

”Första gången som någon faktiskt trodde på mig och tog mig på allvar. Jag mejlade henne och berättade hela min uppväxt. Inte ens två timmar senare hade hon svarat. Jag blev så chockad, jag tror att det tog en halvtimme innan jag läste mejlet.” Bryt tystnaden.



Miljömärkt trycksak, 341 142. INEKO AB

Bryt tystnaden – barn och unga om samhällets stöd vid psykisk ohälsa
är utgiven av Barnombudsmannen, Stockholm 2014
ISBN 978-91-87448-84-3

Barnombudsmannen, Box 22106, 104 22 Stockholm. Besök Norr Mälarstrand 6
Telefon 08-692 29 50, Fax 08-654 62 77,
info@barnombudsmannen.se, www.barnombudsmannen.se
Fler exemplar kan beställas från: Fritzes, 106 47 Stockholm.
Telefon 08-598 191 90, Fax 08-598 191 91, order.fritzes@nj.se, www.fritzes.se
Grafisk form/illustration : calleochemma design
Textbearbetning: Michael Masoliver och Karin Liljequist, JG Communication.
Tryck: Ineko. Papper: Scandia 2000 White

Barnombudsmannen är en statlig myndighet med uppdrag att företräda barns och ungas rättigheter utifrån FN:s konvention om barnets rättigheter. Vi har regelbunden dialog med barn och unga för att få kunskap om deras villkor och vad de tycker i aktuella frågor. Vi bevakar och driver på genomförandet av barnkonventionen i kommuner, landsting/regioner och myndigheter. Barnombudsmannen informerar, bildar opinion och föreslår förändringar i lagar och förordningar i frågor om barns och ungas rättigheter.

Innehåll

Förord: Barn finns i psykiatrin, men inte i lagen 7

SÅ HÄR GJORDE VI

Vårt arbete 11

Vart femte barn mår dåligt 17

Cecila Modig: Det är aldrig kört 24

VÄGEN TILL VÅRD

Sammanhanget avgör om barnet söker vård 27

Barnens upplevelser av första linjens vård 36

Analys: Rätten till vård kräver tillgänglighet 39

Barnombudsmannens förslag 46

Anders Hjern: Barn med psykisk ohälsa borde få hjälp av hälso- och sjukvården 48

Kersti Ejeby: Det är vårdcentralens skyldighet att hjälpa barn och unga som mår dåligt 50

Dagbok: ”Man har kört fast, sen hjälper de en upp på banan igen” 52

MÖTET MED VÅRDEN

Den sköra tilliten 55

Delaktighet – att vara involverad i behandlingen 61

Analys: Se till barnets mänskliga rättigheter 66

Barnombudsmannens förslag 70

<i>Johan Andreen</i> : Det är som medmänniska vi kan göra skillnad	72
<i>Jonas Bjärehed</i> : Tvångsvård av barn är alltid ett misslyckande	74
<i>Dagbok</i> : "Det hjälpte ingenting så jag slutade att gå dit"	76

TVÅNGSVÅRD OCH TVÅNGSÅTGÄRDER

Hopplöshet blir hinder för att ta emot vård	79
När någon gör en illa	85
Barns röster i LPT-domar	91
Underrapportering och bristande dokumentation	97
Analys: Lagen saknar ett barnrättsperspektiv	105
Barnombudsmannens förslag	111
<i>Ingemar Engström / Moa Kindström Dahlin</i> : Med makt följer ett oerhört stort ansvar	113
<i>Dagbok</i> : "Värst av allt är den fruktansvärda upplevelsen av att inte kunna komma loss"	116

FÖRSLAG TILL FÖRÄNDRING

Barnombudsmannen föreslår	119
Barns råd till andra barn	125
Viktiga aktörer när barn mår dåligt	126

BARNOMBUDSMANNENS ARBETE 2013 – ETT AXPLOCK

”Det hjälper inte att vara tyst. Man måste prata om det”. Viktor uppmanar andra barn att bryta tystnaden och söka hjälp, även om det är svårt. Han är ett av de barn som Barnombudsmannen mött i vår granskning av hur mänskliga rättigheter respekteras för barn med psykisk ohälsa. Vi har lyssnat på barn med erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård, men också barn med erfarenhet från elevhälsa, ungdomsmottagningar och barn- och ungdomspsykiatri.

