hälso- och sjukvårdspersonal kan genomföra behandling enligt 17 § LPT och därmed även förhållandet till 19 och 19 a §§ LPT. Här kommer även en diskussion föras kring om bältesläggning kan utgöra en tillåten metod för att möjliggöra behandling, med särskilt fokus på exemplet sondmatning. Svaret på dessa frågor kommer därför presenteras i detta kapitel.

4.2 Behandling inom den psykiatriska tvångsvården

Utgångspunkten i den psykiatriska tvångsvården är att vården ska ges på samma sätt som inom den vanliga hälso- och sjukvården. Att patienten läggs in för tvångsvård medför alltså inte att hälso- och sjukvårdspersonal automatiskt kan behandla patienten utan samtycke. Patienten ska få information om sitt tillstånd och behandlingsalternativ på ett sätt så att patienten utifrån sitt sjukdomstillstånd kan förstå informationen. Vården ska alltså ske i samråd med patienten och patienten ska få möjlighet att samtycka till behandlingen som erbjuds.⁷⁸ Detta kan dock åsidosättas om patientens psykiska tillstånd skulle utgöra hinder för samråd.⁷⁹ Samråd ska också, om det inte är olämpligt, ske med patientens närstående.⁸⁰ Viktigt att ha med sig är att patienten, precis som inom övrig hälso- och sjukvård, har rätt att bestämma om dennes närstående ska vara delaktiga i patientens vård. Om patienten motsätter sig närståendes inblandning i vården ska därför detta respekteras. Även i andra situationer som beror på annat än patientens motvilja kan samråd med patientens närstående vara olämpligt.⁸¹ Ibland kan det röra sig om akuta situationer där det inte finns tid att kontakta närstående.⁸²

För det fall patienten skulle motsätta sig den erbjudna behandlingen är utgångspunkten att läkaren ska erbjuda en annan behandling om sådan finns, även om den skulle vara sämre än den första. Den alternativa behandlingsmetoden måste emellertid, precis som all behandling som erbjuds, stå i

⁷⁸ Prop. 1990/91:58 s. 134 f.

⁷⁹ Grönwall, Holgersson och Idarsson, *Psykiatrin, tvånget och lagen – en lagkommentar i historisk belysning*, kommentaren till 17 § LPT.

⁸⁰ Se 17 § 1 st. LPT.

⁸¹ Prop. 2016/17:94 s. 22.

⁸² Grönwall, Holgersson och Idarsson, *Psykiatrin, tvånget och lagen – en lagkommentar i historisk belysning*, kommentaren till 17 § LPT; Prop. 1990/91:58 s. 257.

överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Genom att använda så lite tvång som möjligt och istället lyssna på patienten kan negativa psykologiska reaktioner hos patienten undvikas.⁸³

När patienten vägrar behandling ska behandlande läkare inleda med att förklara behandlingens nödvändighet för patienten och dess närstående. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska i första hand försöka ta hänsyn till patientens synpunkter. Om patienten fortsättningsvis motsätter sig behandlingen och den är absolut nödvändig, kan chefsöverläkaren besluta att genomföra behandlingen utan samtycke.⁸⁴ En sådan behandling är nödvändig om patienten riskerar en allvarlig fara för sitt liv eller hälsa om behandlingen skulle utebli.⁸⁵ Sådana beslut kan delegeras till en erfaren läkare med specialistkompetens.⁸⁶ Det kan konstateras att utöver att den aktuella behandlingen är nödvändig bör också behandlingen till sin art, omfattning och varaktighet anpassas till syftet med tvångsvården av patienten. Meningen är att all behandling som sker utan samtycke under tvångsvården ska syfta till att uppnå att patienten frivilligt kan medverka till behandling och stöd och därmed att patienten inte längre ska behöva vårdas med tvång.⁸⁷ Avseende kravet på nödvändighet går det att dra paralleller till rekvisitet ”omedelbar fara” i 19 och 19 a §§ LPT, då både bältesläggning och medicinsk behandling utan samtycke får ges först när patienten riskerar lida en allvarlig risk för liv eller hälsa om åtgärden inte vidtas.

Det är viktigt att notera att behandling som får ges enligt 17 § LPT rör sig om behandling vid avsaknad av samtycke.⁸⁸ Av det kan slutsatsen dras att det räcker med att patienten inte samtycker till åtgärden, antingen för att patienten uttryckligen nekar till behandling eller om patienten inte uttrycker något samtycke eller något nekande. I denna situation skulle nämligen också 4 kap. 4 § PL kunna träda in i enstaka fall, i vart fall om det av någon anledning inte kan utrönas om patienten samtycker eller inte. För att ge behandling enligt 17 § LPT krävs alltså inte att patienten gör motstånd. Det räcker med att patienten inte samtycker till behandlingen. Det är därför viktigt att göra skillnad på behandling utan samtycke och behandling med tvång. Det finns nämligen skäl att se allvarigare på situationen där patienten gör fysiskt motstånd eftersom detta kan försvåra genomförandet av behandlingen vilket kan gå ut över patientsäkerheten. Då kan nämligen situationen uppstå att personalen blir tvungna att vidta någon form av tvång, såsom fastspänning eller fasthållning, för att kunna ge behandlingen och samtidigt upprätthålla kravet på en god och patientsäker vård. I dessa situationer skulle man kunna tala om behandling under tvång istället för bara behandling utan samtycke.

⁸³ Prop. 1990/91:58 s. 134 f.

⁸⁴ Gustafsson, Ewa, s. 291; Jfr. 17 § 3 st. LPT.

⁸⁵ SOU 1984:64 s. 250.

⁸⁶ Se 39 § LPT.

⁸⁷ Prop. 1990/91:58 s. 136.

⁸⁸ Se 17 § 3 st. LPT.

4.3 Vilken behandling kan ges?

Det finns många frågor inom den psykiatriska tvångsvården som diskuteras flitigt. En sådan är frågan om tvångsmedicinering kan omfattas av LPT. Det krävs att det finns uttryckligt stöd för att kunna använda tvångsåtgärder. När det gäller tvångsmedicinering finns egentligen ingen lagregel som stadgar att det är tillåtet, men inte heller någon som förbjuder tvångsmedicinering.⁸⁹ Implicit kan det dock anses framgå av 17 § LPT tillsammans med 2 b § LPT.⁹⁰ Detta är ett problem eftersom det inte är tillräckligt tydligt reglerat, framförallt med hänsyn till att hälso- och sjukvårdspersonalen i dessa fall kan motivera tvångsmedicineringen med bestämmelserna om nöd i BrB. Att motivera tvångsmedicinering med stöd av nödrätten är inget som ska ske regelmässigt, utan tvångsmedicineringen måste kunna ske med stöd av LPT för att inte användningen av tvångsåtgärder ska ske på ett sätt som lagstiftaren inte syftat till.⁹¹ Tvångsmedicinering i relation till nödrätten kommer behandlas närmare i ett senare avsnitt.

Behandlingen som kan ges enligt 17 § LPT måste anpassas till syftet med tvångsvården, det vill säga till att uppnå målet att patienten frivilligt ska medverka till nödvändig vård samt till att ta emot det stöd patienten behöver.⁹² Anpassningen ska ske av både art, omfattning och varaktighet av behandlingsåtgärderna. Det måste alltså finnas en proportionalitet mellan behandlingsåtgärden och syftet med tvångsvården.⁹³ Därför måste det finnas starka skäl som motiverar att hälso- och sjukvårdspersonal kan tvinga en patient till behandlingar som denne inte samtyckt till.⁹⁴ Den behandling som kan ges i dessa situationer är också begränsad. Behandlingsåtgärden måste vara förenlig med kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet. Vidare kan inte heller vilken behandling som helst ges. Den behandling som avses i paragrafen är *psykiatriska* behandlingsåtgärder. Detta innebär att somatisk behandling inte omfattas av 17 § LPT.⁹⁵

Frågan om möjligheten att kunna ge somatisk behandling inom den psykiatriska tvångsvården har diskuterats av lagstiftaren. Lagstiftaren konstaterade att alla vårdåtgärder som vidtas i strid med patientens vilja utgör ett allvarligt ingrepp i patientens personliga integritet, även om patienten vårdas inom den psykiatriska tvångsvården. Eftersom samhället anses ha ett särskilt ansvar för denna grupp av patienter måste det emellertid stå klart att somatiska

⁸⁹ Kindström Dahlin (2014), s. 204 f.

⁹⁰ SOU 2022:40 s. 147.

⁹¹ Kindström Dahlin (2014), s. 204 f.

⁹² Se 17 § 2 st. LPT; se 2 § 2 st. LPT.

⁹³ Grönwall, Holgersson och Idarsson, *Psykiatrin, tvånget och lagen – en lagkommentar i historisk belysning*, kommentaren till 17 § LPT.

⁹⁴ Kindström Dahlin (2014), s. 202.

⁹⁵ Prop. 1990/91:58 s. 257.

behandlingsåtgärder för att rädda liv får vidtas trots att patienten motsätter sig behandlingen. Om det är fråga om fara för patientens hälsa måste detta bedömas i varje enskilt fall. I vissa fall kan den psykiska sjukdomen vara orsakad av en somatisk sjukdom, vilket innebär att somatisk behandling kan vara nödvändig. Vid bedömningen måste hänsyn tas till patientens psykiska tillstånd, den somatiska sjukdomens art samt vilken typ av åtgärd det gäller. I vissa fall, om det föreligger en allvarlig och överhängande fara för patientens hälsa, kan även nödrätten träda in.⁹⁶ Alternativt kan också presumerat samtycke möjliggöra att behandling ändå kan ges.⁹⁷ Det skulle då förutsätta att patienten är så pass psykiskt sjuk att man skulle kunna anta att patienten hade samtyckt till åtgärden om patienten varit frisk. Detta bör dock tillämpas med restriktivitet, särskilt då patienter inte bör ses som icke beslutskompetenta enbart på den grund att de vårdas inom den psykiatriska tvångsvården. Presumerat samtycke kan alltså inte bli aktuellt om patienten uttryckligen motsätter sig behandling.

Huvudregeln kan emellertid sägas vara att somatisk behandling inte får ges med stöd av LPT. Sådan vård bör avvaktas tills efter den psykiatriska tvångsvården upphört.⁹⁸ När det gäller psykiatriska behandlingsåtgärder får chefsöverläkaren anses ha en tämligen obegränsad beslutanderätt, förutsatt att behandlingen är i överensstämmelse med kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet.⁹⁹ Detta innebär att sondmatning, med stöd av 17 § LPT, av en patient som lider av anorexia nervosa kan bli problematiskt eftersom detta inte stadgas i lagen och svälttillståndet som sjukdomen orsakar är ett somatiskt tillstånd. Exemplet med sondmatning kommer därför behandlas i följande avsnitt.

4.3.1 Exemplet sondmatning

När det gäller anorexia nervosa är det konstaterat att man, förutom att komma till rätta med det störda beteendet, också måste komma till rätta med näringsbristen. Den ångest och hyperaktivitet som skapas av svälttillståndet upprätthåller också den ätstörning som orsakat svälttillståndet. En förutsättning som många forskare sedan länge är överens om är därför att somatisk behandling och själva ätbeteendet är en förutsättning för att kunna nå framgång med behandlingen av de bokomliggande orsakerna till ätstörningen.¹⁰⁰ Sondmatning utan samtycke kan därför vara en möjlig lösning för att kunna behandla en patient som lider av anorexia nervosa. På så sätt finns det alltså också en stark motivering till att sondmatning ska kunna ges inom ramen för 17 § LPT.

