

Barn och unga i psykiatrisk tvångsvård

Om rättigheter och tvångsåtgärder

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2015-1-31

Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2015

Förord

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att öka kunskapen kring barn som vårdas i psykiatrisk tvångsvård och att förbättra deras tillgång till information.

Denna rapport beskriver arbetet med att ta fram ett informationsmaterial till barn som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) om deras rättigheter. Ett utformat material bifogas i rapporten.

Rapporten beskriver också i möjliga orsaker till att flickor är överrepresenterade när det gäller vidtagna tvångsåtgärder och innehåller förslag på hur dessa orsaker kan undersökas närmare.

Arbetet har skett i samråd med Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Barnombudsmannen (BO), Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH).

Rapporten vänder sig till Socialdepartementet.

Taina Bäckström
ställföreträdande generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Del 1: Informationsmaterial om rättigheter till barn	9
Bakgrund	9
Uppdragets genomförande.....	9
Vad vill barn veta?	10
Distribution och tillgänglighet	11
Förutsättningar för informationsmaterialet	11
Kostnadsberäkning informationsmaterial.....	12
Del 2: Genusperspektiv på tvångsåtgärder.....	13
Bakgrund	13
Genomförande.....	13
Statistik om psykiatrisk tvångsvård	14
Slutsatser och förslag	14
Referenser	17
Bilaga 1. Informationsmaterial	19
Bilaga 2. Genusperspektiv på psykiatrisk tvångsvård av barn	20
Inledning.....	20
Begreppsdefinitioner	20
Metod	21
Statistiskt material	22
Inrapportering till patientregistret	24
Genusperspektiv	25
Slutsatser	35
Referenser	36
Lagar och föreskrifter.....	38

Sammanfattning

Socialstyrelsen har av regeringen fått i uppdrag att öka kunskapen om barn som vårdas i psykiatrisk tvångsvård samt att förbättra deras tillgång till information. Den första delen av uppdraget har fokuserat på att arbeta fram ett informationsmaterial till barn som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) om deras rättigheter. Den andra delen av uppdraget har handlat om att finna möjliga orsaker till att flickor är överrepresenterade när det gäller vidtagna tvångsåtgärder, samt ta fram förslag på hur detta kan undersökas närmare.

Det informationsmaterial som Socialstyrelsen tagit fram är framför allt riktat till barn som vårdas enligt LPT och LRV, men det innehåller också information som är relevant för barn som är frivilligt vårdade inom den psykiatriska vården.

Socialstyrelsen har haft kontakt med vårdgivare, brukar- och anhörigorganisationer, enskilda barn och unga som vårdas och har vårdats i psykiatrisk tvångsvård och deras anhöriga. Uppdraget har genomförts i samarbete med Barnombudsmannen och i samråd med Inspektionen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting och Nationell samverkan för psykisk hälsa samt med experter inom området.

Samtliga aktörer och de barn och unga som involverats i uppdraget understryker vikten av att informationsmaterialet till barn och unga kompletteras med stöd och information till personalen som möter barnen. Detsamma gäller information till vårdnadshavare, om vilka rättigheter barn som tvångsvårdas har, för att därigenom skapa möjligheter för dem att ge stöd till sitt barn.

Eftersom det finns brister i rapporteringen från vårdgivarna till patientregistret, försvåras möjligheterna att dra säkra och generaliserbara slutsatser om varför flickor är överrepresenterade när det gäller vidtagna tvångsåtgärder.

Socialstyrelsen har valt att, förutom att analysera det statistiska underlaget, sammanställa ett fördjupat underlag för diskussion och dialog utifrån frågeställningar inom områden som makt, kunskap och diagnoser i relation till genus och tvångsåtgärder. De slutsatser som framkommit i fördjupningsunderlaget och i dialog med experter och samrådsaktörer, har utgjort underlag för Socialstyrelsens förslag till hur orsaker till att flickor är överrepresenterade när det gäller vidtagna tvångsåtgärder, kan undersökas närmare:

1. en flerårig statistisk uppföljning av barn som tvångsvårdas för att identifiera och analysera eventuella trender och regionala skillnader avseende hur tvångsvård och tvångsåtgärder tillgrips
2. en jämförande studie av journalerna, med fokus på motiveringarna till tvångsvård och tvångsåtgärder enligt LPT respektive LVU, för att se eventuella skillnader som kan förstås ur ett genusperspektiv
3. en kartläggning av den psykiatriska tvångsvården av barn, ur ett genusperspektiv, med särskilt fokus på bemötande, delaktighet och makt.

Socialstyrelsens förslag till åtgärder bör genomföras så att barns erfarenheter och kunskaper tillvaratas på ett systematiskt sätt. Detta kan exempelvis ske genom samtal med barn som har erfarenhet av tvångsvård enligt LPT, LRV eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Del 1: Informationsmaterial om rättigheter till barn

I denna del av rapporten redovisas arbetet med att ta fram informationsmaterialet till barn som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) om deras rättigheter.

Bakgrund

Under 2013 genomförde Barnombudsmannen (BO) en granskning av hur mänskliga rättigheter respekteras när det gäller barn med psykisk ohälsa, *Bryt tystnaden - barn och unga om samhällets stöd vid psykisk ohälsa* [1].

Myndigheten lyssnade på barn och unga som har upplevt psykisk ohälsa och som har erfarenhet av olika typer av vård, däribland tvångsvård och barn- och ungdomspsykiatrisk vård. Undersökningen visade att det är svårt för den som är tvångsvårdad att göra sin röst hörd och att många inte vet vilka rättigheter de har.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett material som informerar barn och unga som vårdas i psykiatrisk vård om deras rättigheter. Materialet ska fokusera på barn som vårdas med stöd av LPT och LRV men också innehålla information som kan vara relevant för barn som är frivilligt vårdade.

Informationsmaterialet om psykiatrisk tvångsvård bör enligt uppdraget innehålla uppgifter om barns och ungas rättigheter enligt FN:s konvention om barnets rättigheter, LPT, LRV, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), och övrig relevant lagstiftning. Utgångspunkten har varit barns och ungas egna erfarenheter och frågor. Barn och unga som har erfarenhet av tvångsvård har fått lämna synpunkter på informationsmaterialet innan det har färdigställts.

Uppdragets genomförande

Uppdraget inleddes med ta fram en sammanställning av aktuella och relevanta lagar för den primära målgruppen, det vill säga barn som vårdas enligt LPT och LRV. Därefter har texter formulerats och anpassats till barnens behov. Socialstyrelsen har gjort stora ansträngningar för att komma i kontakt med målgruppen och har lyckats, bland annat med hjälp av Hjärnkoll [2], som skickade ut en förfrågan bland sina attitydambassadörer, om att delta med sina erfarenheter. De ambassadörer som Socialstyrelsen kom i kontakt med hade egna erfarenheter av tvångsvård men var dock unga vuxna, över 18 år. Därutöver fick Socialstyrelsen kontakt med målgruppen genom att föreningen Mind [3] erbjöd möjligheten att på sin Facebook-sida fråga efter personer som kunde tänka sig att dela med sig av sina erfarenheter. Barnombudsmannen har dessutom genomfört intervjuer med 5 barn, enligt metoden ”Unga direkt”, dels inför framtagandet av informationsmaterialet och dels för att lämna synpunkter på det framtagna materialet.

Utöver intervjuer med målgruppen genomfördes ett antal intervjuer med verksamhetsföreträdare, samrådsaktörer och anhöriga till barn som vårdats i psykiatrisk vård, både med och utan tvång.

Intervjuer och dialog med samrådsaktörer har tillfört synpunkter på innehåll och form vad gäller informationsmaterialet, och även synpunkter på förutsättningar för införande och spridning av materialet. En central synpunkt, som framfördes från samtliga, är att man inte enbart kan ta fram ett informationsmaterial till barnen, utan att samtidigt ge kunskap till både personal och anhöriga. Personal och anhöriga behöver stöd och kunskap för att kunna möta barnens frågor efter det att barnen har tagit del av det tänkta informationsmaterialet.

Vad vill barn veta?

Barnen vill ha information om alla lagar och alla bestämmelser. Barnen vill också få exakta svar, och veta vad som verkligen gäller. Detta innebär två utmaningar, dels att ett material som omfattar ”allt” kan bli mycket omfattningsrikt och uppfattas som tungt och svårtillgängligt, dels att det sällan är möjligt att få veta exakt vad som gäller då det oftast handlar om bedömningar utifrån den specifika individen och situationen.

Socialstyrelsen har i arbetet tagit stor hänsyn till det som barnen lyfter i samtalen och som de vill ha belyst i informationsmaterialet, och har försökt att på ett enkelt och pedagogiskt sätt förklara deras rättigheter och de inskränkningar de kan komma att beröras av.

När vill barnen ha information?

Barnen vill att materialet ska finnas tillgängligt och levande under hela vårdprocessen. Informationsmaterialet bör finnas tillgängligt så att barnen själva kan söka informationen när de vill. Det är dock viktigt att personalen samtidigt är väl insatta i materialet för att kunna ge det stöd som barnet behöver. Enligt Barnombudsmannens intervjuer, är det tydligt att barnen vill ha information om och under hela vårdprocessen, från att de blir intagna eller aktuella inom psykiatrin, tills att de skrivs ut och det eventuellt sker en uppföljning. Vidare framgår det att det är viktigt för barnen att få information vid upprepade tillfällen och att personalen försäkras sig om att barnet har förstått.

Hur vill barnen ha informationen?

Informationsmaterialet bör presenteras, såväl skriftligt som muntligt och digitalt.

Jag tycker att informationsmaterialet ska finnas i fler olika produkter som affisch, film, vykort, bok, serie, morgonsamlingsämne m.m. Det kan sitta affischer på hela avdelningen och även på ytterdörren. På ytterdörren står det vad du inte får ha med dig in istället för patientens rättigheter. (Ung kvinna som tvångsvårdats från och till sedan hon var 13 år.)