Barn finns i psykiatrin, men inte i lagen

”Det hjälper inte att vara tyst. Man måste prata om det”. Viktor uppmanar andra barn att bryta tystnaden och söka hjälp, även om det är svårt. Han är ett av de barn som Barnombudsmannen mött i vår granskning av hur mänskliga rättigheter respekteras för barn med psykisk ohälsa. Vi har lyssnat på barn med erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård, men också barn med erfarenhet från elevhälsa, ungdomsmottagningar och barn- och ungdomspsykiatri.

Jag har blivit oerhört tagen och imponerad av hur barn och unga, trots ibland mycket svåra omständigheter, uttryckt en stark vilja att bidra med sina tankar och råd. Att hjälpa andra barn har varit en viktig drivkraft. Och det har man velat göra genom att själv bryta tystnaden om psykisk ohälsa och ge förslag på hur stödet kan bli bättre.

Barnen och ungdomarna har långt ifrån enbart ljusa erfarenheter av vården och vägen till stöd beskrivs ibland som lång och krokig. Men budskapet till andra barn är trots det ofta hoppfullt: Även om det tar tid så är det mödan värt, ge inte upp hoppet. Så här säger exempelvis Lova: **”Fortsätt tala om det, stäng inte in dig, för till slut kommer någon att lyssna”.**

Även vuxna har anledning att lyssna uppmärksamt på det barnen berättar. Ett återkommande tema i barnens berättelser handlar om trösklar som gör det svårt att få hjälp tidigt när man börjar må dåligt. Barnen berättar också om hur viktigt det är att få information och att vara delaktig i sin vård. Brister i lyhördhet och dialog kan leda till att vårdinsatser aldrig påbörjas eller avbryts i förtid. Några barn beskriver hur detta har lett till farliga situationer som förvärrat självskadebeteende och självmordsförsök.

Flera av de barn och ungdomar vi har mött har erfarenhet av tvångsvård och tvångsåtgärder. En del barn säger sig förstå att tvångsåtgärder används, men ifrågasätter omfattningen och sättet tvångsåtgärder utförts på. Andra barn beskriver tvångsåtgärder som inte är tillåtna. Några berättar om skrämmande upplevelser av vård på vuxenavdelningar.

Barnombudsmannen har kompletterat samtalen med barn och unga med att begära information från patientregistret. Vi har också granskat domar som rör beslut om tvångsvård och begärt ut och granskat beslut och dokument om tvångsåtgärder från ett urval av vårdenheter.

Tvångsvård handlar om ett stort ingrepp i den personliga integriteten, och det är därför fastställt i internationella konventioner hur mänskliga rättigheter ska skyddas när det är nödvändigt att vårda människor mot deras vilja. Detta skydd förutsätter tydlig lagstiftning, transparens, dokumentation och tillsyn.

Lag utan barnrättsperspektiv

Vår granskning visar att tillsynsmyndigheten, men även beslutsfattare på nationell nivå, ges en felaktig bild av hur ofta tvångsåtgärder tillämpas mot barn i psykiatri genom underrapporteringen till patientregistret. Enbart i vårt urval kan vi räkna till fler bältningar på ett halvår än vad som finns rapporterat till Socialstyrelsens patientregister på ett helt år.

Vi kan också konstatera att dokumentationen ibland är mycket bristfällig trots att det handlar om långtgående tvångsåtgärder riktade mot barn.

Barnombudsmannens granskning visar på brister i skyddet av tvångsvårdade barns rättigheter. Nuvarande lagstiftning skiljer inte på

barn och vuxna. Samma tvångsåtgärder kan användas mot ett barn som mot en vuxen. Det finns inte heller några särskilda begränsningar eller särskild hänsyn som ska tas till att det handlar om ett barn. Ordet barn är frånvarande i lagstiftningen. När det gäller tvångsåtgärder finns inga särskilda anvisningar om barn varken i Socialstyrelsens allmänna råd, föreskrifter eller handbok.