⁹⁶ Prop. 1990/91:58 s. 258.

⁹⁷ Rynning, s. 364.

⁹⁸ SOU 1998:32 s. 391.

⁹⁹ Rynning, s. 364.

¹⁰⁰ SOU 1998:31 s. 400.

Att tillföra näring, oavsett tillvägagångssätt, mot en patients vilja utgör ett kroppsligt ingrepp enligt 2 kap. 6 § RF.¹⁰¹ Sådana kroppsliga ingrepp kan emellertid ändå genomföras om de är reglerade i lag och är godtagbara i ett demokratiskt samhälle, samt proportionerliga till sitt ändamål.¹⁰² Sådant stöd i lag finns i 17 § LPT, men enbart för att ge viss behandling. Somatisk behandling omfattas dock som huvudregel inte.¹⁰³ Även om man möjligtvis kan tolka 17 § LPT som att den kan innefatta sondmatning är detta inte tillräckligt tydligt. Anorexia nervosa är en psykiatrisk sjukdom som orsakar ett somatiskt tillstånd, nämligen ett svälttillstånd. Det innebär att om förarbetena tolkas som de är skrivna får inte sondmatning ges för att behandla anorexia nervosa inom den psykiatriska tvångsvården. Då utgör detta en överträdelse av förbudet mot kroppsliga ingrepp. Såsom lagstiftningen ser ut idag är det alltså inte självklart om sondmatning kan ges med stöd av 17 § LPT. Detta är väldigt problematiskt då detta är en, i många fall nödvändig, behandlingsåtgärd i de svåraste fallen av anorexia nervosa.

Lagstiftaren konstaterade att hälso- och sjukvårdspersonalen måste ställa respekten för ett människoliv mot det kroppsliga ingrepp som sondmatning innebär. Därmed torde hälso- och sjukvårdspersonal, om inte med stöd av LPT, ändå kunna tillföra näring mot patientens vilja med stöd av nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § BrB när det handlar om en fara för patientens liv.¹⁰⁴ Detta måste särskilt gälla eftersom samhället genom intagningen av patienten till tvångsvård har åtagit sig ett särskilt ansvar för patienten.¹⁰⁵ Den behandlande läkaren har dock inte någon strikt skyldighet att tvinga patienten till sondmatning, utan detta är en bedömning som läkaren måste göra i varje enskilt fall utifrån de specifika omständigheterna. Om det inte föreligger någon speciell omständighet som talar för en annan bedömning ska inte läkaren kunna ställas till rättsligt ansvar oavsett vilket beslut läkaren fattat.¹⁰⁶ Det måste emellertid påpekas att nödrätten inte kan tillämpas regelmässigt. Enbart i extrema fall bör nödrätten kunna träda in eftersom det utgör ett kroppsligt ingrepp. En förutsättning för att kunna ge näring mot patientens vilja måste därför vara att faran för patientens liv eller hälsa är överhängande. Det är alltså inte förrän patienten inte ätit under en tid och patientens allmäntillstånd är så försämrat att det föreligger en akut risk för att patienten dör, drabbas av obotliga skador eller håller på att bli medvetslös som detta kan bli aktuellt.¹⁰⁷ Med en sådan hårdragen tolkning skulle sondmatning i princip aldrig kunna ges med stöd av nödrätten.

I en senare utredning från 1998 om bland annat LPT har dock en annan syn framträtt. Här konstaterar man att i det fall då den psykiska sjukdomen har

¹⁰¹ Prop. 1983/84:148 s. 21.

¹⁰² Se 2 kap. 20 och 21 §§ RF.

¹⁰³ Jfr. 17 § LPT; Prop. 1990/91:58 s. 258.

¹⁰⁴ Se vidare i avsnitt 5 om nöd.

¹⁰⁵ Prop. 1983/84:148 s. 22.

¹⁰⁶ Johnsson, *Hälso- och sjukvårdslagen – med kommentar*, kommentaren till 5 kap. 1 § HSL.

¹⁰⁷ Prop. 1983/84:148 s. 22 f.

samband med en somatisk sjukdom, som exempelvis vid ätstörningar, ska nödvändig somatisk behandling ingå i vården som ges enligt LPT.¹⁰⁸ Detta är emellertid inte heller tillräckligt tydligt för att klargöra vad som faktiskt gäller.

JO konstaterar att det saknas tydlig reglering i lag och förarbeten om sondmatning mot patientens vilja inom den psykiatriska tvångsvården. Visst stöd finns för att viss somatisk behandling kan ges när det finns samband mellan den psykiska och somatiska sjukdomen, och därmed i vissa fall kan ses som en behandlingsåtgärd som får vidtas enligt 17 § LPT. Ätstörningar är ett exempel på när detta skulle kunna gälla. JO påpekar vidare att sondmatning utan samtycke alltid måste ses som en tvångsåtgärd och inte enbart som en del i behandlingen. Frågan är dock inte, enligt JO, tillräckligt utredd.¹⁰⁹

Jag menar att sondmatning måste kunna utgöra en sådan behandling som avses i 17 § LPT vid vård av patienter med anorexia nervosa. Om sondmatningen är ett led i att kunna bota det psykiatriska tillståndet som orsakar svälttillståndet måste också denna behandling kunna ges. Nödrätten ska därmed inte behöva träda in för att möjliggöra denna typ av behandling. Det krävs emellertid förtydligande i lagstiftningen för att både patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen ska veta vad som gäller. Eftersom lagstiftningen, som den ser ut idag, i princip säger att ingen somatisk behandling får ges med stöd av 17 § LPT finns det en viss osäkerhet för vad som egentligen gäller. Lagstiftaren bör därför tydliggöra detta för att skapa klarhet i vad syftet med bestämmelsen är och vilka undantag som gäller. Detta krävs också för att uppfylla kraven på rättssäkerhet, särskilt avseende kraven på förutsebarhet och att lika fall ska bedömas lika.¹¹⁰

4.4 Genomförande av behandling under tvång

Av 17 § LPT framgår det inte hur hälso- och sjukvårdspersonal ska gå till väga när chefsöverläkaren fattat ett beslut om att behandling ska ges mot patientens vilja.¹¹¹ Detta är dessutom en fråga som både JO och ett par olika statliga utredningar har konstaterat behöver utredas.¹¹² Särskilt eftersom Socialstyrelsen i en rapport konstaterat att exempelvis bältesläggning kan användas för att möjliggöra livsnödvändig sondmatning om patienten motsätter sig behandling som syftar till att stoppa svälten och för att få patienten att gå upp i vikt.¹¹³

¹⁰⁸ SOU 1998:32 s. 391.

¹⁰⁹ JO-beslut 2021-09-21 dnr 2782-2018 s. 21 f.

¹¹⁰ Se vidare om rättssäkerhet i avsnitt 6.

¹¹¹ Se 17 § LPT.

¹¹² Jfr. bl.a. JO protokoll 2016-12-21 dnr 2222-2016 s. 14; SOU 2012:17 s. 398.

¹¹³ Socialstyrelsen (2015), s. 32.

Utgångspunkten när hälso- och sjukvårdspersonal ska genomföra behandling mot patientens vilja är att få patienten att medverka till behandlingen. Kan hälso- och sjukvårdspersonal inte förmå patienten att medverka och patienten även fysiskt motsätter sig behandlingen kan visst fysiskt tvång krävas för att behandlingen ska kunna ges.¹¹⁴ Tvångsåtgärder för att genomföra behandling i en sådan situation får användas i den utsträckning det är nödvändigt för att få patienten att medverka till vården.¹¹⁵ Tvångsåtgärderna ska vidare genomföras med hänsyn till patienten och så skonsamt som möjligt, samt stå i proportion till syftet med tvångsåtgärden. Kravet på proportionalitet innebär att så länge det finns någon mindre ingripande åtgärd som kan uppnå samma resultat, eller ett tillräckligt bra resultat ska den åtgärden användas istället.¹¹⁶ Bältesläggning ska alltså aldrig vara något hälso- och sjukvårdspersonal använder för att det är ett enkelt sätt att lösa en svår situation på. För att patienten ska kunna bältesläggas måste det därför krävas att patienten riskerar att lida större skada av att inte bältesläggas än av de men som kan uppstå av själva bältesläggningen. Först då kan bältesläggningen vara en tillåten åtgärd.

Vilka tvångsåtgärder som får vidtas för att möjliggöra behandling enligt 17 § LPT framgår inte av lagtexten. Det kan dock tilläggas att tvångsåtgärder ska tillämpas restriktivt och att det alltså krävs uttryckligt lagstöd för att kunna vidta en tvångsåtgärd.¹¹⁷ Bältesläggning är en tvångsåtgärd som det finns lagstöd för i LPT, men det medför inte nödvändigtvis att hälso- och sjukvårdspersonal kan använda bältesläggning i vilken situation som helst.

Resultatet av att det saknas tydliga svar i lagstiftningen är att det är fritt för hälso- och sjukvårdspersonalen att tolka vilka tvångsåtgärder som får användas för att genomföra behandlingsåtgärden. Problemet med detta är att hälso- och sjukvårdspersonalen inte är juridiskt utbildade och tränade i att tolka otydlig lagstiftning utan kommer istället enbart utgå från egna erfarenheter, kunskaper och riktlinjer från andra instanser. Ska man ha en lagstiftning som ska tillämpas av hälso- och sjukvårdspersonal är det av stor vikt att lagstiftningen är tillräckligt tydlig för att den inte ska kunna tillämpas olika i lika fall. Som lagstiftningen ser ut idag menar jag därför att det finns stora brister i tydligheten.

När det gäller frågan om bältesläggning i syfte att genomföra behandling utan samtycke är det tveksamt om detta kan innefattas i rekvisitetet ”omedelbar fara”.¹¹⁸ Bestämmelsen är vag och fastspänning är en väldigt ingripande tvångsåtgärd. Därav har en statlig utredning föreslagit att patienten ska kunna överklaga denna typ av beslut för att kunna skapa klarhet i frågan genom rättspraxis. Det återstår att se vad resultatet av utredningen blir. Det som

¹¹⁴ JO-beslut 2021-09-21, dnr 2782-2018 s. 22.

¹¹⁵ Se 2 b § LPT.

¹¹⁶ Se 2 a § LPT.

¹¹⁷ JO-beslut 2013-12-11, dnr 4471-2011, s. 16 f; Kindström Dahlin (2014), s. 204.