I intervjuerna framkommer det att barnen har behov av att informationen finns i olika format. Flera av barnen efterfrågar individanpassad information. Den bör vara anpassad efter barnens förmåga att ta emot information med hänsyn till exempelvis funktionsnedsättningar, och innehålla kontaktuppgifter om vart barnet kan vända sig i sitt specifika fall. Kommunikationen handlar inte bara om att ge information i skrift utan också om att lyssna till barnen. Barnen vill ha en dialog med personalen.

Informationsmaterialet

Socialstyrelsen har tagit fram innehåll och utformat informationsmaterial för barn och unga som vårdas enligt stöd av LPT och LRV (bilaga 1). Materialet innehåller information om vilka rättigheter och vilka inskränkningar de kan komma att beröras av och är uppdelat i två olika informationsenheter, för respektive LPT och LRV. Förutsatt att medel tilldelas för produktion av materialet, föreslår Socialstyrelsen att materialet produceras och görs tillgängligt i följande format:

- en broschyr (även digital och bläddringsbar)
- en affisch (även digital)
- ett inspelat ljudmaterial.

I uppdraget framgår det att materialet ska anpassas till barn som tvångsvårdas, men också innehålla information som kan vara relevant för barn som är frivilligt vårdade. Socialstyrelsen har valt att anpassa materialet för den primära målgruppen; barn som vårdas enligt LPT och LRV. De delar i informationsmaterialen som belyser rättigheter är dock giltiga även för den bredare målgruppen.

Distribution och tillgänglighet

Informationsmaterialet ska finnas både som tryckt och digitalt material och ska kunna beställas från Socialstyrelsen.

De intervjuade barnen har framfört att de inte vill ha en ”tråkig” utskrift, utan ett ”fint” material. Barnen menar att det visar att man blir tagen på allvar, att man är värd att få en egen broschyr.

Förutsatt att medel tilldelas för produktion av informationsmaterialet ska det även göras tillgängligt, via bland annat Vårdguiden 1177, brukar- och anhörigorganisationer, barn- och ungdomspsykiatri, Barnombudsmannen, Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting, Ungdomsmottagning på nätet (UMO.se).

Förutsättningar för informationsmaterialet

Socialstyrelsen anser att det är viktigt att även ge stöd till och att öka kunskapen hos personalen om barns rättigheter i psykiatrisk vård och stödja möjligheten att arbeta utifrån ett barnrättsperspektiv. Ökad kunskap hos personalen är en förutsättning för att spridningen av informationsmaterialet ska bli framgångsrik.

Samtliga aktörer som Socialstyrelsen har haft samråd med, verksamheterna själva, barn och unga samt deras vårdnadshavare och anhöriga poängterar

att informationsmaterialet bör kompletteras med stöd och information till personal som möter barnen. Information om vilka rättigheter barn som tvångsvårdas har bör även ges till vårdnadshavare för att skapa möjligheter för vårdnadshavaren att ge relevant stöd till sitt barn.

I Barnombudsmannens samtal med barn har det framkommit synpunkter som handlar om personalens bemötande och kompetens som också bekräftar behovet av stöd och information till såväl personal som vårdnadshavare.

En plan för införande av informationsmaterialet till barn och en utbildningsinsats till personal skulle med fördel kunna utvecklas inom ramen för det föreslagna nationella genombrottsprojektet som anges i departementspromemorian *Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård* [4]. Det nationella genombrottsprojektet ska, enligt promemorian, fokusera på den psykiatriska tvångsvården för barn och unga utifrån den modell som utvecklats inom ramen för SKL:s arbete med *Bättre vård – mindre tvång* [5].

Kostnadsberäkning informationsmaterial

I tabell 1 redovisas de kostnader som tillkommer för att producera och distribuera informationsmaterialet.

Tabell 1. Kostnadsberäkning exklusive personalkostnader

Produkt	Aktivitet	Antal	Estimerat pris
Informationsmaterial för barn	Tryck	1 000	10 000
	Distribution		50 000
Affisch	Tryck	1 000	25 000
	Distribution		40 000
Ljudmaterial	Inspelning	1	65 000
Blädderbar pdf	Produktion	1	10 000
	Summa:		200 000

Del 2: Genusperspektiv på tvångsåtgärder

Bakgrund

Under 2013 granskade Barnombudsmannen hur mänskliga rättigheter respekteras för barn med psykisk ohälsa [1]. Myndigheten lyssnade på barn och unga som har upplevt psykisk ohälsa och som har erfarenhet av olika typer av vård, däribland tvångsvård och barn- och ungdomspsykiatrisk vård. I granskningen framgår att vårdenheterna själva har dokumenterat betydligt fler tvångsåtgärder än vad som har rapporterats till patientregistret. I tabell 1 redovisas antal barn som varit i kontakt med den psykiatriska vården under 2012.

Tabell 1. Antal barn i Sverige och antal barn i kontakt med den psykiatriska vården

	Sverige	Öppenvård	Slutenvård	Tvångsvård	Tvångsåtgärder
Pojkar	993 249	27 611	944	118	42
Flickor	938 896	18 863	1 520	161	66
Totalt	1 932 145	46 474	2 464	279	108

I kolumnerna från vänster till höger: antal barn i Sverige, antal barn som besökt läkare i öppenspsykiatri, antal barn som vårdats i psykiatrisk slutenvård, antal barn som har tvångsvårdats, antal barn som tvångsvårdats och utsatts för tvångsåtgärder. Statistiken gäller 2012.
Källa: Socialstyrelsens patientregister 2012

Även Socialdepartementet har inhämtat statistik över tvångsvård och tvångsvårdstillfällen, inom ramen för beredningen av betänkandet *Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd* (SOU 2012:17). Statistiken visar att fler flickor än pojkar tvångsvårdas och att fler flickor än pojkar utsätts för tvångsåtgärder.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att genom exempelvis en dialog med berörda verksamheter och bearbetning av befintliga data peka på möjliga orsaker till att flickor är överrepresenterade när det gäller vidtagna tvångsåtgärder samt föreslå hur detta kan undersökas närmare. Uppdraget har genomförts i samråd med Barnombudsmannen, Inspektionen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting och Nationell samverkan för psykisk hälsa.

Genomförande

Inledningsvis tog Socialstyrelsen fram befintlig statistik ur patientregistret. Socialstyrelsen bedömde dock att det inte var genomförbart att föra en dialog enbart utifrån denna statistik, bland annat på grund av den redan kända underrapporteringen, och valde därför att även sammanställa ett fördjupat

underlag för diskussion och dialog i syfte att problematisera och finna lämpliga områden för vidare studier. För att identifiera frågeställningar och områden att undersöka djupare intervjuades externa verksamheter och samrådsaktörer.

Beteendevetaren Thérèse Eriksson anlitas för att sammanställa ett underlag för diskussion och dialog. Thérèse Eriksson arbetar med frågor om psykisk ohälsa hos unga, har skrivit böcker om självskadebeteende och tvångsvård samt är en av initiativtagarna till den ideella föreningen SHEDO (Self Harm and Eating Disorders Organisation).

Per A. Gustafsson, professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Linköpings universitet, har deltagit i arbetet som vetenskapligt råd. Han har bidragit med synpunkter och råd samt granskat och kommenterat det slutliga underlaget.

För att säkerställa ett så relevant underlag som möjligt skickades synopsis ut till Barnombudsmannen, Inspektionen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting och Nationell samverkan för psykisk hälsa, Myndigheten för delaktighet och Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, samt till representanter för verksamheter. Dialog har förts löpande med ovan nämnda aktörer och synpunkter på det slutliga underlaget har även inhämtats.

Underlaget presenteras i sin helhet i bilaga 2.

Statistik om psykiatrisk tvångsvård

Ett flertal insatser har gjorts under året för att öka datakvaliteten vad gäller psykiatrisk tvångsvård. Det har bland annat gällt tydligare instruktioner för inrapportering av data, utvecklade former för Socialstyrelsens kvalitetssäkring och förbättrade möjligheter för landstingen att verifiera att lämnade uppgifter är korrekta.

Registret håller nu en sådan kvalitet att, om än i begränsad omfattning, en reguljär statistikproduktion är möjlig. Uppgifterna bedöms dock inte hålla en sådan kvalitet att statistiken kan ingå i Socialstyrelsens officiella statistik. I början av december publicerades ett statistikpaket på myndighetens webbsida och under januari 2014 kommer uppgifter om psykiatrisk tvångsvård att ingå i Socialstyrelsens statistikdatabas.

Slutsatser och förslag

Det statistiska underlaget i detta uppdrag är litet, vilket innebär att enskilda patienter får stort genomslag för resultaten. Det blir bland annat tydligt när det gäller flickor och tvångsåtgärden fastspänning. Därför är det svårt att avgöra om könsskillnaderna mellan flickor och pojkar i den psykiatriska tvångsvården är motiverade, eller om de grundas på genusbias. Det vill säga att man ibland bortser från skillnader och könsspecifika behov där de finns, men också att man ibland ser skillnader mellan könen där de faktiskt inte finns. Det är inte heller möjligt att finna en entydig förklaring till vad dessa könsskillnader i så fall beror på, om det finns geografiska variationer mellan kliniker och landsting i landet, eller om det finns några tendenser till att könsskillnaden ökat eller minskat under de senaste åren.