Jag vill rikta ett varmt tack till alla barn och unga som delat med sig av sina erfarenheter och råd till förbättring. Jag är övertygad om att era berättelser, era råd och ert mod kommer att bära hela vägen fram

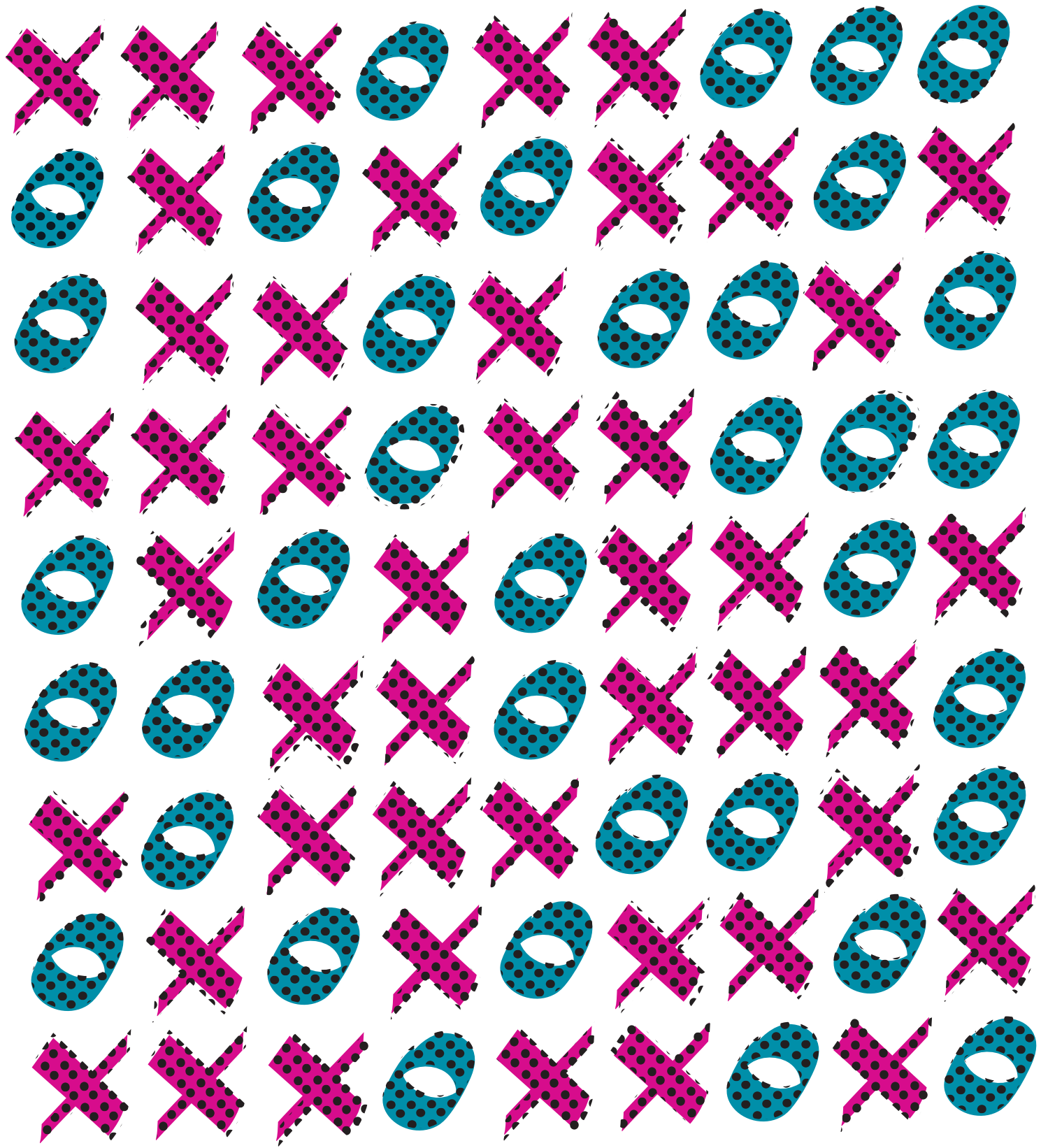
till en lagstiftning som tydligt tar sin utgångspunkt i barnkonventionen.