¹¹⁸ Se avsnitt 3.4.

konstateras är dock att beslutet om behandling utan samtycke och beslutet om fastspänning måste ses var för sig.¹¹⁹ Bestämmelsen om fastspänning omfattar nämligen inte uttryckligen medicineringsstillfällen.¹²⁰ För att bältesläggning skulle kunna omfattas hade det ju alltså krävts att svälttillståndet, orsakat av ätstörningen, utgör en sådan omedelbar fara som avses i 19 och 19 a §§ LPT och att bältesläggningen skulle kunna avvärja faran. Eftersom vi då talar om en omedelbar fara som ska kunna avvärjas högst inom några timmar kommer det sällan kunna bli aktuellt med att bälteslägga patienten för att möjliggöra sondmatning. Patienten måste då vara så illa därän att bältesläggningen är enda sättet att rädda patientens liv och hälsa. Detta är dock inte helt problemfritt det heller. Det är självklart att en patients ätstörning kan utgöra en allvarlig fara för patientens liv eller hälsa. Problemet är bara att bältesläggningen i sig inte kommer bota patientens psykiska tillstånd. Bältesläggningen utgör nämligen bara ett led i att kunna undanröja en fara för patienten. Huruvida bältesläggning kan användas på detta sätt framgår inte av lagstiftningen.

Man kan också diskutera frågan om beslut om fastspänning kan utgöra en del i vården. I en utredning har man konstaterat att oavsett om beslutet om fastspänning utgjort ett tillvägagångssätt för att kunna ge patienten nödvändig behandling utan samtycke, måste fastspänningen aldrig kan ses som ett medicinskt beslut utan som en tvångsåtgärd.¹²¹ Vahlne Westerhäll har dock konstaterat att bältesläggning är en självständig åtgärd som inte rutinmässigt ska ses som en del av den medicinska vården, men att den kan vidtas om det är absolut nödvändigt för att patienten inte ska svälta ihjäl, i vart fall när det gäller barn och det motiveras av barnets bästa.¹²² En liknande motivering skulle kunna göras gällande vuxna men med hänvisning till syftet med vården. Detta skulle dock ändå fortsatt kräva att rekvisitet ”omedelbar fara” vid bältesläggning måste vara uppfyllt och detta hade därför inte utvidgat antalet situationer där hälso- och sjukvårdspersonal kan använda bältesläggning i syfte att sondmata patienten.

Huruvida man ser bältesläggningen som ett medicinskt beslut eller en tvångsåtgärd kan få stor betydelse för resultatet i denna uppsats. Om man skulle se bältesläggning som ett medicinskt beslut skulle detta innebära att bältesläggningen skulle kunna ses som en behandlingsåtgärd som omfattas av 17 § LPT. Detta hade inneburit att kraven för bältesläggning som föreskrivs i 19 och 19 a §§ LPT inte hade behövt uppfyllas. I sådana fall skulle slutsatsen på denna uppsats vara enkel; nämligen att bältesläggning hade kunnat användas i syfte att sondmata en patient utan samtycke. Jag menar att det hade varit problematiskt med en sådan tolkning eftersom det varit ett enkelt sätt att kringgå skyddet mot kroppsliga ingrepp. Om man skulle kunna se det som ett

¹¹⁹ SOU 2022:40 s. 167.

¹²⁰ Ibid., s. 148.

¹²¹ Ibid., s. 146.

¹²² Vahlne Westerhäll, s. 138 f.

medicinskt beslut hade inget ordentligt övervägande av nödvändighet och proportionalitet skett, i vart fall inte i samma utsträckning som det måste ske enligt bestämmelserna om bältesläggning. Men, eftersom bältesläggning måste ses som en tvångsåtgärd innebär det att varje bältesläggning måste prövas mot de krav som ställs upp i 19 och 19 a §§ LPT. Detta innebär ett större skydd mot patienten och att hälso- och sjukvården bättre uppfyller det skydd mot kroppsliga ingrepp som varje patient har rätt till.

4.5 Avslutande kommentar

Det finns visst stöd för att man skulle kunna tolka lagstiftningen på så sätt att bältesläggning skulle kunna vara tillåtet i syfte att sondmata en patient utan samtycke. Detta eftersom det finns stöd i LPT för att tvångsåtgärder får användas förutsatt att det är proportionerligt i förhållande till syftet med tvångsåtgärden. Självklart kan det vara proportionerligt om det rör sig om att rädda ett liv eller en patients hälsa. Det går därför att förstå hur hälso- och sjukvården och Socialstyrelsen har tänkt när de motiverar att bältesläggning krävs för att få i patienten näring. Detta kan i vissa fall också bli det mest patient-säkra sättet att lyckas med sondmatningen om patienten gör motstånd. Men problemet återstår eftersom detta inte innebär att lagstiftningen tillåter att bältesläggning får användas i syfte att möjliggöra en annan tvångsåtgärd. Det finns många risker med en sådan otydlig lagstiftning som kan få stora konsekvenser för patienterna. Det rör sig om integritetskränkande åtgärder och då måste lagstiftningen också vara extra tydlig med vad som får göras och inte för att undvika att otillåtna tvångsåtgärder vidtas.

Den slutsats jag drar är att lagstiftningen är allt för oklar för att man ska kunna tolka den som att bältesläggning får användas i syfte att sondmata en patient utan samtycke. Rättsosäkerheten är stor och det är problematiskt inte bara för patienten, utan även för hälso- och sjukvården när ingen riktigt vet vad som får göras. Risken för regionala skillnader och skillnader i kvalitet på vården är stor. Framförallt när det gäller så pass integritetskränkande åtgärder är kravet på rättssäkerheten stort, men otydligheten motverkar en rättssäker psykiatrisk tvångsvård. Detta kommer beröras närmare i förhållande till rättssäkerhet i ett senare avsnitt.

5 Nödrätten

5.1 Inledning

Förevarande kapitel avser utreda hur bestämmelsen om nöd i 24 kap. 4 § BrB förhåller sig till bältesläggning i syfte att ge behandling utan samtycke inom den psykiatriska tvångsvården. Kapitlet kommer gå igenom vad nöd innebär och när det kan bli aktuellt och sedan fokusera på nöd i förhållande till tvångsåtgärderna inom LPT. Eftersom jag i tidigare avsnitt i uppsatsen kommit fram till att det inte finns utrymme i LPT för att bälteslägga en patient för att möjliggöra sondmatning kommer nödrättens påverkan på denna fråga studeras för att komma fram till om nödrätten kan förändra min slutsats.

5.2 Nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § BrB

I vissa fall kan en handling som i normalfallet skulle vara att klassificeras som ett brott medföra ansvarsfrihet. Det kan då röra sig om nödvärn eller nöd. Nödrätten är subsidiär till nödvärnsrätten och nödvärnsrätten ska därför alltid prövas först. Skillnaden mellan dessa ligger främst i att det inte krävs att faran uppkommit genom brott när det gäller nödrätten.¹²³ För nödrätt krävs det att handlingen, med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som orsakas annan och omständigheterna i övrigt, inte varit oförsvarlig. Det föreligger endast nöd om faran "[...] hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse".¹²⁴ Det är alltså två förutsättningar som måste vara uppfyllda för att nöd ska föreligga; det ska röra sig om en nödsituation och handlingen ska vara försvarlig.¹²⁵ Nödvärnsrätten kommer inte beröras närmare eftersom det är nödrätten som kan komma att bli aktuell inom den psykiatriska tvångsvården.

En nödsituation föreligger om det finns en fara som hotar liv, hälsa, egendom eller något annat intresse som skyddas av rättsordningen.¹²⁶ Ett sådant annat intresse ska vara ett allmänt intresse av synnerlig vikt.¹²⁷ Nödsituationen kan uppstå på flera sätt och behöver inte bero på ett brott. Det behöver inte heller vara någon eller något utomstående som skapat nödsituationen, utan den kan

¹²³ Zila, Brottsbalk (1962:700) 24 kap. 4 §, avsnitt 1 Inledning, Lexino 2020-08-24 (JUNO) (besökt: 2023-02-27).

¹²⁴ Se 24 kap. 4 §.

¹²⁵ Asp, Ulväng och Jareborg, s. 220.

¹²⁶ Zila, Brottsbalk (1962:700) 24 kap. 4 §, avsnitt 2.2 Nödsituationen, Lexino 2020-08-24 (JUNO) (besökt: 2023-02-27).

¹²⁷ Prop. 1993/94:130 s. 34.

också ha skapats av den utsatta personen själv. Om personen själv skapat den uppkomna faran kan detta emellertid påverka försvarlighetsbedömningen.¹²⁸

Har man kommit fram till att en nödsituation föreligger ska man bedöma om handlingen varit försvarlig. I paragrafen framgår det att handlandet inte får vara oförsvarligt.¹²⁹ Här måste farans beskaffenhet vägas mot den skada som orsakas.¹³⁰ En intresseavvägning måste alltså göras mellan intresset att rädda liv eller hälsa mot det intresse som skyddas av rättsordningen och som skadas. För att handlingen ska vara försvarlig måste det intresse som man handlar för att skydda ha ett betydligt större skyddsvärde än det intresse som kränks genom handlingen. Det räcker alltså inte med att de motstående intressena är likvärdiga.¹³¹ En viss proportionalitet måste alltså föreligga. Utöver denna intresseavvägning måste också övriga omständigheter beaktas.¹³² Det är särskilt denna intresseavvägning som blir intressant för uppsatsens frågeställning.

För att ansvarsfrihet ska föreligga på grund av nöd måste handlingen ha varit i princip behövlig. Man ska därför, om det finns flera handlingsmöjligheter, i sista hand välja den brottsliga gärningen. Det innebär att om man kan välja mellan att offra sitt eget eller någon annans intresse ska man i första hand välja det egna intresset, eftersom en sådan handling inte utgör brott.¹³³ Handlingen kan emellertid även vara ansvarsfri om handlingen inte varit nödvändig. Då enbart om det krävts oproportionerlig ansträngning eller uppoffring för att lyckas avvärja faran. En bedömning måste då göras av om handlandet var rimligt i den aktuella situationen.¹³⁴

Själva handlingen som företas i nöd behöver inte utgöra ett brott. Det kan även röra sig om en överträdelse av grundlagsskydden i 2 kap. RF. Inom hälso- och sjukvården är det främst 2 kap. 6 § och 2 kap. 8 § RF som är relevanta. Detta innebär att det inte enbart är straffansvar som man blir ansvarsbefriad från vid nöd, utan det kan även röra sig om disciplinärt ansvar eller ansvar genom annan lagstiftning eller avtal.¹³⁵

¹²⁸ Zila, Brottsbalk (1962:700) 24 kap. 4 §, avsnitt 2.2 Nödsituationen, Lexino 2020-08-24 (JUNO) (besökt: 2023-02-27).

¹²⁹ Se 24 kap. 4 § BrB.

¹³⁰ Zila, Brottsbalk (1962:700) 24 kap. 4 §, avsnitt 2.3 Försvarlighetsbedömningen, Lexino 2020-08-24 (JUNO) (besökt: 2023-02-27).

¹³¹ Rynning (1994), s. 366.

¹³² Zila, Brottsbalk (1962:700) 24 kap. 4 §, avsnitt 2.3 Försvarlighetsbedömningen, Lexino 2020-08-24 (JUNO) (besökt: 2023-02-27).

¹³³ Ibid.

¹³⁴ Bäcklund m.fl., Brottsbalken (2022-11-25, Version 21 JUNO), kommentaren till 24 kap. 4 § (besökt 2023-02-28).

¹³⁵ Sahlin, s. 599 ff.