- **Genusbias påverkar gränsdragningen mellan LVU och LPT.** Majoriteten av de ungdomar som placeras på särskilt ungdomshem är pojkar, men både flickor och pojkar på ungdomshemmen vittnar om psykisk ohälsa. Gränsdragningen mellan LVU och LPT är inte alltid självklar. I ett kommittédirektiv gällande översyn av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga så har regeringen givit utredaren i uppdrag att analysera gränsdragningen mellan LPT och LVU [6]. Direktivet omfattar däremot inte att analysera gränsdragningen ur ett genusperspektiv, något som vore motiverat med tanke på de könsskillnader som finns i såväl LPT som LVU. En frågeställning som enligt Socialstyrelsen bör undersökas närmare är om pojkar i högre grad blir placerade enligt LVU i situationer där flickor oftare omhändertas enligt LPT. Ett annat perspektiv på gränsdragning mellan LVU och LPT handlar om barnets framtid och fortsatta utveckling. Den forskning som finns gällande barn i ungdomshem ger en bild av exempelvis omhändertagna barns hälsa, skolgång och återfall i kriminalitet. Motsvarande forskning och uppföljning gällande barn i psykiatrisk tvångsvård saknas. Om vistelsen i ungdomshem bidrar till en mer negativ inverkan på barnets framtidsutsikter jämfört med psykiatrisk tvångsvård, kan valet mellan LVU eller LPT få betydelse för barnet även på längre sikt.
- **Genusbias i maktutövningen.** Makt är ett centralt begrepp i såväl psykiatrin (där makten tydligast manifesteras i tvångssituationer) som i genusvetenskapen. Den forskning som hittills bedrivits om genusbias i sjukvården har i hög utsträckning fokuserat på vuxna patienter i den somatiska vården. Mot bakgrund av vad som presenteras i bilaga 2 vore det enligt Socialstyrelsen relevant att undersöka om liknande genusbias förekommer i den psykiatriska tvångsvården av barn. En sådan studie kan undersöka hur en eventuell genusbias tar sig uttryck, och om den kan utgöra en delförklaring till föreliggande könsskillnader. År 2008 publicerade Statens institutionsstyrelse en forskningsrapport om kön och behandling inom tvångsvård, som studerar hur vården organiseras med avseende på genus. En motsvarande studie bör enligt Socialstyrelsen kunna genomföras avseende den barn- och ungdomspsykiatriska tvångsvården. Faktorer som bemötande, vidtagna tvångsåtgärder, motivering av vidtagna tvångsåtgärder, val av behandlingsform och medicinering kan då närmare analyseras ur ett genusperspektiv
- **Flickor med självskadebeteende.** Erfarenheten visar att det är svårt att ge god vård till gruppen patienter med självskadebeteende. Majoriteten av dessa patienter antas vara flickor och kvinnor, och unga kvinnor med självskadebeteende är särskilt utsatta för tvångsvård och tvångsåtgärder.
- **Flickor med ätstörningar.** Omkring nio av tio personer som drabbas av en ätstörning är flickor eller kvinnor. Den ätstörning som vanligen leder till behov av slutenvård är anorexi, en sjukdom som också är förknippad med en förvrängd självbild och viktfoxi. I svåra fall av anorexi behövs sonmatning för att häva akut svält och hjälpa patienten att öka i vikt. Om

patienten saknar sjukdomsinsikt och motsätter sig sådan vård kan tvångsvård och tvångsåtgärder bli nödvändigt.

- **Diagnoser i patientregistret.** Den psykiatriska vården är inte utformad så att en patients diagnos ligger till grund för tvångsvård eller tvångsåtgärder. I stället är det patientens symtom och funktionsnedsättning som motiverar vårdformen och eventuella tvångs- eller vårdåtgärder. Uppgifter från patientregistret visar att flickor och pojkar i viss utsträckning vårdas för olika typer av problem. Många flickor tvångsvårdas för beteendestörningar dit ätstörningar räknas, och bland pojkar är adhd en av de vanligaste diagnoserna vid tvångsvård. Tidigare forskning har visat att diagnosfördelningen är likartad mellan frivilligt vårdade och tvångsvårdade flickor, medan den skiljer sig åt mellan frivilligt vårdade och tvångsvårdade pojkar

De slutsatser som framkommit utifrån fördjupningsunderlaget och dialog med experter och samrådsaktörer, har utgjort underlag för Socialstyrelsens förslag till hur orsaker till att flickor är överrepresenterade, när det gäller vidtagna tvångsåtgärder, kan undersökas närmare.

Åtgärderna nedan bör enligt förslaget genomföras på ett sätt som gör att barns erfarenheter och kunskaper tas tillvara. Detta kan exempelvis ske genom att samtala med barn som har erfarenhet av tvångsvård och tvångsåtgärder enligt LPT, LRV eller LVU.

Socialstyrelsens förslag:

1. en flerårig statistisk uppföljning av barn som tvångsvårdas, för att kunna identifiera och analysera eventuella trender och regionala skillnader avseende hur tvångsvård och tvångsåtgärder tillgrips
2. en jämförande studie av journalerna, med fokus på motiveringarna till tvångsvård och tvångsåtgärder enligt LPT respektive LVU, för att se eventuella skillnader som kan förstås ur ett genusperspektiv
3. en kartläggning av den psykiatriska tvångsvården av barn ur ett genusperspektiv, med särskilt fokus på bemötande, delaktighet och maktperspektiv.

Referenser

1. Bryt tystnaden - barn och unga om samhällets stöd vid psykisk ohälsa, Barnombudsmannen, 2014
2. Hjärnkoll är en nationell kampanj som arbetar för ökad öppenhet kring psykisk ohälsa med målet att alla ska ha samma rättigheter och möjligheter oavsett psykiskt funktionssätt. Kampanjen drivs av Myndigheten för delaktighet (tidigare Handisam) och nätverket Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
3. Mind är en förening som grundades 1931 och hette ursprungligen Sfph (Svenska föreningen för psykisk hälsa)
4. Departementspromemoria. Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård (Ds 2014:28)
5. Bättre vård – mindre tvång, rapport, Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, 2012
6. Kommittédirektiv 2012:79. Översyn av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, m.m. Socialdepartementet.

Bilaga 1. Informationsmaterial

Informationsmaterialet presenteras i bifogad pdf. Endast materialet för LPT har formgivits och informationsmaterial för LRV avses att formges enligt samma manér.



Bilaga 2. Genusperspektiv på psykiatrisk tvångsvård av barn

Inledning

Under 2013 genomförde Barnombudsmannen en granskning av hur mänskliga rättigheter respekteras för barn med psykisk ohälsa. Myndigheten lyssnade på barn och unga som har upplevt psykisk ohälsa och som har erfarenhet av olika typer av vård, däribland tvångsvård och barn- och ungdomspsykiatrisk vård. I undersökningen framgår att det antal tvångsåtgärder som vårdenheterna själva har dokumenterat är betydligt större än det som har rapporterats till patientregistret [1].

Socialdepartementet har även inhämtat statistik som visar att fler flickor än pojkar tvångsvårdas och att fler flickor än pojkar utsätts för tvångsåtgärder. Orsakerna till dessa könsskillnader är inte kända varför regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra vissa insatser kring barn som vårdas i psykiatrisk tvångsvård (S2014/2929/FS).

Beteendevetaren Thérèse Eriksson har anlitats för att sammanställa ett fördjupat underlag för diskussion och dialog med berörda aktörer. Thérèse Eriksson arbetar med frågor om psykisk ohälsa hos unga, har skrivit böcker om självskadebeteende och tvångsvård samt är en av initiativtagarna till den ideella föreningen SHEDO (Self Harm and Eating Disorders Organisation).

Underlaget undersöker möjliga orsaker till att flickor är överrepresenterade när det gäller vidtagna tvångsåtgärder. Ambitionen är därför inte att förklara könsskillnaderna i den psykiatriska tvångsvården av barn, utan att problematisera och finna lämpliga områden för vidare studier.

Begreppsdefinitioner

Här nedan följer definitioner av ett antal begrepp som är centrala för rapportens innehåll. Definitionerna utgår huvudsakligen från den ordlista som Nationella sekretariatet för genusforskning [2] har sammanställt, samt från lagstiftning [3] och Förenta Nationernas konvention om barnets rättigheter [4].

Barn – Varje människa under 18 år är ett barn.

BUP – Barn- och ungdomspsykiatrisk vård.

Genus – Det socialt konstruerade klassifikationssystem som delar in människor i kategorierna kvinnor och män och som förknippar dessa kategorier med olika egenskaper och handlingsmönster. Med genus avses även den sociala process som tillskriver människor och institutioner kollektiva maskulina och feminina könsegenskaper.

Genusbias – Att se skillnader mellan könen där de inte finns, eller att bortse från skillnader och könsspecifika behov där de faktiskt finns.

Genusperspektiv – När samhällliga företeelser, förhållanden och processer analyseras utifrån ett perspektiv som tar hänsyn till att relationer mellan kön kan inverka även i sammanhang som är till synes könsneutrala. Genusper-

spektiv uppmärksammar även att föreställningar om kön skapar systematisk ojämsställdhet mellan könen.

Kön – Avser juridiskt kön. I Sverige finns två juridiska kön: man och kvinna. I rapporten används orden flicka och pojke när personer under 18 år avses, samt kvinnor respektive män när personer som är 18 år eller äldre avses.

LPT – Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. För att LPT ska bli aktuellt krävs att patienten bedöms lida av en allvarlig psykisk störning och att har ett vårdbehov som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom inläggning. Det krävs också att patienten motsätter sig vården.

LRV – Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. En person som begått ett brott men som bedöms ha lidit av en allvarlig psykisk störning vid tillfället för brottet kan dömas till rättspsykiatrisk vård.

LVU – Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. LVU kan i huvudsak tillämpas om en ung person far illa på grund av bristande hemförhållanden som ger en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas (§ 2), eller på grund av eget beteende som utsätter den unges hälsa eller utveckling för en påtaglig risk (§ 2).

Tvångsvård – Begreppet används när tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård avses. Om tvångsvård enligt annat lagrum åsyftas, så som lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, anges detta uttryckligen.