Tack också till berörda landsting och vårdenheter för gott samarbete.



A handwritten signature in black ink, which appears to read "Fredrik Malmberg".

► Fredrik Malmberg, barnombudsman



Vårt arbete

Alla barn har rätt till en god psykisk hälsa. Men för att det ska bli verklighet måste vi lyssna till de verkliga experterna, barn och unga med erfarenhet av samhällets stöd vid psykisk ohälsa.

Barnombudsmannen har under 2013 mött och lyssnat till 62 barn och unga i åldrarna 8–24 år för att ta del av deras erfarenheter och upplevelser av den hjälp som finns att få när man är ung och mår psykiskt dåligt. De medverkande har delat med sig av sina erfarenheter av elevhälsan, ungdomsmottagningar, barn- och ungdomspsykiatri (bup) och psykiatrisk slutenvård och tvångsvård.

Vi har talat enskilt med de flesta av barnen och ungdomarna, men vid några tillfällen har vi diskuterat i grupp. Sammantaget ger deras berättelser en inblick i hur barn och unga själva upplever den hjälp de har fått i svåra situationer, vad som fungerar bra och vad som behöver förbättras i samhällets stöd för barn med psykisk ohälsa.

Barnombudsmannens medarbetare genomförde samtalen under perioden april–oktober 2013. Vi besökte sex län: Blekinge, Kalmar, Halland, Västra Götaland, Stockholm och Dalarna. Flera av de medverkande barnen och ungdomarna fick också möjlighet att själva förmedla sina synpunkter

och råd i möten med ansvariga beslutsfattare på regional nivå. Det har skett inom ramen för Barnombudsmannens regeringsuppdrag *Pejling och dialog – att sprida strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige 2012–2014*.

Kontakt genom vårdenheter

För att få veta mer om barns och ungas upplevelser av insatser mot psykisk ohälsa kontaktade vi vårdenheter i de sex aktuella länen. Eftersom psykisk ohälsa bland barn och unga kan engagera ett stort antal olika vårdgivare var det viktigt för oss att prata med relativt många personer för att kunna ta del av så många olika upplevelser och erfarenheter som möjligt. Samtidigt behövde vi göra ett urval utifrån studiens syfte och frågeställningar för att materialet ska bli hanterbart. Detta är det vanliga när det gäller kvalitativa undersökningar.¹ Under arbetets gång samarbetade vi med femton vårdenheter.

Vi har också valt att ta hjälp av vårdenheterna för att säkerställa att barnen och ungdomarna har tillgång till adekvat stöd om det skulle behövas inför, under eller efter våra möten. Samtalen har varit frivilliga och barnen har själva fått ta ställning till om de vill vara med, under förutsättning att deras vårdnadshavare samtyckt till detta. Barnen och ungdomarna har när som helst kunnat avbryta samtalen. Alla barn är garanterade anonymitet, vilket innebär att de inte medverkar med sina riktiga namn i rapporten.

De flesta av de barn och unga som vi har träffat är i eller har haft regelbunden kontakt med en eller flera vårdaktörer. De har erfarenhet av insatser av väldigt olika slag, allt från enskilda samtal till vårdinsatser som pågått under en längre tid.

Barnet som expert

Barnombudsmannen har under flera år arbetat med metoden *Unga Direkt*, som utgår från att barnet är expert på sin situation. Eftersom vi vill belysa barns och ungas egna upplevelser har vi valt att genomföra intervjuer med

¹ Smith, J., Osborn, M. *Interpretative Phenomenological Analysis. Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. London, Sage, 2003.

öppna frågor.² Målet är att barnets egna erfarenheter och uppfattningar om vad som är viktigt ska komma fram.³ Det innebär att barnet har stort utrymme att påverka samtalet och själv styra vilka ämnen som ska tas upp.

Barnombudsmannens analys utgår från återkommande teman i barnens berättelser, det vill säga sådant som barnen själva har lyft fram som viktigt under samtalen.⁴ Efter att ha transkriberat samtliga samtal har vi lyft fram återkommande teman för att sedan diskutera dessa ur ett barnrättsperspektiv.