5.3 Nödrätten inom hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården gäller samma regler kring nöd som i andra situationer. Här är det vanligast att faran gäller liv eller hälsa och att hälso- och sjukvårdspersonalen därför behöver vidta olika åtgärder för att rädda dessa, ibland genom att överträda en lagregel. Det kan gälla vilken lagregel som helst, både grundlagsskyddade fri- och rättigheter och vanliga lagar.¹³⁶

Inom hälso- och sjukvården ligger nödbestämmelsen och reglerna om presumerat samtycke ofta nära varandra. Det kan därför vara svårt ibland att avgöra vilket som är för handen i en viss situation.¹³⁷ När det gäller en situation där hälso- och sjukvårdspersonalen ska ge behandling utan samtycke med stöd av nödrätten måste det i princip krävas att hälso- och sjukvårdspersonalen rimligtvis inte har kunnat inhämta samtycke, samt att det inte gått att förutspå nödsituationen medan möjlighet funnits att inhämta samtycke.¹³⁸ Detta är inte fallet om patienten uttryckligen motsätter sig behandling. Därför är det endast nödrätten som kan träda in vid denna situation.

En nödsituation kännetecknas av att den enbart föreligger under en kort varaktighet. Detta innebär att det bara är under den begränsade tiden som nöd föreligger som en handling kan få ansvarsbefriande verkan.¹³⁹ Handlingar som genomförs med stöd av nödrätten måste vara av ren tillfällig art och får därför aldrig användas för rutinmässiga åtgärder eller ett långvarigt tvångs användande mot patienter.¹⁴⁰ Att använda nödrätten av bekvämlighet är alltså inte tillåtet. Dessutom måste nödrätten bedömas i varje enskilt fall och man kan aldrig förutsätta att det som uppfyllt förutsättningarna för nödrätt vid ett tillfälle medför att en liknande situation vid ett annat tillfälle också uppfyller förutsättningarna för nödrätt.¹⁴¹ Man kan alltså inte inom hälso- och sjukvården regelmässigt ta stöd av nödrätten för att genomföra en viss behandling eller åtgärd. Det är alltså inte tillåtet att ha som rutin att hälso- och sjukvårdspersonalen bälteslägger patienter för att möjliggöra sondmatning och hänvisa till nödrätten.

Inom hälso- och sjukvården ska all vård ges med stöd av vetenskap och beprövad erfarenhet.¹⁴² I vissa fall kan emellertid nödrätten medföra ett godtagbart åsidosättande av denna regel. Det kan exempelvis röra sig om en situation där hälso- och sjukvårdspersonal måste genomföra en amputation under primitiva förhållanden eller utan att nödvändig utrustning finns att använda.¹⁴³

¹³⁶ Ibid., s. 599.

¹³⁷ Ibid., s. 600.

¹³⁸ Rynning, s. 372.

¹³⁹ Sahlin, s. 599 f.

¹⁴⁰ Rynning, s. 372.

¹⁴¹ Sahlin, s. 600.

¹⁴² Se 1 kap. 7 § PL.

¹⁴³ Sahlin, s. 610.

5.4 Nödrätten och tvångsåtgärder

Nödrätten kan självklart bli aktuell inom tvångsvården under samma förutsättningar som inom den vanliga hälso- och sjukvården. Det man kan ställa sig frågande till är i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdspersonal kan använda nödrätten vid behandling mot patientens vilja och om 24 kap. 4 § BrB kan utgöra en sådan tillåten inskränkning av de grundläggande rättigheterna som framgår av 2 kap. 20 och 21 §§ RF.¹⁴⁴

Nödrätten syftar till att skydda bland annat liv och hälsa och utgör på så sätt ett sådant ändamål som kan vara godtagbart i ett demokratiskt samhälle. Nödregeln i BrB är vidare en lagregel och därmed en lag på det sätt som menas i 2 kap. 20 § RF. Regeln är dock vagt formulerad och allmänt hållen vilket kan medföra att godtagbarheten med stöd av 2 kap. 20 § RF blir oklar.¹⁴⁵ Lagen (1966:293) om beredande av slutna psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV), som senare byttes ut mot LPT, hade enbart en allmänt hållen regel om tvångsåtgärder som stadgade att patienten fick ”[...] underkastas det tvång som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med vården eller för att skydda honom själv eller omgivningen.”¹⁴⁶ Denna formulering konstaterades vara för vag för att vara förenlig med grundlagen eftersom de inskränkningar som får göras i skyddet mot frihetsberövande och kroppsliga ingrepp ska vara begränsade och med lagstöd.¹⁴⁷ I doktrinen har det emellertid konstaterats att nödbestämmelsen utgör en sådan lagregel som kan inskränka de grundläggande fri- och rättigheterna enligt 2 kap. 20 § RF.¹⁴⁸ Det ska dock påpekas att det bör röra sig om en restriktiv tolkning när det gäller sådana inskränkningar, samt att nödrätten i sig ska användas restriktivt.¹⁴⁹ Nödrätten kan alltså inte användas i större utsträckning inom den psykiatriska tvångsvården än inom andra områden. Om något bör nödrätten tillämpas ännu mer restriktivt med hänsyn till det grundläggande skyddet mot kroppsliga ingrepp.

När det gäller tvångsvård och nödrätten finns det särskild anledning att titta närmare på försvarlighetsbedömningen. Inom den psykiatriska tvångsvården handlar det ofta om påtvingade behandlingsåtgärder och då måste hälso- och sjukvårdspersonalen i varje enskilt fall göra en intresseavvägning mellan intresset av att skydda patientens liv eller hälsa och samhällets intresse av att respektera människors liv och hälsa i stort.¹⁵⁰

Intresset av patientens egna liv och hälsa innehåller flera delar. Främst kan sägas vara den personliga integriteten och självbestämmanderätten. Den personliga integriteten utgör en av de grundlagsskyddade fri- och rättigheterna.

¹⁴⁴ Rynning, s. 372.

¹⁴⁵ Ibid., s. 372 f.

¹⁴⁶ Se 13 § LSPV.

¹⁴⁷ Prop. 1990/91:58 s. 134.

¹⁴⁸ Sahlén, s. 599.

¹⁴⁹ Rynning, s. 373.

¹⁵⁰ Ibid., s. 373.

Här avses främst skyddet mot frihetsberövande samt skyddet mot kroppsliga ingrepp i 2 kap. 6 och 8 §§ RF. De undantag som stadgas i lag där staten kan inskränka dessa rättigheter gäller situationer personen inte anses kunna tillvarata sina egna intressen, exempelvis psykiskt sjuka personer.¹⁵¹ Självbestämmanderätten har inget grundlagsskydd, men skyddas alltjämt inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen som konstaterar att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.¹⁵² En patient har exempelvis till följd av denna bestämmelse rätt att avstå från behandling.¹⁵³ Detta gäller även för den som är inlagd inom den psykiatriska tvångsvården.¹⁵⁴ Ett annat uttryck i lagstiftningen för självbestämmanderätten är att vård inte, som huvudregel, får ges utan patientens samtycke.¹⁵⁵ Man kan alltså konstatera att människans egna liv och hälsa och rätten att styra över detta är något som rättsordningen anser vara ett synnerligt skyddsvärt intresse.¹⁵⁶

Intresset av att respektera människors liv och hälsa i allmänhet och skyddet för mänskligt liv tar sig uttryck på andra sätt i rättsordningen. Redan i grundlagen framkommer det att varje människa är skyddad från dödsstraff, kroppsstraff, tortyr samt kroppsliga ingrepp.¹⁵⁷ Även inom den straffrättsliga lagstiftningen skyddas mänskligt liv genom 3 kap. BrB om bland annat mord och misshandel.¹⁵⁸ Det är dock enbart från andra människor eller staten som man skyddar det mänskliga livet, att skada sig själv är inte något som staten lägger sig i, med undantag för personer inom tvångsvården. Även här kan det konstateras att respekten och skyddet för människors liv i allmänhet av rättsordningen har ett högt skyddsvärde.¹⁵⁹ Staten måste också tillskrivas ett stort ansvar för patienten sedan patienten vårdas inom tvångsvården.¹⁶⁰ Även av denna anledning måste patientens liv kunna utgöra ett sådant intresse som skyddas av rättsordningen. Generellt sett finns det alltså ett starkt skydd i den svenska rättsordningen för människors liv och hälsa. Detta tyder på att detta är något som bör väga tungt i bedömningen av om en otillåten bältesläggning i syfte att sondmata ändå kan vara tillåten med stöd av nödrätten. Samhället har också åtagit sig ett särskilt ansvar för den patient som är intagen enligt LPT, vilket även detta bör tala för att en sådan handling kan vara försvarlig. Skyddet för den enskildes kroppsliga integritet och patientens rätt till självbestämmande talar dock i motsatt riktning. Dessa intressen finns det stöd för i grundlagen respektive genomgående i den hälso- och sjukvårdsrättsliga lagstiftningen. Det är alltså inte en helt enkel bedömning.

¹⁵¹ Ibid., s. 374 f.

¹⁵² Se 5 kap. 1 § 3 p. HSL; se 4 kap. 1 § PL.

¹⁵³ Prop. 1981/82:97 s. 118.

¹⁵⁴ Johnsson, Hälso- och sjukvårdslagen (2021-08-20, Version 11, JUNO), kommentaren till 5 kap. 1 § (besökt: 2023-03-01).

¹⁵⁵ Se 4 kap. 2 § PL.

¹⁵⁶ Rynning, s. 375.

¹⁵⁷ Se 2 kap. 4 § RF; Se 2 kap. 5 § RF; Se 2 kap. 6 § RF.

¹⁵⁸ Jfr. 3 kap. BrB; Rynning, s. 374.

¹⁵⁹ Rynning, s. 374 f.

¹⁶⁰ Prop. 1983/84:148 s. 22.

Mellan dessa ovan nämnda skyddsvärden finns det ingen som generellt ska anses ha ett högre skyddsvärde än den andra. Man måste därför alltid göra en intresseavvägning mellan de skyddsvärda intressen som föreligger i varje situation där man ska avgöra om nödrätten är tillämplig.¹⁶¹ Det är i princip enbart om det intresse som föranleder nödhandlingen är av betydligt större vikt än det intresset som skadas som handlingen kan vara försvarlig, och därmed fri från ansvar. Avvärjande eller räddande handlingar där både det räddade och offrade intresset tillhör samma person kan emellertid möjligtvis vara försvarliga i större utsträckning.¹⁶² Huruvida detta kan gälla när de motstående intressena utgörs av å ena sidan patientens rätt att bestämma över sig själv, och å andra sidan en påtvingad medicinsk behandling för att rädda patientens liv eller hälsa är däremot mindre troligt. Att påtvinga en patient behandling för att rädda dennes liv skulle då behöva ha en betydligt större vikt än patientens självbestämmande. Rynning menar att det inte finns något rättsligt stöd för att intresset av att rädda liv är större än patientens egna självbestämmande. En beslutskompetent patient måste kunna välja själv om denne vill avstå behandlingsåtgärder.¹⁶³ När det rör sig om en patient som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården för anorexia nervosa har vi en komplex situation. Patienten lider av en svår sjukdom som utgör en risk för patientens liv och hälsa som tvångsvården syftar till att behandla. Patienten som motsätter sig vård har samtidigt rätt till självbestämmande och integritet. Detta är en avvägning som inte kan göras på förhand utan måste göras i varje enskilt fall. Vad som ändå kan sägas är att nödrätten inte kan utövas när som helst. Nödrätten ska vara en sista utväg för när patienten befinner sig i ett livshotande tillstånd. Ett livshotande tillstånd föreligger inte när hälso- och sjukvårdspersonal väljer att sondmata patienten regelmässigt. Ett regelmässigt bältande i detta syfte kan alltså inte heller ske med stöd av nödrätten.