Tvångsåtgärd – Begreppet syftar i denna rapport på de tvångsåtgärder som är tillåtna att vidta enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård: § 17 (läkemedelstillsförelse utförd under fastspänning eller fasthållande), § 19 (fastspänning), § 20 (avskiljande), § 20a (inskränkning av elektroniska kommunikationstjänster) samt § 22 och § 22a (inskränkning och övervakning av försändelser).

Metod

Rapporten har tagits fram genom bearbetning av data som hämtats från två huvudsakliga källor: befintlig statistik från patientregistret avseende barn i psykiatrisk tvångsvård samt tidigare forskning företrädesvis om barn inom psykiatrisk tvångsvård och könsskillnader i vården för att förstå och problematisera statistiken. Det finns till dags dato begränsat med forskning som undersöker barn- och ungdomspsykiatrisk vård ur ett genusperspektiv, varför även studier gällande genus och sjukvård i mer allmän mening har använts.

Rapporten har även kompletterats med kommentarer från berörda verksamheter. Regeringens plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa (PRIO) på Socialdepartementet, Barnombudsmannen, Inspektionen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting, Myndigheten för delaktighet, Riksförbundet för social och mental hälsa samt Nationell samverkan för psykisk hälsa har alla beretts möjlighet att komma med synpunkter på rapportens utformning och innehåll.

Det statistiska materialet har tagits fram och tolkats tillsammans med Sanna Tiikkaja, statistiker på Socialstyrelsen, och Per Gustafsson har kommit med värdefulla synpunkter i egenskap av vetenskapligt råd.

Statistiskt material

Patientregistret

Samtlig statistik som rapporteras i denna rapport är hämtad från Socialstyrelsens patientregister om ingenting annat uttryckligen anges. Statistiken gäller för år 2012 och för barn från 0 till 17 år.

Patientregistret har som syfte att följa hälsoutvecklingen i befolkningen, förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar samt att bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling. Registret tillhandahåller data för bland annat statistik, forskning och utvärdering [5].

Sedan 2009 ska den som bedriver psykiatrisk tvångsvård lämna uppgifter till patientregistret tre gånger varje år gällande de patienter som är eller under året har varit inskrivna för tvångsvård enligt LPT eller LRV. Ett antal olika uppgifter ska lämnas, däribland patientens ålder, kön, diagnos, psykiatrisk vårdform och eventuella vidtagna tvångsåtgärder. När det gäller öppen psykiatrisk vård är det enbart besök till läkare som rapporteras till patientregistret [6].

Eftersom kravet på att rapportera dessa uppgifter till patientregistret är förhållandevis nytt, och eftersom rapporteringen under de första åren antas ha varit ofullständig, är det svårt att på ett tillförlitligt sätt jämföra data från 2012 med tidigare år.

Barn i den psykiatriska vården

För att få en bättre förståelse för patientflödet kommer statistik för olika typer av vård att presenteras: patienter som vårdats i öppen psykiatrisk vård, patienter som vårdats i slutna psykiatrisk vård (frivilligt och med stöd av LPT eller LRV) samt patienter som tvångsvårdats i slutna psykiatrisk vård. Flickor och pojkar vårdas i viss mån i olika delar av den psykiatriska vården. Fler pojkar än flickor vårdas inom öppenspsykiatrin, och fler flickor än pojkar vårdas i den slutna psykiatriska vården och i den psykiatriska tvångsvården.

Alla barn vårdas inte inom barn- och ungdomspsykiatrin. Vissa barn kan ibland få vård på en vuxenpsykiatrisk eller barn- och ungdomsmedicinsk avdelning i stället. Det kan bero på att det aktuella landstinget eller regionen saknar egen barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård, eller på att barn- och ungdomspsykiatrin saknar resurser eller kompetens att hjälpa barnet. Därför redovisas data för BUP respektive övriga typer av vård separat.

De allra flesta barn hade under 2012 inte någon kontakt med den psykiatriska vården. Bland de barn som kom i kontakt med psykiatrin handlade det vanligtvis om läkarbesök i öppenvården. En liten andel barn vårdades i någon typ av slutna psykiatrisk vård, och av dessa vårdades ungefär en tiondel enligt någon tvångsvårdslagstiftning (tabell 1).

Tabell 1. I kolumnerna från vänster till höger: antal barn i Sverige, antal barn som besökt läkare i öppenspsykiatri, antal barn som vårdats i psykiatrisk slutenvård, antal barn som har tvångsvårdats. Statistiken gäller 2012.

	Sverige	Öppenvård	Slutenvård	Tvångsvård
Pojkar	993 249	27 611	944	118
Flickor	938 896	18 863	1 520	161
Totalt	1 932 145	46 474	2 464	279

Barn i psykiatrisk öppenvård

År 2012 gjorde barn och unga totalt 139 413 läkarbesök i någon form av psykiatrisk öppenvård. Bland patienterna fanns fler pojkar än flickor.

54 procent av besöken gjordes av pojkar och 46 procent av flickor. Eftersom varje patient kan träffa en läkare flera gånger under ett års tid, är det sammanlagda antalet besök större än antalet besökare varje år. Totalt var det 46 474 unika patienter som besökte läkare i öppenspsykiatrisk vård, varav 59 procent var pojkar och 41 procent var flickor.

De allra flesta besöken, 93 procent, gjordes inom den inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården. Sammanlagt besökte 43 540 patienter BUP under 2012, 60 procent pojkar och 40 procent flickor. Övriga besök gjordes i någon annan typ av psykiatrisk öppenvård som inte tillhörde barn- och ungdomspsykiatri.

Barn i psykiatrisk slutenvård

Den här gruppen omfattar alla barn som vårdats i psykiatrisk slutenvård, oberoende av om de vårdats frivilligt eller med stöd av någon tvångsvårdslag, eller om de vårdats i barn- och ungdomspsykiatri eller i vuxenpsykiatri. Under 2012 var det fler flickor än pojkar som var inlagda på någon avdelning för psykiatrisk vård.

Totalt vårdades 2 464 barn i någon form av sluten psykiatrisk vård, 944 pojkar och 1 520 flickor. Flickorna hade något fler vårdtillfällen per person än pojkarna hade, vilket innebär att de i högre grad än pojkar skrevs ut för att skrivas in i slutenvården igen vid ett senare tillfälle under året.

72 procent av barnen i slutenvård vårdades på en barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning. Resterande 28 procent (349 pojkar och 341 flickor) vårdades i någon typ av psykiatrisk slutenvård som inte tillhörde BUP. Det kan till exempel vara allmänpsykiatrisk vård för vuxna, rättspsykiatrisk region-sjukvård eller psykiatrisk rehabilitering.

Barn i sluten psykiatrisk tvångsvård

Den sista gruppen består av 279 barn som tvångsvårdades på en sluten psykiatrisk avdelning. Totalt handlar det om 118 pojkar och 161 flickor. Precis som när det gäller slutenvård i allmänhet stod de tvångsvårdade flickorna för något fler vårdtillfällen än pojkarna gjorde.

Majoriteten av de patienter som tvångsvårdades hade haft en vårdkontakt i öppenspsykiatri och hade slutenvårdats tidigare innan de blev föremål för tvångsvård. 32 barn hade inte tidigare haft någon kontakt med öppenspsykiatri, och 21 barn hade inte slutenvårdats innan de kom att tvångsvårdas.

Tvångsåtgärder i sluten psykiatrisk tvångsvård av barn

Av de barn som vårdades i sluten psykiatrisk tvångsvård utsattes 38 procent för någon form av tvångsåtgärd, totalt 42 pojkar och 66 flickor. Bland de tvångsåtgärder som rapporterats in till patientregistret är bältesläggning upp till fyra timmar den vanligast förekommande, fränsett upprättandet av vårdplan som också räknas som en tvångsåtgärd enligt klassificeringssystemet KVÅ [7].

Bältesläggning

Lagen om psykiatrisk tvångsvård medger att en patient kortvarigt får spännas fast med bälte eller annan liknande anordning om det finns en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan. Med ”kortvarigt” avses fastspänning upp till fyra timmar. Om det fattas beslut om längre fastspänning så ska inspektionen för vård och omsorg underrättas utan dröjsmål [8]. De flesta fastspänningar av barn som rapporterats till patientregistret är kortvariga.

Åtta pojkar och 20 flickor blev fastspända upp till och med fyra timmar, vid ett eller flera tillfällen. Flickor står för totalt 92 procent av alla fastspänningar upp till fyra timmar. Fyra flickor står för 88 procent av alla fastspänningar upp till fyra timmar bland flickor, och fyra flickor står för 81 procent av det totala antalet fastspänningar upp till fyra timmar bland både flickor och pojkar.

Tio flickor och fyra pojkar har blivit fastspända vid ett tillfälle vardera, fem flickor har blivit fastspända vid två tillfällen och fem flickor har blivit fastspända mellan tre och 76 gånger. Antalet pojkar som blivit fastspända två eller fler gånger kan inte redovisas på grund av för små tal.

I patientregistret finns även uppgifter om åtta tillfällen då flickor varit fastspända längre tid än fyra timmar men kortare än 72 timmar, eller längre tid än 72 timmar. Motsvarande siffra för pojkar är för liten för att kunna redovisas.

Inrapportering till patientregistret

Det är sedan tidigare känt att det finns brister i inrapporteringen från vårdgivarna till patientregistret [5],[1]. Även i denna rapport måste bristerna påtalas då betydelsen av ett fullständigt underlag inte nog kan understrykas.

I sin rapport ”Bryt tystnaden” granskade Barnombudsmannen hur tvångsåtgärder tillämpades på ett antal vårdenheter där barn tvångsvårdades. I sitt urval av 38 vårdenheter hittade Barnombudsmannen fler fastspänningar under andra halvåret av 2012 än vad som finns inrapporterat till patientregistret under hela år 2012 [1].