De 50 flickor och 12 pojkar som vi har träffat representerar enbart sig själva. Det innebär att resultaten inte är möjliga att generalisera för alla barn och ungdomar som upplevt psykisk ohälsa. Men barnens berättelser ger en bild av hur verkligheten kan upplevas och bidrar till att identifiera viktiga utmaningar och brister.

Nyanserade berättelser

Berättelserna är rika på nyanser och rymmer både positiva och negativa erfarenheter av vården. Detta har vi också försökt att förmedla när vi återger vad barnen har berättat.

Vi kan notera att vi har pratat med förhållandevis många flickor och färre pojkar. Vi har heller inte mött och lyssnat till de allra yngsta barnen. Det kan finnas flera förklaringar till detta. Vi har exempelvis mött relativt många barn inom slutenvården, där barnen är äldre och där betydligt fler flickor än pojkar vårdas. Men det är också möjligt att vår metod med öppna frågor passar vissa grupper av barn bättre än andra.⁵

-
- 2 Smith, J., Osborn, M. Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. London, Sage, 2003.
 - 3 Dønnerstad, E., Sanner, M. *Håndbok for forandrerere. Om verdighet i møte med de som vokser opp og de som vil vokse*. Forandringsfabrikkens Forlag, 2006.
 - 4 Green, J., Thorogood, N. *Qualitative Methods for Health Research*. London, Sage, 2004.
 - 5 Sådana metodologiska frågor är viktiga för både oss och andra aktörer att diskutera vidare.

Fördjupningsstudie av LPT-domar

Som en del av arbetet med psykisk ohälsa har Barnombudsmannen granskat hur förvaltningsdomstolar presenterar och redovisar barns vilja vid beslut om tvångsvård. Förvaltningsdomstolarna är en viktig instans i rättsprocessen, inte minst eftersom det krävs ett medgivande från en domstol om ett barn ska tvångsvårdas under en period som är längre än fyra veckor.⁶ Vi har särskilt granskat hur domstolarna har presenterat barns rätt till delaktighet i samband med beslut enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Med hjälp av Domstolsverket har Barnombudsmannen samlat in samtliga domar i mål om tvångsvård enligt LPT och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV)⁷ som meddelats från den 1 juli 2012 till och med den 30 juni 2013. De aktuella domarna, som begärdes ut från förvaltningsdomstolarna, berör 103 barn och omfattar totalt 141 domstolsavgöranden. De flesta barnen var mellan 15 och 18 år under tvångsvården. De yngsta var 11–12 år.

Granskning av beslut om tvångsåtgärder

Barnombudsmannen har begärt ut beslut om tvångsåtgärder från 38 vårdenheter spridda över landet. Det övergripande syftet har varit att granska hur tvångsåtgärder dokumenteras och motiveras vid dessa vårdenheter. Det material vi har tagit del av innehåller information om vilka tvångsåtgärder som har genomförts. I samband med de flesta beslut finns det också motiveringar.⁸

Utdrag ur Socialstyrelsens patientregister

För att få kunskap om hur många barn och unga som under 2012 vårdats inom psykiatrisk slutenvård och av läkare inom den psykiatriska öppenvården har Barnombudsmannen begärt ut uppgifter från Socialstyrelsens patientregister. Utdragen innefattade dels uppgifter om barn och unga

6 7 § Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

7 Lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129) (LRV)

8 33 kap. 2 § Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL)

som vårdats inom psykiatrin, fördelat på vårdform, kön, ålder och hemort, och dels uppgifter om psykiatriska diagnoser bland barn och unga.

Vi har också begärt ut uppgifter om barn och unga som vårdats i psykiatrisk tvångsvård under samma år och förekomsten av olika typer av tvångsåtgärder. Uppgifterna från patientregistret har kompletterats med befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån (SCB). Utvalda delar av statistiken presenteras i denna rapport.