Rynning har tidigare uttalat att det blir svårare när det gäller icke beslutskompetenta patienter. Dessa tillerkänns självklart samma rättigheter som beslutskompetenta patienter, men de kan ha svårare för att kunna tillvarata sina egna intressen och fatta beslut i sitt bästa intresse. Samhället har ett visst ansvar för dessa personer, och därav kan det vara berättigat att i vissa situationer använda tvång för att skydda dem. Försvarlighetsbedömningen blir därför lite annorlunda när det gäller icke beslutskompetenta personer och intresset av att rädda liv eller hälsa kan väga något tyngre än patientens självbestämmande. Att vidta medicinska behandlingsåtgärder utan samtycke för att rädda liv eller hälsa kan därför uppfylla förutsättningarna för nödrätten, i vart fall gällande personer som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården.¹⁶⁴ Nödrätten ska dock fortfarande vara en tillfällig åtgärd som inte får vidtas regelmässigt, utan får enbart användas under korta tidsperioder när nöd verkligen föreligger.¹⁶⁵

¹⁶¹ Rynning, s. 375 f.

¹⁶² SOU 1988:7 s. 82.

¹⁶³ Rynning, s. 376.

¹⁶⁴ Ibid., s. 378 f.

¹⁶⁵ Ibid., s. 372; Sahlin, s. 599 f.

Även i fall där det är tveksamt om en patient är beslutskompetent kan nödrätten få lite större utrymme än om patienten är beslutskompetent. Detta eftersom man anser att icke beslutskompetenta patienter inte kan ha samma förmåga att, med rättslig verkan, fatta beslut om att avstå från behandling som är livsnödvändig eller i vart fall ytterst nödvändig.¹⁶⁶ Av detta kan slutsatsen dras att när patienten saknar beslutsförmåga, vilket kan vara fallet till följd av den psykiska sjukdomen, måste patientens självbestämmande och rätt till integritet självklart fortfarande vägas in. Om patienten däremot inte har förmåga att förstå och ta tillvara sina egna intressen kan detta påverka vikten av dessa delar i intresseavvägningen mellan om nödhandlingen kan vara försvarlig.

Rynning har däremot, i egenskap av Chefsjustitieombudsman, på senare tid uttalat att enbart det faktum att patienten är intagen för tvångsvård inte skulle påverka patientens rätt till självbestämmande.¹⁶⁷ Även Kindström Dahlin instämmer i denna åsikt och menar att en läkare måste särskilja det faktum att en patient vägrar en, enligt läkaren nödvändig, behandling från patientens beslutsförmåga.¹⁶⁸ Detta tyder på att den rådande synen i dagens läge är att patientens beslutsförmåga inte ska gå ut över det självbestämmande en patient har rätt till. Försvarlighetsbedömningen bör därför inte påverkas nämnvärt av patientens beslutsförmåga.

Nödrätten har också, i viss utsträckning, behandlats inom doktrinen i förhållande till tvångsmatning. Sahlin menar att hälso- och sjukvårdspersonal kan tillföra näring utan samtycke med stöd av nödrätten när patientens liv är i uppenbar fara. Han menar att det inte borde ha någon betydelse för hur långtgående nödrätten ska gälla om det livshotande tillståndet har samband med ett redan föreliggande sjukdomstillstånd eller om personen själv, aktivt orsakat tillståndet. Han kommer vidare fram till att man, med stöd av nödrätten, kan tillföra näring mot patientens vilja förutsatt att faran för patientens liv eller hälsa är överhängande. Faran blir inte överhängande förrän patienten inte fått i sig näring under en tid och patientens allmäntillstånd har försämrats så mycket att det föreligger en akut risk för dödsfall eller obotliga skador eller om patienten närmar sig medvetslöshet. Varje fall måste därför bedömas var för sig, och läkaren ska inte kunna drabbas av straffansvar oavsett utgången om han använt sig av nödrätten.¹⁶⁹ Rynning har emellertid en annan uppfattning. Hon påpekar att skyddet mot kroppsliga ingrepp, om det inte finns lagstöd för åtgärden, måste gälla på samma sätt för de som är omhändertagna av samhället som övriga. Därför gäller samma regler kring nödrättens tillämpning vid tvångsåtgärder som inom andra sammanhang.¹⁷⁰ Hon menar vidare att man inte kan förutsätta att alla som matstrejkar och är omhändertagna

¹⁶⁶ Rynning, s. 381.

¹⁶⁷ JO-beslut 2021-09-21, dnr 2782-2018 s. 24.

¹⁶⁸ Kindström Dahlin (2014), s. 203.

¹⁶⁹ Sahlin, s. 613 f.

¹⁷⁰ Rynning, s. 383 f.

är icke beslutskompetenta.¹⁷¹ Detta skulle möjligtvis ha någon vikt eftersom samhället har ett särskilt ansvar för dessa människor, men Rynning menar att även det är tveksamt. Det måste alltså finnas gränser då hälso- och sjukvårdspersonal inte kan tvångsmata alla patienter som matstrejkar. Detta måste istället vara beroende av patientens beslutskompetens. Föreligger det osäkerhet kring patientens beslutskompetens skulle det emellertid vara större sannolikhet för att en livräddande behandlingsåtgärd anses förenlig med nödrätten.¹⁷²

Vad som går att konstatera utifrån ovanstående är att det i princip är otillåtet att använda bältesläggning för att tvångsbehandla en patient med sondmatning. Nödrätten kan emellertid i vissa fall träda in och göra det otillåtna tillåtet. Eftersom samhället har ett större ansvar för de patienter som är intagna inom den slutna psykiatriska tvångsvården måste också patientens liv och hälsa kunna utgöra ett sådant intresse som skyddas av rättsordningen. Det är särskilt intresseavvägningen som blir intressant för uppsatsens frågeställning. Inom tvångsvården är det flera olika starka intressen som ställs mot varandra, bland annat patientens rätt till självbestämmande och personlig integritet, samhällets intresse av att skydda och respektera patientens liv och hälsa, och tvångsvårdens syfte att behandla patienten. När det gäller en patient som är svårt sjuk i anorexia nervosa och som är inlagd inom den psykiatriska tvångsvården aktualiseras flera svåra avvägningar. Först och främst ska man ha med sig att en patient som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården inte nödvändigtvis saknar beslutskompetens. Detta är därmed något som måste bedömas för sig. I de fall patienten är beslutskompetent måste man ha med sig att patienten faktiskt har möjlighet att avstå behandling. Då kan inte nödrätten träda in eftersom patienter inom den psykiatriska tvångsvården har samma möjligheter att avstå behandling som patienter inom den vanliga hälso- och sjukvården. Nödrätten kan inte förändra detta faktum. Tvångsvården är emellertid fortfarande tvångsvård och tvångsåtgärder kan alltså vidtas ändå. Vid tillämpning av nödrätten i dessa fall måste man därför väga in patientens vilja att avstå och därmed patientens rätt till självbestämmande. Denna del måste väga tyngre när patienten är beslutskompetent än när patienten saknar denna förmåga.

Gällande nödrättens påverkan på möjligheten att sondmata en patient utan samtycke kan sägas att nödrätten generellt sett inte bör behöva träda in, som konstaterat ovan. Skulle det dock föreligga en situation som faller utanför ramar för när sondmatning är tillåten enligt 17 § LPT skulle självklart nödrätten kunna träda in här, förutsatt att det föreligger en akut fara för patientens liv eller hälsa. Det är alltså, precis som med nödrätten vid bältesläggning, enbart fråga om akuta farosituationer där sondmatningen skulle utgöra enda möjliga metoden för att rädda patientens liv eller hälsa.

¹⁷¹ JO-beslut 2021-09-21, dnr 2782-2018 s. 24; Rynning, s. 383 f.

¹⁷² Rynning, s. 383 f.

5.5 Avslutande kommentar

Kan man då påstå att bältesläggning i syfte att sondmata en patient kan bli tillåtet med stöd av nödrätten? Nödrätten ska som sagt vara ett undantag som enbart får tillämpas när det är absolut nödvändigt och aldrig regelmässigt. I en situation där en patient befinner sig i ett livshotande tillstånd till följd av sin sjukdom och därmed måste tillföras näring genom sond för att inte skadas allvarligt fysiskt eller riskera att avlida kan därför bältesläggning eventuellt bli aktuellt efter en försvarlighetsbedömning. Generellt sett tillmäts patientens liv och hälsa ett mycket högt skyddsvärde inom den svenska rättsordningen. Samhället har dessutom tagit sig an ett större ansvar för patienten vid intagningen i den psykiatriska tvångsvården. Samtidigt vägrar patienten och patienten är också grundlagsskyddad mot påtvingade kroppsliga ingrepp. I detta fall finns det lagstöd i LPT för att vidta tvångsåtgärder eftersom patienten är intagen i tvångsvården. Även om patienten har detta skydd och motsätter sig vården och har rätt till självbestämmande måste hälso- och sjukvården få möjlighet att ge den vård som tvångsvården syftar till att ge. Man kan inte uppnå syftet med vården om hälso- och sjukvården väljer att låta patienten svälta ihjäl. Hälso- och sjukvårdspersonalen måste därför ha något utrymme att rädda patienten från allvarlig fysisk skada eller död. Bältesläggning är dock en ingripande åtgärd i sig, och kränkningen som patienten upplever blir troligtvis större när bältesläggningen sker i samband med en ytterligare tvångsåtgärd, nämligen sondmatningen. Därmed borde detta i största möjliga mån undvikas. Men om hälso- och sjukvårdspersonalen har uttömt alla andra alternativ för att lyckas genomföra sondmatningen och patientens liv är i uppenbar fara bör nödrätten kunna träda in och tillåta en tillfällig bältesläggning av patienten under den tid som krävs för att genomföra sondmatningen. För att ha stöd av nödrätten måste alltså detta vara ett undantagsfall, och inte något hälso- och sjukvårdspersonal kan genomföra löpande under vården av patienten för att genomföra sondmatning.

Sammantaget menar jag alltså att nödrätten inte kan medföra att hälso- och sjukvårdspersonal får bälteslägga en patient i syfte att tillföra näring genom sond utan samtycke. Nödrätten kan emellertid träda in i mycket allvarliga och akuta situationer där bältesläggning i syfte att sondmata patienten är den enda utvägen för att rädda patientens liv och hälsa. I dessa situationer skulle därför hälso- och sjukvårdspersonal kunna undgå ansvar trots att bältesläggningen i sig inte är tillåten enligt LPT. Nödrätten möjliggör alltså inte att hälso- och sjukvårdspersonal kan använda bältesläggning i dessa situationer som en del i vården av patienter med anorexia nervosa. Nödrätten förändrar alltså inte min bedömning av om lagstiftningen, som den ser ut idag, tillåter bältesläggning i syfte att möjliggöra sondmatning utan samtycke.