Att inrapporteringen till Socialstyrelsen är ofullständig försvårar möjligheterna till att dra säkra och generaliserbara slutsatser av den befintliga statistiken. Eftersom det är ett relativt litet antal barn som tvångsvårdas varje år blir det statistiska underlaget särskilt känsligt för bortfall. Det gör också att varje enskild patient kan ge stor inverkan på resultatet. Detta framgår i föregående stycke gällande tvångsåtgärden fastspänning, där ett fåtal patienter står för en stor andel av bältesläggningarna av barn. Detta måste tas i beak-

tande när statistiken tolkas. Socialstyrelsen arbetar för närvarande med ett flertal aktiviteter för att öka rapporteringens kvalitet.

Att det är ett litet antal barn som tvångsvårdas gör det också svårt att exempelvis analysera geografiska skillnader mellan landsting och regioner, eller mellan olika diagnos- eller åldersgrupper, då det av sekretesskäl inte är möjligt att redovisa så små tal. Det har sedan tidigare uppmärksammats att det föreligger stora regionala skillnader i tillämpningen av tvångsvård av vuxna patienter, varför det inte kan uteslutas att det samma gäller vid tvångsvård av barn [9].

Genusperspektiv

Det finns i dagsläget inte anledning att tro att föreliggande skillnader mellan pojkar och flickor i den psykiatriska tvångsvården kan förklaras av att tvångsvård och tvångsåtgärder som vidtas mot pojkar underrapporteras i högre utsträckning än dito som vidtas mot flickor. Fortsättningsvis är därför utgångspunkten att skillnaderna är faktiska och måste förklaras på annat sätt än genom skillnader i rapportering till patientregistret. Möjliga förklaringar diskuteras nedan.

Genusbias

Forskning har visat att vården ibland gör omotiverade skillnader mellan kvinnor och män eller bortser från skillnader som är medicinskt betydelsefulla, med felaktig diagnos eller behandling om följd [10]. Detta kallas genusbias och är alltså en slags könsfördomar.

I olika forskningsstudier har man kunnat visa på genusbias genom att exempelvis jämföra vårdpersonals bedömning av identiska fallbeskrivningar, där hälften av försökspersonerna fått bedöma manliga patienter och den andra hälften fått bedöma kvinnliga patienter. En sådan studie visade att läkare var mer benägna att rekommendera kvinnor att gå ner i vikt när de hade ett BMI på 25, medan männen rekommenderas viktnedgång först vid BMI 30. En annan studie visade att patienten föreslogs genomgå fler prover och undersökningar om han var man, och föreslogs få mer psykofarmaka om hon var kvinna, trots att patienterna i fallbeskrivningen uppvisat samma symtom [10]. Detta ligger i linje med uppfattningen att mäns problem oftare har en biologisk/organisk förklaring, medan kvinnors oftare antas ha en psykosomatisk/emotionell grund [11].

Andra undersökningar har visat att kvinnor generellt sett får fler läkemedel än män, något som kan bli ett problem eftersom risken för biverkningar och läkemedelsinteraktioner ökar vid polyfarmaci [12]. När patienter i psykiatrisk slutenvård studerats har man funnit att kvinnor inte bara får fler preparat än män, utan att de också oftare ordinerar antipsykotiska läkemedel, trots att de inte har någon dokumenterad psykosdiagnos [13].

Ett genomgående problem tycks vara tendensen att fästa stor uppmärksamhet vid patientens könstillhörighet för att förklara de symtom hon eller han uppvisar. Att på så vis utgå ifrån att patienten är typisk för sitt kön kan utgöra ett hot mot patientsäkerheten. Det kan exempelvis leda till att en man med depressiva symtom förbises, eftersom depression är en starkt kvinnligt kodad sjukdom, eller att en kvinna med bröstsmärtor antas lida av depression

i stället för kärlekskramp [10]. Men det är inte möjligt att i bedömningen av en enskild individ använda gruppdata som beslutsunderlag. Variationen mellan individer inom samma grupp (i det här fallet män respektive kvinnor) kan vara lika stor som variation mellan individer i olika grupper. Det som gäller för en grupp gäller inte för alla individer i den gruppen, vilket gör könstillhörighet till en otillräcklig beslutsgrund.

Slutsatsen är att både män och kvinnor skulle dra fördelar av ett tydligare genusperspektiv i vården.

Den forskning som hittills bedrivits om genusbias i sjukvården har i hög utsträckning fokuserat på vuxna patienter i den somatiska vården. Mot bakgrund av vad som ovan presenterats vore det relevant att undersöka om liknande genusbias förekommer i den psykiatriska tvångsvården av barn. En sådan studie kan undersöka hur en eventuell genusbias tar sig uttryck, och om den kan utgöra en delförklaring till föreliggande könsskillnader.

År 2008 publicerade Statens institutionsstyrelse en forskningsrapport om kön och behandling inom tvångsvård, som studerar hur vården organiseras med avseende på genus [14]. En motsvarande studie bör kunna genomföras avseende den barn- och ungdomspsykiatriska tvångsvården. Faktorer som bemötande, vidtagna tvångsåtgärder, motivering av vidtagna tvångsåtgärder, val av behandlingsform och medicinering kan då närmare analyseras ur ett genusperspektiv.

Makt

Makt är ett centralt begrepp i genusvetenskapen. Skillnader mellan män och kvinnor kan i många fall härledas till skillnader i makt. När samhället studeras på ett strukturellt plan framgår att män överlag har mer makt än vad kvinnor har. I enskilda fall kan dock förhållandet vara det omvända. Konkreta exempel på detta kan vara att män i genomsnitt har en högre lön än kvinnor, att män sitter på fler ledande positioner i företag och på statliga myndigheter än vad kvinnor gör. När enskilda individer jämförs kan däremot en kvinna ha högre lön än en man, och enskilda företag eller myndigheter kan ha fler kvinnor än män i ledande positioner.

Makt är också ett ständigt närvarande fenomen inom psykiatrin. Att vårda en människa mot hennes vilja går på olika sätt tvärt emot vårdens mest grundläggande principer, samtidigt som de flesta är överens om att en sådan möjlighet behöver finnas. Genom tvångsvårdslagstiftningen har psykiatrin fått samhällets godkännande att utöva makt över vissa människor i vissa specifika situationer [15].

Det finns många sätt att analysera makt, och fortsättningsvis kommer makt att betraktas ur sociologen J. Scotts perspektiv. De perspektiv som presenteras är inte heltäckande, utan valda med hänsyn till sin relevans för frågor som aktualiseras i barnpsykiatrisk tvångsvård. Mest konkret är olika former av interpersonell makt, vilket innebär makt mellan två personer där den ena är överordnad den andra [16]. Den interpersonella makten kan sedan ta sig olika uttrycksformer, där särskilt formell makt och fysisk makt kommer att beröras.

Vårdsituationen kan i sitt utgångsläge beskrivas som en asymmetrisk relation. Oberoende av yrkeskategori så har personalen en överordnad position

till patienten, som därmed är den underordnade. Detta blir förstås särskilt tydligt för barn i psykiatrisk tvångsvård [15].

Formell makt är kanske den tydligaste typen av makt i tvångsvårdssammanhang, eftersom den innebär att den överordnade (exempelvis läkaren eller sjuksköterskan) har juridiska befogenheter att bestämma över patienten (till exempel kvarhållning på avdelning eller fastspänning i bältessäng) [16].

Fysisk makt kan också aktualiseras i den psykiatriska tvångsvården antingen när vårdpersonal rent fysiskt får patienten att utföra vissa handlingar, eller låta bli att utföra dem [16]. Det kan handla om att rent fysiskt transportera patienten till vårdinrättningen mot hans eller hennes vilja, att handgripligen hindra en patient från att skada sig själv eller för att kunna genomföra sondmatning.

Vidare innebär expertmakt att vårdpersonalens har ett kunskapsövertag gentemot patienter och närstående [16]. Nätverksmakt innebär att den överordnade ingår i ett nätverk, vilket i vårdsituationen motsvarar sina kollegor, från vilka förväntas grupployalitet. Detta kan lämna patienten i en utsatt situation där vårdpersonalen antar en enad front i exempelvis frågor om behandling och bedömning av situationen [15].

Även i situationer då den interpersonella makten inte utövas kan den ändå sägas ha en dispositionell karaktär. Det innebär att makten ändå är närvarande, eftersom patienten antar att vårdpersonalen skulle kunna använda någon typ av makt, och föregår maktutövandet genom att foga sig till vårdpersonalens krav [15]. Ett närliggande tema är här det informella tvånget som innebär att om patienten inte går med på en intervention ”frivilligt” så kommer läkaren att tillgripa tvångsvård eller genomföra interventionen med hjälp av en tvångsåtgärd. Om patienten i ett sådant läge väljer att gå med på den föreslagna interventionen (exempelvis sondmatning vid anorexi) för att undvika formellt tvång, kan självklart frivilligheten i patientens agerande starkt ifrågasättas även om det rent juridiskt faller under frivillig vård.

Till makt hör också motmakt. När någon (i det här fallet vårdpersonal) utövar makt, reagerar patienten med att uttrycka motmakt. Motmakten kan sägas vara en reaktion på vad som upplevs som ett oriktigt maktutövande, men kan samtidigt uppfattas som provokativt av maktutövaren. Vårdpersonalen kan uppfatta att patienten är ”besvärlig” som protesterar, vilket kan orsaka ytterligare maktutövande. Thorsén och Engström understryker vikten av motmakt och menar att en institution som inte tillåter motmakt kan betraktas som diktatorisk. Samtidigt måste motmakten anta former som kan accepteras i kontexten, där exempelvis våld från patientens sida inte kan godtas som uttryck för motmakt. Tvång i sin mest absoluta form uppstår när maktutövande inte genererar någon form av motmakt från patienten. Då känner patienten en fullständig maktlöshet eller vanmakt, och bedömer sin möjlighet att påverka situationen så obefintlig att det inte är lönt att ge uttryck för någon motmakt [15].