FAKTA

Aktstudier

I våra undersökningar har uppgifter i domar och journaler fungerat som underlag. Domar ger en inblick i rättsprocessen. De kan ge information om vad domstolarna i praktiken ser som relevant eller inte när det gäller handläggning och beslut.⁹ Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att alla uppgifter som redovisas i en rättsprocess inte refereras till i domarna.¹⁰

Istället kan den argumentation som finns i domar (och andra domstolshandlingar) antas vara utvald för att påverka ett beslut i en specifik riktning och ge ”konkret uttryck för rättens argumentation och bedömningar”.¹¹ Att en domstol inte redovisar barnets vilja i en dom behöver alltså inte betyda att domstolen saknar kännedom om barnets åsikt och önskemål i frågan. Däremot är det faktum, att barnets vilja i vissa fall inte redovisas, intressant i sig.

På samma sätt kan undersökningar av akter och annan dokumentation inte tas som intäkt för vad som faktiskt har hänt, utan snarare hur aktörer involverade i rättsprocessen har valt att skildra och dokumentera händelser av intresse.¹²

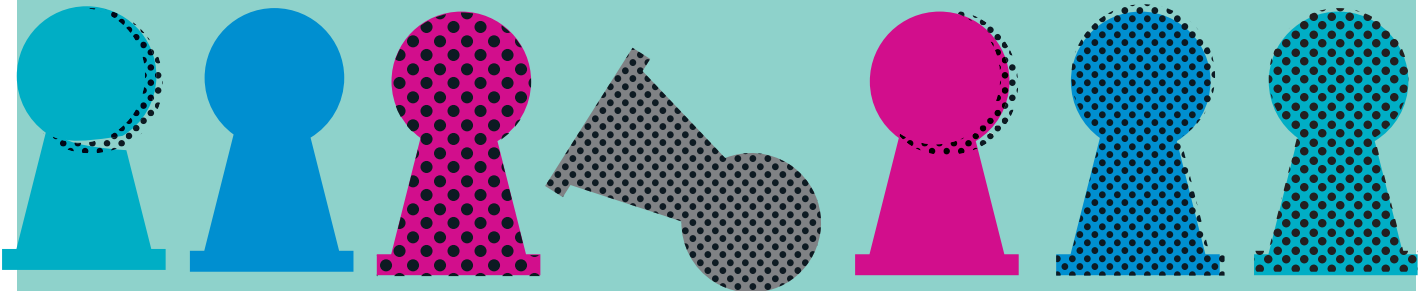
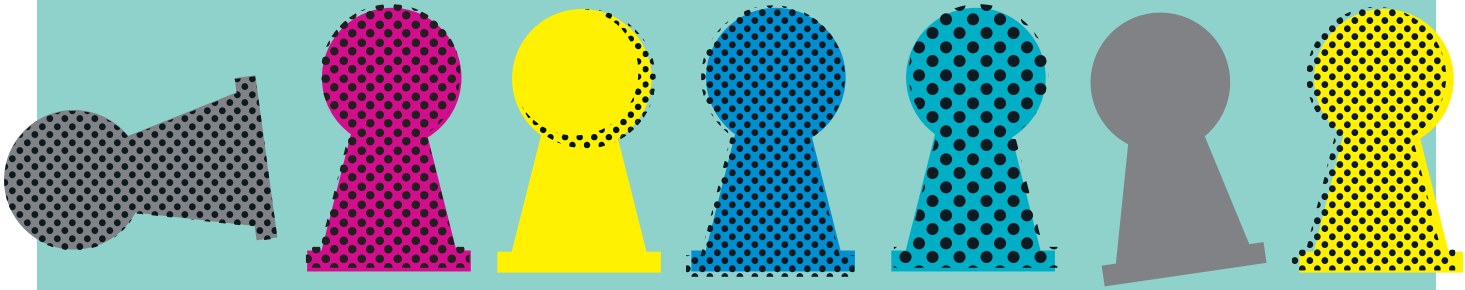
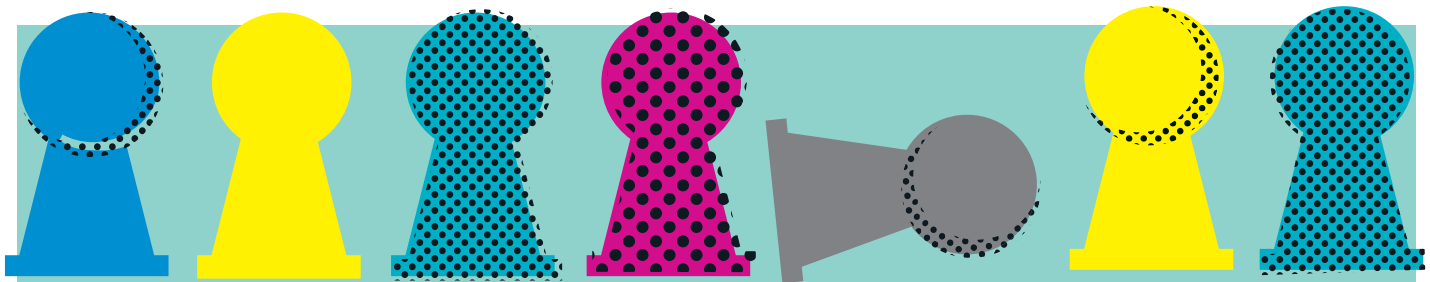
Vi kan med andra ord inte avgöra om de förhållanden som framkommit genom vår granskning av domar eller dokumentation har ägt rum eller inte. Vad vi däremot vet är hur tvångsåtgärder och de beslut som ligger bakom dem beaktas av centrala aktörer i tvångsvårdsprocessen.