6 Rättssäkerhet

6.1 Inledning

Förevarande kapitel syftar till att redogöra för rättssäkerhetsbegreppet. Med stöd av detta kan rättssäkerhetsbegreppet ställas i relation till de övriga kapitlen och till den psykiatriska tvångsvården. Detta kan därför bidra till att man kan studera den psykiatriska tvångsvården utifrån ett perspektiv som är särskilt viktigt inom detta område. I kapitlet kommer uppsatsens frågeställningar om bältesläggning och behandling utan samtycke samt nödrätten diskuteras och analyseras i relation till rättssäkerhetsbegreppet för att svara på vilket rättssäkerhetsskydd patienter med anorexia nervosa inom den psykiatriska tvångsvården besitter samt även besvara uppsatsens övergripande frågeställning.

6.2 Rättssäkerhetsbegreppet

För att en stat ska vara en rättsstat krävs rättssäkerhet. Detta kräver att den offentliga makten utövas med stöd av rättsregler och att denna utövning är förutsebar, inte är godtycklig och att den följer rättsreglerna. I annat fall finns ingen rättsstat.¹⁷³ Rättsstaten måste alltså ha restriktioner i sin maktutövning gentemot enskilda. På så sätt kan staten upprätthålla medborgarnas trygghet till liv och egendom.¹⁷⁴

Innebörden av rättssäkerhetsbegreppet kan variera. Det finns emellertid vissa delar som återkommer i de flesta beskrivningar av begreppet. En sådan del är ett starkt krav på legalitet i maktutövningen. På så sätt blir rättstillämpningen förutsebar, vilket är ett centralt krav i begreppet. Rättstillämpningen blir då inte heller godtycklig. För att upprätthålla förutsebarheten krävs det att rättstillämparen tar hänsyn till att alla ska behandlas lika inför lagen samt är opartisk och saklig i sin rättstillämpning. Rättsreglerna måste därför utformas noggrant och kan inte lämna för stora utrymmen för godtyckligt beslutsfattande.¹⁷⁵

Rättssäkerheten kan delas in i två delar, formell rättssäkerhet och materiell rättssäkerhet. Kort sagt innebär den formella rättssäkerheten att man vill uppnå en så hög grad av förutsägbarhet och bestämdhet som möjligt i rättsreglernas utformning utan att ta hänsyn till rättens innehåll. Den materiella

¹⁷³ Peczenik, s. 50.

¹⁷⁴ Frändberg, s. 269.

¹⁷⁵ Gustafsson, Ewa, s. 93.

rättssäkerheten lämnar större utrymme för att ta hänsyn till just rättens innehåll så att rättsreglernas tillämpning blir etiskt godtagbar.¹⁷⁶

6.2.1 Formell rättssäkerhet

Den formella rättssäkerheten och rättsstaten hänger starkt ihop. För att en stat ska utgöra en rättsstat krävs det att den offentliga makten ska utövas under lagarna, vilket också framgår av regeringsformen. Denna utövning får i sin tur inte vara godtycklig, vilket i sin tur kännetecknar den formella rättssäkerheten.¹⁷⁷ För att formell rättssäkerhet ska föreligga krävs därför att staten ska tillgodose medborgarna med klara, tydliga och pålitliga svar på rättsliga frågor. Det finns därför tre nödvändiga förutsättningar för formell rättssäkerhet. Reglerna måste vara klara och adekvata, reglerna måste vara tillgängliga för medborgarna och reglerna måste vara förutsebara.¹⁷⁸ Den formella rättssäkerheten utgör alltså ett skydd för medborgarna mot staten för att medborgarna ska kunna agera och känna till konsekvenserna.¹⁷⁹

Den formella rättssäkerheten kan sägas innehålla en rad olika delar. Först och främst måste rättsreglerna utformas precist och generellt. På så sätt skapas en ram för alla myndigheters verksamhet vilket bidrar till högre förutsebarhet för medborgarna. För det andra krävs det en formell likhet inför lagen. Detta innebär att alla ska bedömas lika och ingen får tilldelas förmåner framför någon annan. Nästa del innebär att rättsreglerna måste ha en viss stabilitet. De får inte ändras för snabbt eftersom vare sig myndigheter eller medborgare hinner anpassa sig till de nya reglerna, vilket motverkar förutsebarhet för medborgarna. Den tillämpning av rättsreglerna, som skapar praxis, måste vidare uppfattas som en tillämpning av rättsreglerna. Förutsebarheten kräver också att rättstillämpningen sker med öppenhet och att enskilda ska kunna läsa exempelvis domskälen för att förstå hur rätten tillämpats och varför.¹⁸⁰ Det krävs även ett system där staten kan ställas till ansvar om någon missbrukar dessa delar, antingen ett straffrättsligt eller annat disciplinärt ansvar. Ett sådant ansvar finns i den svenska rättsordningen, bland annat genom det straffrättsliga brottet tjänstefel i 20 kap. 1 § BrB.¹⁸¹

Den formella rättssäkerheten kännetecknas även av att rätten är autonom och därmed fristående från andra delar. När lagstiftaren stiftar rättsregler som ska skapa formell rättssäkerhet behöver ingen hänsyn tas till exempelvis etik eller religion.¹⁸² Detta leder oss in på den materiella rättssäkerheten.

¹⁷⁶ Zila (1990), s. 288.

¹⁷⁷ Svensson, s. 36; Jfr. 1 kap. 1 § 3 st. RF.

¹⁷⁸ Frändberg, s. 274 f.

¹⁷⁹ Peczenik, s. 51.

¹⁸⁰ Ibid., s. 52 ff.

¹⁸¹ Ibid., s. 58.

¹⁸² Ibid., s. 58.

6.2.2 Materiell rättssäkerhet

Andra krav för rättssäkerheten som inte omfattas av förutsebarhetskravet och den formella rättssäkerheten kan ses som garantier för rättssäkerhet. Dessa krav innefattar att det ska finnas fria och oavhängiga domstolar som är bundna av att följa lagen, rätt till domstolsprövning av tvångsåtgärder, att ingripanden inte får ske utan stöd av tydlig lag, att lagstiftningen inte får avse enskilda fall eller personer, ett förbud mot retroaktiv lagstiftning, samt ett krav på full bevisning.¹⁸³ Den materiella rättssäkerheten kan därför anses återspegla den rättviseuppfattning och de materiella värden som finns i samhället och juridiken.¹⁸⁴

Den materiella rättssäkerheten innebär vidare att rätten och rättstillämpningen inte får vara oetisk. Detta innebär att utöver den formella rättssäkerheten och förutsebarheten måste även rättstillämparen ta hänsyn till olika etiska värden som gör att rättsskipningen i hög grad blir etiskt godtagbar. För att rätten ska kunna vara etiskt godtagbar innebär det att det ibland kan behövas lite mer generella bestämmelser med större utrymme för att göra bedömningar som blir rättvisa. Detta kan leda till minskad förutsebarhet. Man kan därför säga att den materiella rättssäkerheten är ett resultat av att man väger samman den formella rättssäkerheten med hänsynen till andra etiska värden.¹⁸⁵ Den materiella rättssäkerheten är alltså mer värdeladdad än den formella rättssäkerheten.¹⁸⁶ Fokus för den materiella rättssäkerheten kan sägas vara att utgången blir materiellt korrekt.¹⁸⁷

Enligt Peczenik kan en icke-demokratisk stat uppfylla kraven på formell rättssäkerhet. Därav krävs det också en materiell rättssäkerhet som säkerställer de etiska värdena. Detta illustrerar han med ett exempel från nazisternas förföljelse av judarna. Han menar att det förelåg förutsebarhet avseende lagarna som stadgade att judarna skulle förföljas men att det inte vore rimligt att kalla detta för rättssäkerhet då lagen inte kan anses etiskt godtagbar.¹⁸⁸ Att en rättsregel uppfyller kravet på legalitet kan alltså inte vara tillräckligt för att rättssäkerhet ska föreligga.¹⁸⁹ Den formella rättssäkerhetens krav på förutsebarhet kan också hamna i konflikt med den materiella rättssäkerhetens krav på materiellt riktiga beslut.¹⁹⁰

Den materiella rättssäkerhetens behov har emellertid diskuterats inom den juridiska doktrinen. Zila menar exempelvis att det inte finns något behov av att använda begreppen formell och materiell rättssäkerhet utan att rättssäkerheten istället ska ses som ett socialt värde. Han menar att det finns krav för

¹⁸³ Ibid., s. 90.

¹⁸⁴ Gustafsson, Håkan (2002), s. 358.

¹⁸⁵ Peczenik, s. 92 ff.

¹⁸⁶ Zila (1990), s. 300.

¹⁸⁷ Gustafsson, Håkan (1988), s. 254.

¹⁸⁸ Peczenik, s. 97 f.

¹⁸⁹ Zila (1990), s. 304.

¹⁹⁰ Gustafsson, Håkan (2002), s. 358 f.

rättssäkerhet, men att dessa inte ska delas upp i formella och materiella värden.¹⁹¹

6.3 Rättssäkerhet och psykiatrisk tvångsvård

Inom den psykiatriska tvångsvården är patientens rättssäkerhet av största vikt och detta begrepp måste därför också få stort genomslag i lagstiftningen.¹⁹² Det är därför av vikt att det ställs höga krav på rättssäkerheten inom detta område.¹⁹³ Detta eftersom den psykiatriska tvångsvården är en inskränkning i skyddet för patientens integritet, trots att syftet är att hjälpa patienten.¹⁹⁴

För att den psykiatriska tvångsvården ska vara rättssäker måste lagstiftningen uppfylla ett par olika krav. Först och främst måste den vara formulerad på ett klart och tydligt sätt. Den måste även vara konsekvent på så sätt att paragrafer inte motsäger varandra. Lagstiftningen måste ha en enhetlig utformning för att lika fall ska behandlas lika. Slutligen finns det ett krav på förutsebarhet så att patienten kan veta i förväg om tvångsåtgärder kan komma att användas.¹⁹⁵ Ytterligare tre krav kan sägas ställas på den myndighetsutövning som tvångsomhändertagande enligt LPT innebär. Det rör sig då om förutsebarhet, rättslig kontroll och enhetlig rättstillämpning.¹⁹⁶

Inom den psykiatriska tvångsvården är det intressant att titta på rättssäkerheten utifrån ett bredare perspektiv än det rent juridiska. De delar som man särskilt måste tänka på i dessa fall är patientens anspråk på skydd, trygghet och effektiv vård och behandling. Tvångsvården syftar till att vidta åtgärder i patientens intresse, även om patienten själv motsätter sig vården. Det anses alltid ligga i patientens intresse att hindra denne från att skada sig själv eller andra. De ingripanden som görs måste dock, som alltid, ställas mot patientens självbestämmande och integritet. Regeringen menar dock att man vid sådana ingripanden i patientens integritet som tvångsvården innebär bör använda sig av en snäv definition av begreppet rättssäkerhet innebärande att kravet på förutsebarhet måste vara högt ställt. Lagstiftningen får emellertid inte bli så snäv och restriktiv att det blir för svårt att ge patienter den vård de behöver, när patienten inte själv kan ta tillvara sina intressen.¹⁹⁷ Eftersom det finns olika åsikter om huruvida rättssäkerheten har en formell och materiell sida, eller enbart en formell sida, och detta inte i övrigt inom lagstiftningen eller doktrinen på den psykiatriska tvångsvårdens område är klarlagt, kan det vara problematiskt att utvärdera den reglering som vi har utifrån rättssäkerhet.