Makt i någon form är alltid närvarande i sjukvård i allmänhet, och psykiatrisk tvångsvård i synnerhet. Det bör understrykas att det inte innebär att personalen har som syfte att utöva makt för maktens skull, utan att makt är en slags biprodukt av den asymmetriska vårdrelationen. Det har dock visat sig att patienter upplever att vårdpersonal utövar mer ordning och kontroll än vad personalen själv anser att de utövar [17]. Detta skulle kunna kopplas till

maktens dispositionella karaktär och det faktum att även då makten inte de facto manifesteras så upplevs den ändå av patienten som ständigt närvarande.

Det kan alltså konstateras att makt och maktutövning är ett ständigt aktuellt tema inom barnpsykiatrin. Barn befinner sig dessutom i ett slags dubbelt maktunderläge. Både så till vida att de är minderåriga, och att de är patienter i psykiatrin, i vissa fall även inom tvångsvården. För barn kan det vara svårt att särskilja dessa maktgrunder: i vilka situationer nekas barnets önskemål med hänvisning till att barnet är just ett barn, och i vilka situationer nekas barnets önskemål för att barnet tvångsvårdas?

Eftersom makt även är ett centralt begrepp även i genusperspektivet bör maktförhållanden och maktutövning i barn- och ungdomspsykiatrin studeras närmare för att undersöka om det kan kasta ljus över befintliga könsskillnader. Tillgrips formell och fysisk makt – tvångsvård och tvångsåtgärder – i olika typer av situationer när det gäller pojkar och när det gäller flickor? Har vårdpersonalens kön betydelse för maktutövande i förhållande till patientens kön (tenderar exempelvis kvinnlig vårdpersonal att tillgripa tvångsåtgärder i fler eller andra situationer när det gäller flickor än när det gäller pojkar)? Upplevs patientens motmakt på olika sätt – och att anses den kräva olika bemötande – beroende på om patienten är flicka eller pojke? Används informellt tvång i högre grad mot pojkar än mot flickor, så att det kan förklara en del av könsskillnaderna vad gäller tvångsvård och tvångsåtgärder?

Satsningar för att minska tvångsvård och tvångsåtgärder

De senaste åren har åtgärder för att minska tvångsvård och tvångsåtgärder inom den psykiatriska vården fått allt mer uppmärksamhet, delvis genom projektet ”Bättre vård – mindre tvång”. Det drivs sedan 2010 av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, efter överenskommelse med regeringen. Projektet har involverat representanter från olika psykiatriska områden, däribland annat barn- och ungdomspsykiatrin. Genom sina många avgränsade projekt har ”Bättre vård – mindre tvång” visat att det med relativt enkla medel är möjligt att förbättra vårdsituationen för patienter som tvångsvårdas [18]. Bland många exempel kan nämnas allmänpsykiatrin i Nyköping som lyckades minska antalet självdestruktiva handlingar med 89 procent från september 2013 till mars 2014 genom ett antal interventioner. Dessa syftade bland annat till att öka patienternas inflytande i vården [19]. PIVA i Halmstad lyckades minska användandet av tvångsåtgärder med 35 procent under 2013, jämfört med samma period under 2012. Samma enhet använde med framgång strukturerade samtal för att öka patientens begriplighet av tvångsvård enligt LPT [20].

Trots dessa goda resultat menar Socialstyrelsen i sin utvärdering av projektets första år, 2010-2012, att det behövs ytterligare satsningar på kompetensutveckling inom flera områden som rör den psykiatriska heldygnsvården. Tillgång till personal med rätt kompetens är avgörande för att kunna bedriva god vård, och det tycks idag finnas stora regionala skillnader [21]. Fortsatta kompetenshöjande insatser, särskilt med fokus på barns rätt och deras speciella situation i den psykiatriska tvångsvården, kan därför vara en viktig komponent i det vårdförbättrande arbetet.

Resultaten från ”Bättre vård – mindre tvång” visar att det med relativt små förändringar går att förbättra vården för så väl personal och patienter. Projektet har visat att det är möjligt att minska såväl tvångsåtgärder som tvångsvård, men har inte bedrivits med något genomgående genusperspektiv. För att ytterligare förstärka detta förbättringsarbete kan därför genusperspektivet införlivas i verksamheten, med syfte att minska risken för genusbias i den psykiatriska (tvångs)vården.

Könsskillnader mellan öppen- och slutenvård

I statistiken framgår att fler pojkar än flickor besökte någon barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård under 2012. Flickorna gjorde dock något fler besök per person än vad pojkarna gjorde. Detta är ett intressant förhållande med tanke på att flickor rapporterar fler självskattade symtom på psykisk ohälsa än vad pojkar gör [22].

I slutenvården är förhållandet annorlunda: fler flickor än pojkar vårdas i barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård. På samma sätt förhåller det sig för barn i tvångsvård: fler flickor än pojkar tvångsvårdas inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Den här könsfördelningen i psykiatrisk öppen- respektive slutenvård gäller bara barn och unga vuxna. Från och med 18 års ålder har kvinnor en högre konsumtion av psykiatrisk öppenvård än män, och från och med 25 års ålder konsumerar män mer psykiatrisk slutenvård än vad kvinnor gör [23].

Varför förhållandet mellan antalet flickor och pojkar skiljer sig åt mellan öppen- och slutenvård går inte att utläsa från befintlig statistik. En delförklaring kan möjligen vara förekomst av adhd, se vidare nedan.

Könsskillnader för barn som inte vårdas i barn- och ungdomspsykiatrin

Alla barn som vårdas i sluten psykiatrisk vård (frivilligt eller med stöd av LPT eller LRV) befinner sig inte på en barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning. Flera landsting och regioner i Sverige saknar egen barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård och löser eventuellt behov av vård på olika sätt. Det kan antingen handla om att ta hjälp från en vuxenpsykiatrisk eller barnmedicinsk avdelning i det egna landstinget, eller genom att låta barnet vårdas på en barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning i något annat landsting [24].

Barn som inte vårdas på BUP vårdas enligt patientregistrets uppgifter främst inom allmänpsykiatrisk vård, men i undantagsfall har barn placerats även inom alkoholsjukvård, narkomanvård och rättspsykiatrisk vård.

Bland de barn som vårdades (frivilligt eller med tvång) inom annan sluten psykiatrisk vård än BUP var könsfördelningen betydligt jämnare än bland de barn som vårdades på BUP. Totalt vårdades 690 barn i annan sluten psykiatrisk vård än på BUP. Av dessa var 349 pojkar och 341 flickor. Det kan jämföras med könsfördelningen i slutenvården på BUP där totalt 1774 patienter vårdades, varav 595 var pojkar och 1179 var flickor.

Av de barn som tvångsvårdades i annan sluten psykiatrisk vård än på BUP var andelen pojkar och flickor ungefär lika stor. 31 av total 144 vårdtillfällen för tvångsvårdade pojkar skedde inte på BUP (motsvarande 21,5 procent) och 47 av 235 vårdtillfällen av flickor skedde inte på BUP (motsvarande 20 procent).

Utgångspunkten bör vara att barn ska vårdas på en avdelning anpassad för barn, och att de därför inte ska vårdas på avdelningar utformade för vuxna patienter. Detta för att barn ska kunna träffa jämnåriga för lek och aktiviteter under trygga förhållanden [25]. Vårdpersonal som möter och behandlar sjuka barn påverkar deras livsvillkor och utveckling, och behöver därför ha särskild kunskap om barn och barns rätt [26]. Det här gäller alla barn, oberoende av vårdform, sjukdom eller funktionsnedsättning. I FN:s barnkonvention framkommer att ”varje frihetsberövat barn [skall] hållas åtskilt från vuxna, om det inte anses vara till barnets bästa att inte göra detta” [4]. Tvångsvård av barn på vuxenpsykiatriska avdelningar riskerar därför att strida mot FN:s barnkonvention, som Sverige har ratificerat, om inte undantagsklausulen kan sägas vara uppfylld. Sammantaget innebär detta att vård av barn inom vuxenpsykiatri bör motiveras särskilt noggrant och att särskilda åtgärder bör vidtas för att undvika att genusbias blir en bidragande faktor till sådan placering.

Det är idag inte känt varför könsfördelningen varierar mellan olika typer av psykiatrisk vård av barn (alla barn i psykiatrisk slutenvård, barn som vårdas på BUP, barn som vårdas på andra avdelningar än BUP, barn som tvångsvårdas etc.). Vid ett granskningsarbete av den barnpsykiatriska vården ur ett genusperspektiv vore det därför lämpligt att ägna de barn som inte vårdas inom barn- och ungdomspsykiatri särskild uppmärksamhet. Frågor som bör undersökas närmare är varför vissa barn vårdas och tvångsvårdas på andra avdelningar än inom BUP och vad som föranlett dessa placeringar.

Vanliga skäl till att barn vårdas på någon typ av vuxenpsykiatriska avdelningar är att deras problematik är allt för omfattande för att barn- och ungdomspsykiatri ska kunna tillgodose deras behov av hjälp och skydd. Det kan handla om svåra former av utåtagerande aggressivt beteende, eller självdestruktivt beteende, där det förstnämnda främst förknippas med pojkar och det sistnämnda med flickor. För vidare studier vore det därför givande att undersöka om det finns någon koppling mellan personalens kompetens gällande exempelvis utåtagerande aggressivt beteende och självskadebeteende, och i vilken utsträckning BUP väljer att ta hjälp ifrån vuxenpsykiatri för att hjälpa patienter med dessa tillstånd. Vidare är det viktigt att utreda om vård på vuxenpsykiatriska avdelningar är en följd av att barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar saknas i det egna landstinget.