9 Billqvist, L., Johansson, L. Sociala akter som empiri: Om möjligheter och svårigheter med att använda socialarbetares dokumentation i forskningssyfte. Socialvetenskaplig tidskrift, Vol. 1, 2007, s.14.

10 Röbbäck, K. Barns röster i vårdnadstvister: Om verkställighet och professionellas riskbedömningar. Institutionen för Socialt Arbete, Göteborgs Universitet, 2012. s.33.

11 Röbbäck, K. Barns röster i vårdnadstvister: Om verkställighet och professionellas riskbedömningar. Institutionen för Socialt Arbete, Göteborgs Universitet, 2012. s.34.

12 Billqvist, L., Johansson, L. Sociala akter som empiri: Om möjligheter och svårigheter med att använda socialarbetares dokumentation i forskningssyfte. Socialvetenskaplig tidskrift, Vol. 1, 2007.



Vart femte barn mår dåligt

Psykisk ohälsa är ett begrepp som definieras på olika sätt i olika sammanhang och kan innefatta såväl frånvaro av psykiskt välbefinnande som allvarliga psykiska sjukdomar.¹³ Socialstyrelsen har definierat psykisk ohälsa hos barn som ”psykiska symtom som påverkar barnets eller den unges känslomässiga välbefinnande och utveckling. Det kan röra sig dels om beteendestörningar, dels om det allmänna psykiska tillståndet som nedstämdhet eller psykosomatiska symtom som huvudvärk och magont.”¹⁴

Det är svårt att göra någon exakt uppskattning av hur många barn och unga som lider av psykisk ohälsa i Sverige idag.¹⁵ Socialstyrelsen konstaterade så sent som 2013 att det råder brist på nationell statistik om barn och unga med psykisk ohälsa och att det behövs ett omfattande arbete för att kunna utveckla och följa nationella indikatorer för denna grupp.¹⁶

För att göra det möjligt att följa utvecklingen av barns levnadsförhållanden i Sverige samlar Barnombudsmannen sedan 2012 offentlig statistik i det webbaserade uppföljningssystemet Max18. Det innehåller utvalda indikatorer som bland annat är relaterade till barns och ungas psykiska ohälsa, som psykiska och psykosomatiska besvär.

Statistik från Statistiska Centralbyråns (SCB) årliga undersökning av barns levnadsförhållanden (Barn-ULF), visar att mer än vart tionde barn mellan 10 och 18 år har upplevt psykiska besvär, och nästan dubbelt så många har upplevt psykosomatiska besvär. Fler flickor än pojkar uppger psykosomatiska och psykiska besvär. Bland flickor i åldern 16–18 år uppgav en av tre att de hade psykosomatiska besvär vid den senaste mätningen år 2011/2012.¹⁷

13 Forsell, Y., Dalman, C. Psykisk ohälsa hos unga. Rapport 2004:6. Stockholms läns landsting, 2004

14 Barns psykiska ohälsa, www.kunskapsguiden.se

15 Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till barns och ungas hälsa, vård och omsorg, 2013.