¹⁹¹ Zila (1990), s. 305.

¹⁹² Prop. 1999/2000:44 s. 48.

¹⁹³ Prop. 1990/91:58 s. 65.

¹⁹⁴ Ibid., s. 73 f.

¹⁹⁵ Tännsjö, s. 31 f.

¹⁹⁶ Socialstyrelsen (1994:2), s. 52.

¹⁹⁷ Prop. 1999/2000:44 s. 49.

Samtidigt måste dock rättssäkerheten stå i centrum inom detta område.¹⁹⁸ Rättssäkerheten ska emellertid inte bara skydda patienten utan gäller också för tredje mans krav på skydd och trygghet.¹⁹⁹

Tidigare fanns det ingen tidsbegränsning i lagstiftningen för hur länge en patient fick spännas fast med bälte enligt 19 och 19 a §§ LPT. Detta kritiserades ur rättssäkerhetssynpunkt eftersom det motverkade förutsebarhet för patienten. Även att det inte ställdes ett uttryckligt krav i lagtexten på att ett nytt formellt beslut skulle fattas vid förlängning av bältesläggningen kritiserades på samma grund. Särskilt eftersom detta är en integritetskränkande åtgärd.²⁰⁰ Det kan alltså konstateras vara viktigt att det är tydligt för både patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen vad som gäller. Det måste därför ställas krav på att lagstiftningen är mer detaljrik och tydlig avseende vad som är tillåtet och inte när det gäller integritetskränkande åtgärder.²⁰¹ Denna problematik är idag åtgärdad genom att det finns en begränsning i lagtexten som tillsammans med Socialstyrelsens riktlinjer tydliggör vilken tid som avses. Gällande bältesläggningar i syfte att sondmata en patient finns det däremot inga sådana klargöranden. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer är detta en accepterad metod för att sondmata en patient som motsätter sig behandling. Detta är dock inget som lagstiftningen ger uttryck för att det skulle vara tillåtet. Att det saknas något tydligt uttalande i förarbeten, lagstiftning eller praxis medför en ovisshet för patienten då denne inte kan veta hur dennes rättigheter ser ut. Det kan också skapa ovisshet inom vården där olika kliniker gör olika eftersom lagstiftningen inte är tillräckligt tydlig med vad de får och inte får göra, vilket i sin tur drabbar vården av patienten. Detta innebär också att rättssäkerheten blir lidande.

6.4 Avslutande kommentarer

Att Socialstyrelsen i sina riktlinjer ger uttryck för att bältesläggning är en metod som kan användas för att genomföra sondmatning är problematiskt. Socialstyrelsens riktlinjer utgör inte en rättskälla och är därför inget man kan förlita sig på fullständigt. Det framstår som att Socialstyrelsen inte utrett närmare tillåtligheten av att bälteslägga patienter i syfte att sondmata. Utan en sådan utredning av rekvisiten går det självklart att förstå att lagstiftningen har tolkats som att tvångsåtgärder, såsom bältesläggning, får vidtas i syfte att ge behandling utan samtycke. Att Socialstyrelsen har kunnat göra en så felaktig tolkning av lagstiftningen är ett tecken på att lagstiftningen idag inte är tillräckligt tydlig. Trots att bältesläggningar i syfte att sondmata en patient inte är tillåtna kan alltså olika aktörer tolka detta på olika sätt vilket därmed leder till att patienter kan utsättas för otillåtna påtvingade kroppsliga ingrepp. Vi

¹⁹⁸ Kindström Dahlin (2014), s. 71.

¹⁹⁹ Socialstyrelsen (1994:2), s. 52.

²⁰⁰ Gustafsson, Ewa, s. 386 f.

²⁰¹ Ds. 2014:28 s. 98.

måste ställa högre krav när det gäller den psykiatriska tvångsvården och de tvångsåtgärder som kan vidtas eftersom det rör sig om väldigt integritetskränkande åtgärder. För att patienten överhuvudtaget ska kunna få en insikt i vilka tvångsåtgärder som kan vidtas och när måste lagstiftningen bli tydligare. Detta kan göras exempelvis genom att lagstiftaren i 17 § LPT uttryckligen skriver att vissa särskilda andra tvångsåtgärder, såsom bältesläggning, kan vidtas om det är nödvändigt för att behandling enligt 17 § LPT ska kunna ges. Självklart kan detta också förtydligas på andra sätt, exempelvis i praxis eller förarbeten. Men det absolut tydligaste, och lättillgängliga för den enskilde, bör vara att föra in detta direkt i lagstiftningen.

Det formella kravet på rättssäkerhet kan alltså inte anses vara uppfyllt. Förutsebarheten blir lidande när lagstiftningen är så otydlig att till och med Socialstyrelsen kan tolka den på ett sätt som denna uppsats kommer fram till är otillåtet. Detta kan också medföra att patienter i olika delar av landet eller på olika mottagningar behandlas olika då hälso- och sjukvårdspersonalen gör olika tolkningar av vad som får och inte får göras. Inom hälso- och sjukvården är det väldigt viktigt att patienter ska få lika behandling oavsett var i landet patienten befinner sig, och det går inte att uppnå om hälso- och sjukvården inte får tydliga riktlinjer om vad som är tillåtet och inte. Det får också antas vara svårt för en patient att förstå hur och varför hälso- och sjukvårdspersonal bälteslägger en patient för att sondmata denne när lagstiftningen inte ger några svar.

För att kunna uppfylla de rättssäkerhetsgarantier som finns måste ingripanden mot enskilda ske med tydligt stöd i lag. Detta är, som sagt, extra viktigt när det gäller ingripanden som kränker de grundläggande rättigheterna. Även här kommer alltså problemet med en otydlig lagstiftning upp. I 17 § LPT finns exempelvis inga svar på hur hälso- och sjukvårdspersonal får göra för att ge behandling utan samtycke om patienten gör motstånd. Detta skapar problem för både hälso- och sjukvårdspersonalen och för patienten. Patienten kan inte tillgodose sina rättigheter och hälso- och sjukvårdspersonalen riskerar disciplinära påföljder om det skulle konstateras, i ett enskilt fall, att de brutit mot dessa regler. Visserligen ger lagstiftningen, som den ser ut idag, större möjligheter att göra individuella bedömningar, men enligt min mening är detta utrymme för stort i förhållande till de integritetskränkande åtgärder som vidtas. Det kan inte anses etiskt rätt att vidta dubbla tvångsåtgärder när det gäller en enskild som redan under intagningen har underkastats statens och hälso- och sjukvårdens makt. I sådana fall måste det vara tydligt för patienten att detta kan komma att vidtas. Detta innebär att lagstiftningen inte kan anses vara fullt ut etiskt godtagbar och därmed uppfyller inte heller lagstiftningen det materiella kravet på rättssäkerhet.

Det måste finnas en lagom balans för att den materiella rättssäkerheten ska vara uppfyllt. Om lagstiftningen blir för snäv och ger lite utrymme för tolkning riskerar detta att medföra att patienter i behov av sondmatning inte kan

få den näringstillförsel de behöver och därmed lida skada på grund av att lagstiftningen inte uttryckligen tillåter bältesläggning i denna situation. Detta måste dock ställas mot patientens skydd från påtvingade kroppsliga ingrepp och den förutsebarhet som måste krävas i dessa situationer. Enligt min mening blir det svårt att motivera en för otydlig lagstiftning i denna situation och där måste patientens integritet och skydd för att utsättas för dubbla tvångsåtgärder väga tyngre. Det är därför i denna situation som nödrätten bör finnas tillgänglig för att träda in i de absolut mest akuta situationerna. Det bästa vore dock om utrymmet för att i enstaka akuta fall vidta dubbla tvångsåtgärder hade funnits med tydligt uppställda krav i lagstiftningen. Detta förutsatt att det inte skulle finnas någon alternativ metod för att genomföra behandlingen. Det faktum att nödrätten ges så stort utrymme för att kunna träda in i denna situation är problematisk. Nödrätten ska vara en sista utväg men blir också något som blir svårt för den enskilda att förutspå. Min mening är därför fortfarande att tvångsåtgärder, och framförallt dubbla sådana, ska undvikas i allra största utsträckning när det inte är absolut nödvändigt för patientens liv och hälsa.

Sammantaget måste alltså sägas att den psykiatriska tvångsvården idag brister i rättssäkerheten. Patienter har rätt till ett starkt rättssäkerhetsskydd inom den psykiatriska tvångsvården, men detta kan inte sägas vara tillgodosett. En förändring måste till för att patienter ska kunna förutspå vilka tvångsåtgärder de kan utsättas för samt för att de ska kunna tillvarata sina rättigheter. Även hälso- och sjukvårdspersonalen är i behov av en förändring för att inte riskera att drabbas av disciplinära påföljder om deras agerande skulle granskas och prövas. För att vi ska ha en tvångsvård som syftar till att få patienten att medverka till vård och att bli frisk från sin sjukdom måste lagstiftningen bli tydligare. En ordentlig reform på området är därför mycket efterlängtat.

7 Slutsatser och avslutande reflektion

Syftet med denna uppsats var att utreda huruvida bältesläggningar får användas i syfte att genomföra sondmatning utan samtycke av patienter med anorexia nervosa. Detta skulle särskilt studeras utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv. Uppsatsen svarar därför även på frågan om sondmatning är en sådan behandling som kan ges enligt 17 § LPT, vilken påverkan nödrätten har på frågan, samt vilket rättssäkerhetsskydd som patienter med anorexia nervosa inom den psykiatriska tvångsvården har.

Det är inte helt självklart utifrån lagstiftningen att sondmatning kan omfattas av 17 § LPT. Sammantaget kan jag emellertid se att det finns skäl som i min mening är tillräckliga för att påstå att sondmatning kan ske utan samtycke. Detta eftersom sondmatning, trots att det är en behandling mot ett somatiskt tillstånd, är något som bidrar till behandlingen mot den psykiska sjukdomen. Dessutom skulle hälso- och sjukvårdspersonal kunna använda sig av nödrätten för att ge behandling i fall där det skulle vara mer tveksamt eftersom sondmatningen kan krävas för att hålla patienten vid liv. Det bör trots allt ingå i det ansvar som samhället tar på sig när de tar in en patient för tvångsvård. Nödrätten ska emellertid enbart användas i extrema nödsituationer och bör normalt inte krävas för att genomföra sondmatning med stöd av 17 § LPT.