Könsskillnader gällande adhd i öppen- och slutenvård

Trots att fler pojkar besöker den öppna barn- och ungdomspsykiatri så är det fler flickor som vårdas i den slutna barn- och ungdomspsykiatri. Att finna en entydig förklaring till detta förhållande är inte möjlig inom ramen för denna rapport, men en möjlig väg att närma sig könsskillnaderna kan vara att studera orsakerna till varför patienterna vårdas i öppen- respektive slutenvård mer ingående än vad informationen i patientregistret medger.

Den vanligaste diagnosen bland pojkar i öppenpsykiatrisk vård är adhd. Det är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning där läkemedelsbehandling kan bli aktuellt som ett komplement till psykosociala och pedagogiska stödsatser. I slutenvården är adhd däremot en mindre vanligt förekommande diagnos.

Barn med adhd förklarar en del av könsskillnaderna mellan flickor och pojkar i den öppna psykiatriska vården. År 2012 besökte 12 161 pojkar och 4 845 flickor med adhd som huvuddiagnos någon form av psykiatrisk öppenvård. Om patienter med adhd räknas bort från statistiken blir könsskillnaden betydligt mindre: 14 131 pojkar och 12 761 flickor.

Det är sedan tidigare känt att fler pojkar än flickor får diagnosen adhd, och att fler kvinnor får sin diagnos i vuxen ålder [27]. Att könsskillnaderna är stora gällande barn i öppen psykiatrisk vård skulle därför i viss mån kunna förklaras av att pojkars problematik oftare uppmärksammas redan under skolåren och leder till besök hos BUP, medan flickors adhd upptäcks och utreds först senare utav vuxenpsykiatrin.

I den psykiatriska tvångsvården av barn anges diagnosen adhd ungefär lika ofta för pojkar (26 vårdtillfällen) som för flickor (24 vårdtillfällen).

Självskaadebeteende

Det har tidigare rapporterats att unga kvinnor med emotionell instabil personlighetsstörning och självskaadebeteende är den grupp patienter som i störst utsträckning blir föremål för bältesläggning. År 2009 gjorde SKL, en inventering av heldygnsvården där det framkom att patienter med självskaadebeteende var en svår grupp att ge bra vård. Man konstaterade att dessa patienter utsattes för mycket tvångsvård och tvångsåtgärder, och att de även var överrepresenterade i den totala gruppen av patienter som tvångsvårdas och utsätts för tvångsåtgärder [24]. Det är också en patientgrupp som ökat inom såväl barn- och ungdomspsykiatrin som vuxenpsykiatrin under de senaste femton åren.

Detta har bidragit till att SKL, genom en överenskommelse med Socialdepartementet, initierat det Nationella Självskaadeprojektet som avslutas under 2015. Projektet syftar bland annat till att utveckla och samordna kunskapen om unga med allvarligt självskaadebeteende, och till att minska inläggning i slutenvård och tvångsåtgärder av patienter med självskaadebeteende [28].

Självskaadebeteende är inte en egen diagnos och kan således inte rapporteras till patientregistret. Patienter med självskaadebeteende kan ha en rad andra diagnoser, däribland olika ångesttillstånd, affektiva sjukdomar eller personlighetsstörningar. Dessa patienter går därför inte med enkelhet att spåra i patientregistret utan kan finnas representerade i flera av registrets olika diagnosgrupper.

Eftersom självskaadebeteende inte är en egen diagnos saknas tydlig statistik för hur många patienter som vårdas inom psykiatrin för självskaadebeteende, men det finns däremot uppgifter gällande somatisk vård för avsiktlig självdestruktiv handling. Under åren 2005-2009 vårdades i genomsnitt 1 316 barn på sjukhus varje år för avsiktlig självdestruktiv handling. Av dessa var 77 procent flickor [29]. Det finns också en ökning av antalet barn som slutenvårdats efter självskada [30]. Sammantaget stärker detta uppfattningen att majoriteten av de patienter som vårdas för självskaadebeteende på BUP är flickor.

Ätstörningar

Omkring nio av tio personer som drabbas av en ätstörning är en flicka eller kvinna. Flickor svarar för 94 procent av alla vårdtillfällen av patienter med ätstörningar inom den psykiatriska tvångsvården av barn.

Omkring 40 procent av barn- och ungdomar med en ätstörning har också någon annan psykiatrisk diagnos, främst ångest eller depression, men även neuropsykiatriska tillstånd är vanligt [31].

Till symtombilden för ätstörningar, och då särskilt anorexia nervosa (självsvalt), hör en störd kroppsupplevelse. Det innebär att patienten saknar förmåga att se sin kropp så som den faktiskt är. Personer med anorexi lider av stark rädsla för att gå upp i vikt, trots att de egentligen är underviktiga. Detta kan försvåra sjukdomsinsikten, och i allvarliga fall leda till att sjukvården nödgas fatta beslut om tvångsvård för att rädda liv.

En avgörande del i behandlingen av anorexi består i att stoppa svälten och hjälpa patienten att öka i vikt, något som i svåra fall kan behöva göras med hjälp av näringstillförsel via sond, så kallad sondmatning. Om patienten motsätter sig sådan behandling kan någon typ av tvångsåtgärd, företrädesvis bältesläggning, aktualiseras för att möjliggöra livsnödvändig näringstillförsel.

Att flickor är kraftigt överrepresenterade bland patienter med ätstörningar kan vara en bidragande orsak till föreliggande könsskillnader avseende tvångsvård och tvångsåtgärder av barn.

Tvångsvård på särskilda ungdomshem

Förutom tvångsvård enligt LPT eller LRV som bedrivs inom den psykiatriska vården, kan barn tvångsvårdas med stöd av LVU på ett särskilt ungdomshem. Dessa drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS) och kallas även SiS institutioner. De har långtgående disciplinära befogenheter som övrig barnavård saknar. Institutionerna är låsbara och kan bland annat besluta om avskiljning, kroppsvisitering och brevkontroll.

Ungdomarna som vårdas på SiS-institutioner är en bred grupp som omfattar så väl pojkar med renodlad kriminalitetsproblematik, till flickor med allvarliga psykiska problem. Barn som tvångsvårdas på särskilt ungdomshem med stöd av LVU blir omhändertagna antingen för att det föreligger missförhållanden relaterade till brister i hemmiljön (§ 2 LVU) eller på grund av missbruk, brottslig verksamhet eller annat socialt nedbrytande beteende (§ 3 LVU). Missförhållandena är av sådan art att det finns en påtaglig risk för ungdomens hälsa och utveckling. De flesta ungdomar som placeras på särskilda ungdomshem omhändertas enligt § 3 LVU, så kallade ”beteendefall”. Det kan innebära en lång rad olika beteenden, och här finns könsskillnader. Pojkar är oftare placerade på grund av brottslighet, medan flickor vanligen placeras med anledning av ”annat socialt nedbrytande beteende” [32].

Historiskt har kvinnors avvikande beteende sjukliggjorts, medan motsvarande beteende hos män kriminaliserats eller betraktats som aggressivt. Tengelin och Samulowitz (2014) ger exemplet med en person som slår en knuten näve i väggen. Det kan vara mer eller mindre socialt accepterat om en man gör det, och betraktas snarare som ett tecken på ilska än som ett försök att skada sig själv. Kvinnor förväntas däremot inte uttrycka aggressivitet på samma sätt, varför samma beteende kan betraktas som en psykisk störning

hos kvinnan. Författarna beskriver dessa tendenser som ett återkommande samhällsmönster där kvinnor ses som galna eller sjuka (mad) och män som aggressiva eller socialt missanpassade (bad). Det kan också uttryckas i termer av att kvinnor är worriers (oroare) och män warriors (krigare) [33].

Majoriteten av de ungdomar som placeras på särskilt ungdomshem är pojkar, men både flickor och pojkar på ungdomshemmen vittnar om psykisk ohälsa. Gränsdragningen mellan LVU för annat socialt nedbrytande beteende och LPT är inte alltid självklar. I ett kommittédirektiv gällande översyn av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga så har regeringen givit utredaren i uppdrag att analysera gränsdragningen mellan LPT och LVU [34]. Direktivet omfattar däremot inte att analysera gränsdragningen ur ett genusperspektiv, något som vore motiverat med tanke på de könsskillnader som finns i såväl LPT som LVU. En frågeställning i linje med teorin om mad worriers och bad warriors kan vara om pojkar i högre grad blir placerade enligt LVU i situationer där flickor oftare omhändertas enligt LPT. Det kan också undersökas hur barn med både social och psykiatrisk problematik bedöms: prioriteras pojkars socialt nedbrytande beteende framför psykisk sjukdom så att de därför placeras enligt LVU, medan förhållandet är det omvända för flickor?

Ett annat perspektiv på gränsdragning mellan LVU och LPT handlar om barnets framtid och fortsatta utveckling. Den forskning som finns gällande barn i ungdomshem ger en oroväckande bild av exempelvis omhändertagna barns hälsa, skolgång och återfall i kriminalitet. Motsvarande forskning och uppföljning gällande barn i psykiatrisk tvångsvård saknas. Om vistelsen i ungdomshem bidrar till en mer negativ inverkan på barnets framtidsutsikter jämfört med psykiatrisk tvångsvård, kan alltså valet mellan LVU eller LPT få betydelse för barnet även på längre sikt.

Diagnoser i patientregistret

Av de uppgifter som rapporterats in till patientregistret framgår att flickor och pojkar i viss utsträckning vårdas för olika typer av problem. Många flickor tvångsvårdas för beteendestörningar dit ätstörningar räknas [35]. Bland pojkar är adhd en av de vanligaste diagnoserna vid tvångsvård.