Det saknas vidare utrymme i 19 och 19 a §§ LPT för att kunna göra tolkningen att bältesläggning kan användas som ett led i att möjliggöra sondmatning. Inte heller nödrätten kan utvidga detta utrymme, mer än i akuta situationer där patienten är nära att avlida eller lida allvarlig fysisk skada. Det ska alltså röra sig om extrema undantagsfall. Det ställs höga krav på när hälso- och sjukvårdspersonal får använda tvångsåtgärder inom tvångsvården och det framgår inte tydligt i lagstiftningen om detta är tillåtet. När det gäller bältesläggningar i syfte att sondmata en patient som vårdas för anorexia nervosa kan det självklart finnas en förståelse för att hälso- och sjukvårdspersonalen kan tycka det är nödvändigt att vidta dessa åtgärder för att kunna genomföra behandlingen och rädda patientens liv. Syftet med denna uppsats är inte att uttrycka huruvida bältesläggning vid sondmatning är moraliskt rätt eller om hälso- och sjukvårdspersonalen begår fel, utan enbart om det finns utrymme för bältesläggning i dessa situationer i lagstiftningen som den ser ut idag. Självklart kan alltså bältesläggning krävas, men för att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna använda den metoden inom hälso- och sjukvården krävs det förändringar i lagstiftningen. Alternativet är att hälso- och sjukvården måste göra om sina rutiner för att på ett bättre sätt följa den lagstiftning som finns. Här brister alltså lagstiftningen ur rättssäkerhetssynpunkt. För att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna använda bältesläggning för att kunna sondmata en patient med anorexia nervosa krävs det därför att lagstiftningen tydliggörs så att patienten kan förutspå vad denne kan komma att utsättas för och för att få till en lika vård över hela landet.

Det faktum att Socialstyrelsen i sina riktlinjer skriver att bältesläggning kan användas i syfte att sondmata patienten är oroväckande och farligt. Riskerna för hälso- och sjukvårdspersonalen kan bli stora om ett sådant fall skulle tas upp och prövas. Det är också oroväckande att myndigheten som ska utöva tillsyn över tvångsvården själva i sina riktlinjer föreslår metoder som inte utretts om de kan anses vara tillåtna. Detta är en stor brist som måste åtgärdas omgående för att inte fler patienter ska utsättas för otillåtna bältesläggningar.

Det krävs alltså stora förändringar i lagstiftningen om den psykiatriska tvångsvården. Lagstiftningen lider stora brister ur rättssäkerhetssynpunkt vilket kan drabba både patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Patienter riskerar att få olika vård beroende på var de söker vård. En omfattande reformering av LPT är därför något som bör ske omgående för att upprätthålla de höga krav på rättssäkerhet som ställs upp i ett demokratiskt samhälle. Vid en reformering av LPT behöver lagstiftaren ta hänsyn till en rad olika intressen, bland annat patienten, hälso- och sjukvården och närstående till patienten. I fokus i alla lägen bör vara patientens intresse. Patientens olika intressen kan emellertid stå i konflikt med varandra. Om patienten motsätter sig vård är det självklart så att patienten använder sig av sin rätt till självbestämmande. Samtidigt finns det en anledning till att patienten är inlagd inom den psykiatriska tvångsvården, nämligen att patienten är sjuk och i behov av vård som denne själv inte kan tillgodose sig. Patienter har trots allt också ett intresse av att bli så friska att de kan ta tillvara sina egna intressen och ta hand om sig själv. Det är självklart svårt att i lagstiftningen ge uttryck för att ett av dessa två intressen ska gå före det andra. Därmed kan man inte göra en lagstiftning som är så tydlig att den alltid går att förutspå genom tydligt uppsatta regler. På bekostnad av förutsebarheten kan man emellertid få en lagstiftning som ställer upp vissa krav och riktlinjer som tillsammans möjliggör att man kan tolka lagstiftningen utifrån varje enskild patients situation samtidigt som ett visst mått av förutsebarhet finns kvar. Lagstiftningen måste alltså bli tydligare för att det ska stå klart när och hur hälso- och sjukvårdspersonal får använda bältesläggning i syfte att sondmata en patient, samtidigt som den ger utrymme för att kunna göra individuella bedömningar. Som lagstiftningen ser ut nu saknas både utrymme för att göra en sådan tolkning och även utrymme för att kunna förutspå vilka tvångsåtgärder en patient kan utsättas för. Man får emellertid inte heller glömma bort hälso- och sjukvårdens intresse av att ha klarhet i vad som är tillåtet och inte, samt hälso- och sjukvårdens intresse av att ge god vård.

Källförteckning

Källor

Offentligt tryck

Departementsserien

Ds. 2014:28 Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård

Utskottsbetänkanden

SOU 1984:64 Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten

SOU 1988:7 Frihet från ansvar – Om legalitetsprincipen och om allmänna grunder för ansvarsfrihet

SOU 1998:31 Insatser mot psykiska problem hos barn och ungdomar

SOU 1998:32 Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård

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

SOU 2022:40 God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Propositioner

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

Prop. 1983/84:148 Om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt m.m.

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

Prop. 1993/94:130 Ändringar i brottsbalken m.m. (ansvarsfrihetsgrunder m.m.)

Prop. 1999/2000:44 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Prop. 2016/17:94 Ökad patientmedverkan vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Prop. 2019/20:84 Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården

Justitieombudsmannen

JO-beslut 2013-12-11, dnr 4471-2011

JO-protokoll 2016-12-21 dnr 2222-2016

JO-protokoll 2018-03-28 dnr 3816-2017

JO-beslut 2021-09-21 dnr 2782-2018

Elektroniska källor

Karolinska Institutet, Svensk MeSH, <<https://mesh.kib.ki.se/term/D004750>> (besökt: 2023-02-16)

Socialstyrelsen, statistikdatabas för psykiatrisk tvångsvård, senast uppdaterad: 2022-11-02, sökord: Baserat på vårdlandsting/region, Antal vårdtillfällen, Sluten tvångsvård genom LPT, F50 Ätstörningar, Riket, Ålder: 0-75+, <https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tvangsvard/val.aspx> (besökt 2023-01-30)

Socialstyrelsen, statistikdatabas för psykiatrisk tvångsvård, senast uppdaterad: 2022-11-02, sökord: Baserat på vårdlandsting/region, Antal åtgärder, Sluten tvångsvård genom LPT, Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande, Riket, Ålder: 0-75+, <https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tvangsvard/val.aspx> (besökt 2023-01-30)

Socialstyrelsen, statistikdatabas för psykiatrisk tvångsvård, senast uppdaterad: 2022-11-02, sökord: Baserat på vårdlandsting/region, Antal patienter, Sluten tvångsvård genom LPT, Riket, Ålder: 0-75+, <https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tvangsvard/val.aspx> (besökt 2023-01-30)

Övrigt

Socialstyrelsen, *Psykiatrisk tvångsvård: effekter av ny lagstiftning*, Stockholm 1994:2

Socialstyrelsen, *Barn och unga i psykiatrisk tvångsvård: om rättigheter och tvångsåtgärder*, Stockholm 2015

Litteratur

Asp, Petter, Ulväng, Magnus & Jareborg, Nils, *Kriminalrättens grunder*, andra upplagan, Iustus förlag, Uppsala 2013

Frändberg, Åke, "Om rättssäkerhet", *Juridisk tidskrift* nr 2 2000/01 s. 269

Gustafsson, Ewa, *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet – en rättsvetenskaplig monografi om LPT*, första upplagan, Studentlitteratur, Lund 2010

Gustafsson, Håkan, "Rättssäkerheten, moralen och "socialsakerheten"", *Tidskrift för rättssociologi* vol. 5 1988 nr 3/4

Gustafsson, Håkan, *Rättens polyvalens – en rättsvetenskaplig studie av sociala rättigheter och rättssäkerhet*, Sociologiska institutionen, Lund, 2002

Jareborg, Nils, "Rättsdogmatik som vetenskap", *Svensk juristtidning*, 2004 s. 1

Kindström Dahlin, Moa, *Psykiatrirätt – intressen, rättigheter och principer*, första upplagan, Jure förlag, Stockholm 2014

Kindström Dahlin, Moa, "Psykiatrisk tvångsvård" i *Medicinsk rätt*, (red. Zil-lén, Kavot, Mattson, Titti & Slokenberga, Santa), andra upplagan, Norstedts Juridik, Stockholm 2022

Kleineman, Jan. "Rättsdogmatisk metod" i *Juridisk metodlära* (red. Nääv, Maria & Zamboni, Mauro), andra upplagan, Studentlitteratur, Lund 2018

Peczenik, Aleksander, *Vad är rätt? Om demokrati, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation*, första upplagan, Fritze, Stockholm 1995

Rynning, Elisabeth, *Samtycke till medicinsk vård och behandling – en rättsvetenskaplig studie*, första upplagan, Iustus förlag, Uppsala 1994

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

Sandgren, Claes, *Rättsvetenskap för uppsatsförfattare - ämne, material, metod, argumentation och språk*. 5 uppl., Norstedts Juridik, Stockholm 2021

Svensson, Gustav, "Rättssäker och rättvis biståndsbedömning – är det möjligt?" i *Legitimitetsfrågor inom socialrätten* (red. Wahlne Westerhäll, Lotta), första upplagan, Norstedts Juridik, Stockholm 2007

Tännsjö, Torbjörn, *Tvång i vården*, första upplagan, Thales, Stockholm 1994

Vahlne Westerhäll, "Barnets bästa vid psykiatrisk tvångsvård – exemplet anorexia nervosa", *Förvaltningsrättslig tidskrift* nr 1/2016

Wallin, Ulf, af Sandeberg, Anna-Maria, Nilsson, Karin & Linné, Yvonne, *Åtstörningar: kliniska riktlinjer för utredning och behandling*, 2. uppl., Svenska psykiatriska föreningen (SPF), Sundsvall 2015

Wallsten, Tuula, Björkdahl, Anna, Engelsöy, Peter, Holm, Herman, Görefält, Lisa, Höglund, Pontus, Kjellin, Lars, Nilsson, Lars-Håkan & Nilsson, Mikael, *Psykiatrisk tvångsvård: kliniska riktlinjer för vård och behandling*, 1. uppl., Svenska psykiatriska föreningen (SPF), Stockholm 2013

Zila, Josef, ”Om rättssäkerhet”, *Svensk juridisk tidskrift* 1990 s. 284

Lagkommentarer

Bäcklund, Agneta, Johansson, Stefan, Trost, Hedvig, Träskman, Per Ole, Wennberg Suzanne & Wersäll, Fredrik, *Brottsbalken – en kommentar*, Norstedts Juridik, 2022-11-25 Version 21 JUNO, kommentaren till 24 kap. 4 § BrB

Grönwall, Lars, Holgersson, Leif & Idarsson, Bertil, *Psykiatrin, tvånget och lagen – en lagkommentar i historisk belysning*, Norstedts Juridik, 2023-04-14 Version 8 JUNO, kommentaren till 17, 19 och 19 a §§ LPT

Gylling Lindkvist, Cecilia, *Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård*, Karnov (JUNO), besökt: 2023-02-05, kommentaren till 19 § LPT

Johnsson, Lars-Åke, *Hälso- och sjukvårdslagen – med kommentarer*, Norstedts Juridik, 2021-08-20 Version 11 JUNO, kommentaren till 5 kap. 1 § HSL

Zila, Josef, *Brottsbalk (1962:700)*, Lexino (JUNO), 2020-08-24, kommentaren till 24 kap. 4 § BrB