Tidigare forskning har visat att diagnosfördelningen är likartad mellan frivilligt vårdade och tvångsvårdade flickor, medan diagnosfördelningen skiljer sig åt mellan frivilligt vårdade och tvångsvårdade pojkar. En möjlig förklaring till detta är att flickor oftare tvångsvårdas på grund av andra faktorer än sjukdomen i sig, medan unga pojkar får en första kontakt med sjukvården först när sjukdomstillståndet är så allvarligt att det föranleder tvångsvård [36].

Trots dessa skillnader i diagnostik av flickor och pojkar bör utgångspunkten vara att det inte finns några faktiska skillnader i sjukdomsbild mellan könen. Ett område som behöver undersökas närmare är därför om en förklaring till föreliggande könsskillnader kan ligga i diagnosernas konstruktion, eller i normer och förväntningar kring uttryck för psykiskt illabefinnande, snarare än i den faktiska ohälsan. Finns det en genusbias i hur flickor respektive pojkar diagnostiseras?

Den psykiatriska vården är inte utformad så att en patients diagnos ligger till grund för tvångsvård eller tvångsåtgärder. I stället är det patientens sym-

tom och funktionsnedsättning som motiverar vårdform och eventuella tvångs- eller vårdåtgärder. Patienter som vårdas i den barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården har inte sällan en komplex problematik, vilket innebär att de kan ha mer än en diagnos. Vid beslut om tvångsvård fattas detta med grund i patientens samlade symtombild och funktion, där flera diagnoser kan vara aktuella. Rutiner för vilken diagnos som registreras som den primära kan variera.

För att fördjupa förståelsen för de data som finns i patientregistret skulle därför mer information om patienterna och deras problematik behöva inhämtas och analyseras. Att förklara könsskillnaderna i tvångsvården av barn utan att egentligen veta varför barn tvångsvårdas, och på vilka grunder de utsätts för tvångsåtgärder, låter sig inte göras.

Beslut om tvångsvård som avser frihetsberövande åtgärd är undantagna från den annars starka sjukvårdssekretessen enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Det innebär att vissa uppgifter i patientjournalen som rör psykiatrisk tvångsvård är offentliga, vilket gör det möjligt att granska beslut om tvångsvård enligt LPT och LRV, samt beslut om fastspänning och avskiljande [37]. Genom att antingen studera samtliga beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder gällande barn under en avgränsad tidsperiod, eller genom att välja ett representativt urval av beslut, blir det möjligt att göra en jämförande studie av de faktiska motiveringar som ligger till grund för tvångsvård och tvångsåtgärder av pojkar respektive flickor.

Slutsatser

Föreliggande rapport vilar på data från ett år, 2012, gällande barn i psykiatrisk vård och psykiatrisk tvångsvård. Det rör sig om små tal där enskilda patienter får stor inverkan på resultaten, något som blir tydligt för flickor gällande tvångsåtgärden fastspänning. Av dessa skäl är det svårt att dra några säkra slutsatser kring huruvida de könsskillnader som föreligger mellan flickor och pojkar i den psykiatriska tvångsvården är motiverade eller om de grundas på genusbias. Det är inte heller möjligt att finna en entydig förklaring till vad dessa könsskillnader beror på, om det finns geografiska variationer mellan kliniker och landsting i landet, eller om det finns några tendenser till att könsskillnaden ökat eller minskat de senaste åren.

I rapporten har dock flera perspektiv lyfts fram som kan bidra till att förklara föreliggande könsskillnader. Dessa sammanfattas nedan:

Möjliga förklaringar till könsskillnader i den psykiatriska tvångsvården av barn

- **Flickor med självskadebeteende.** Patienter med självskadebeteende har visat sig vara en grupp patienter som är svår att ge bra vård. Majoriteten av de patienter som vårdas för självskadebeteende antas vara flickor och kvinnor, och unga kvinnor med självskadebeteende är särskilt utsatta för tvångsvård och tvångsåtgärder. Tvångsvård och tvångsåtgärder kan vidtas i försök att skydda patienten från att skada sig själv eller begå självmord.
- **Flickor med ätstörningar.** Omkring nio av tio personer som drabbas av en ätstörning är flickor eller kvinnor. Den ätstörning som vanligen leder till behov av slutenvård är anorexi, en sjukdom som också är förknippad med förvrängd självbild och viktfoxi. I svåra fall av anorexi kan sondmatning vara nödvändig för att häva akut svält och hjälpa patienten att öka i vikt, och om patienten saknar sjukdomsinsikt och motsätter sig sådan vård kan tvångsvård och tvångsåtgärder bli nödvändigt.
- **Genusbias i gränsdragningen mellan LVU/LPT.** Fler pojkar än flickor omhändertas enligt LVU, och fler flickor än pojkar tvångsvårdas enligt LPT. En förklaring till dessa könsskillnader som bör undersökas närmare skulle kunna vara en tendens att se pojkars problem som i högre grad socialt nedbrytande (LVU) och flickors problem som psykiatriska (LPT).
- **Genusbias i maktutövning.** Makt är ett centralt begrepp i såväl psykiatri (där makten tydligast manifesteras i tvångssituationer) som i genusvetenskapen. Det bör undersökas om genusbias i maktutövningen inom psykiatri kan vara en bidragande orsak till föreliggande könsskillnader i tvångsvård och tvångsåtgärder.

Referenser

1. Barnombudsmannen (2014). Bryt tystnaden. Stockholm: Barnombudsmannen.
2. Nationella sekretariatet för genusforskning:
<http://www.genus.se/meromgenus/ordlista/>
3. SFS 1991:1128, SFS 1991:1129, SFS 1990:52
4. Unicef (1989). Barnkonventionen – FN:s konvention om barnets rättigheter.
5. Socialstyrelsen. Patientregistret
<http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret>
6. SOSFS 2008:26 samt ändringsföreskrifter
7. KVÅ – Klassifikation av vårdåtgärder. En åtgärdskod som används för statistisk beskrivning av åtgärder i bland annat hälso- och sjukvård
8. LPT § 19, Socialstyrelsen (2009). Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18). Stockholm: Socialstyrelsen.
9. Holm, H., Björkdahl, A. & Björkenstam, E. (2011). Tvångsvård med frågetecken. Läkartidningen, nr. 34.
10. Smirthwaite, Tengelin & Borrman (2014). (O)jämslaldhet i hälsa och vård. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
11. Bengs, C. & Hammarström, A. (2004). Könskonstruktioner av sjuklighet – exemplet depressioner. I Hovellius & Johansson (red.) Kropp och genus i medicinen. Lund: Studentlitteratur.
12. Polyfarmaci innebär att flera läkemedel (> 5) används samtidigt.
13. Socialstyrelsen (2004). Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården.
14. Laanemets & Kristiansen (2008). Kön och behandling inom tvångsvård. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
15. Thorsén & Engström (2006). Makt och etik. I Engström (red.) Tvingad till hjälp – om tvång, etik och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård. Lund: Studentlitteratur.
16. Scott (2006). Power. Cambridge: Polity.
17. Johansson (2006). En hälsofrämjande vårdmiljö inom psykiatrisk slutenvård. I Arvidsson & Skarsäter (red.) Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer.
18. Sveriges kommuner och landsting (2013). Bättre vård mindre tvång. Bilaga 2 Rapport riktade insatser inom psykisk ohälsa 2013.
19. Projektrapport. Bättre vård mindre tvång – del 2. Team 166 Allvårdsenheten Nyköping.
20. Projektrapport. Bättre vård mindre tvång – del 2. Team 148 PIVA Halmstad.
21. Socialstyrelsen (2013). Bättre vård – mindre tvång? Utvärdering av överenskommelsen om att förbättra den psykiatriska heldygnsvården.

22. Statens folkhälsoinstitut (2011). Svenska skolbarns hälsovanor 2009/2010. Grundrapport. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
23. Socialstyrelsen (2012). Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa.
24. Sveriges kommuner och landsting (2010). Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
25. Nobab. Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård. <http://www.nobab.se/images/nobabprodukter/nynobabstandards.pdf> Hämtad 2014-11-07
26. Söderbäck (2010). Barn och ungas rätt i vården. Stiftelsen allmänna barnhuset.
27. Statens beredning för medicinsk utvärdering (2005). Adhd hos flickor. En inventering av det vetenskapliga underlaget. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering.
28. Socialdepartementet (2011). Godkännande av överenskommelse om ett handlingsprogram för att utveckla kunskapen om och vården av unga med självskadebeteende. S2011/8975/FS (delvis).
29. Socialstyrelsen (2011). Skador bland barn i Sverige. Olycksfall, övergrepp och avsiktlig självdestruktiv handling. Rapport 2011.
30. Beckman, K., Dahlin, M., Tidemalm, D. & Runeson, B. (2010). Drastisk ökning av unga som slutenvårdas efter självskada. Läkemedel vanligaste skademetod. *Läkartidningen* (7), 107
31. Stockholms läns landsting (2009). Regionalt vårdprogram. Ätstörningar.
32. Andersson Vogel. (2012). Särskilda ungdomshem och vårdkedjor. Om ungdomar, kön, klass och etnicitet. Stockholms Universitet, avhandling. Institutionen för socialt arbete.
33. Tengelin & Samulowitz (2014). Normkritiska perspektiv på självskadebeteende. Kunskapscentrum för jämlik vård.
34. Kommittédirektiv 2012:79. Översyn av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, m.m. Socialdepartementet.
35. Ätstörningar (F50) tillhör gruppen beteendestörningar i ICD-10 (F50-F59).
36. Sundberg, B. & Kjellin, L. (2006). Forskning om barn- och ungdomspsykiatrisk tvångsvård. I Engström (red.) *Tvingad till hjälp – om tvång, etik och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård*. Lund: Studentlitteratur.
37. Socialstyrelsen (2009). Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

Lagar och föreskrifter

Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Offentlighets- och sekretesslag (2009:400).

SOSFS 2008:18. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

SOSFS 2008:26. Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret. Samt ändringsföreskrifter.