16 Socialstyrelsen. Regeringsuppdrag inom området psykisk ohälsa – delredovisning av genomförda aktiviteter september 2013, 2013.

17 Max18. Hälsa, www.barnombudsmannen.se/max18.

Denna typ av självskattade mått på psykiskt mående har även visats ha samband med framtida dödlighet, psykisk sjukdom och självmordsförsök.¹⁸

I Maxi8 finns även självmordsstatistik hämtad från Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Statistiken visar att andelen barn och unga under 18 år som begått självmord har legat på en relativt stabil nivå de senaste 50 åren. Generellt sett är andelen högre bland pojkar än bland flickor. År 2012 begick 22 barn och unga självmord vilket motsvarar cirka en av 100 000 barn och unga.¹⁹

Allt fler barn och unga i slutenvård

En annan källa som ofta används för att följa hälsoutveckling och vårdutnyttjande i Sverige är Socialstyrelsens patientregister. Med hjälp av patientregistret kan man bland annat beräkna hur många barn och unga som kommer i kontakt med psykiatrisk vård.²⁰

Enligt patientregistret vårdades under 2012 drygt 40 000 barn och unga inom den öppna psykiatriska vården i Sverige, vilket motsvarar omkring 2 procent av landets alla barn och unga. Andelen barn och unga som vårdats inom den psykiatriska öppenvården varierar emellertid mellan olika delar av landet. Medan omkring en procent av barn och unga i Värmlands län fick öppen psykiatrisk vård under 2012, var motsvarande andel mer än fyra gånger så hög bland barn och unga i Gotlands län.²¹

Över hälften av alla barn och unga som vårdades inom den öppna psykiatriska vården under 2012 var 13 år eller äldre, och majoriteten var pojkar.²²

Antal barn 0-17 år som behandlats inom psykiatrisk öppenvård 2012 uppdelat i ålderskategorier och kön

	Pojkar	Flickor	Totalt
0-6 år	1579	627	2206
7-12 år	10360	3838	14198
13-17 år	12945	10716	23661
Totalt	24884	15181	40065

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

18 Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till barns och ungas hälsa, vård och omsorg, 2013.

19 Maxi8. Trygghet www.barnombudsman.se/maxi8

20 Patientregistret, Socialstyrelsen

21 Patientregistret, Socialstyrelsen

22 Patientregistret, Socialstyrelsen

Drygt 2 000 barn och unga vårdades därtill inom den slutna psykiatriska vården. I mer än 9 av 10 fall var patienten 13 år eller äldre. Till skillnad från den öppna psykiatriska vården vårdades fler flickor än pojkar i den slutna psykiatriska vården.²³ En rapport från Socialstyrelsen visar att antalet barn och unga som vårdas inom psykiatrisk slutenvård har ökat under 2000-talet. Det gäller särskilt flickor och unga kvinnor.²⁴

Antal barn 0-17 år som behandlats inom psykiatrisk slutenvård 2012
uppdelat i ålderskategorier och kön

	Pojkar	Flickor	Totalt
0-6 år	5	3	8
7-12 år	56	50	106
13-17 år	701	1235	1936
Totalt	762	1288	2050

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Psykiatriska diagnoser

Uppgifter från patientregistret visar vilka psykiska sjukdomar och syndrom och beteendestörningar som barn och unga diagnostiserats för enligt klassificeringssystemet ICD-10 (F90-F99). Statistiken omfattar psykiatriska diagnoser satta både inom den psykiatriska och den somatiska vården.²⁵

Statistiken visar att beteendestörningar och emotionella störningar (F90-F98) är den grupp av diagnoser som var mest förekommande bland barn och unga, oavsett kön och åldersgrupp, under 2012. I gruppen ingår bland annat hyperaktivitetsstörningar som ADHD, men också tics och stamning. Knappt hälften av alla barn och unga som fick en huvuddiagnos för psykiska sjukdomar och syndrom och beteendestörningar under 2012 återfinns i denna grupp, och mer än två tredjedelar var pojkar.²⁶

²³ Patientregistret, Socialstyrelsen

²⁴ Socialstyrelsen. Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa – en rapport baserad på patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen, 2012.

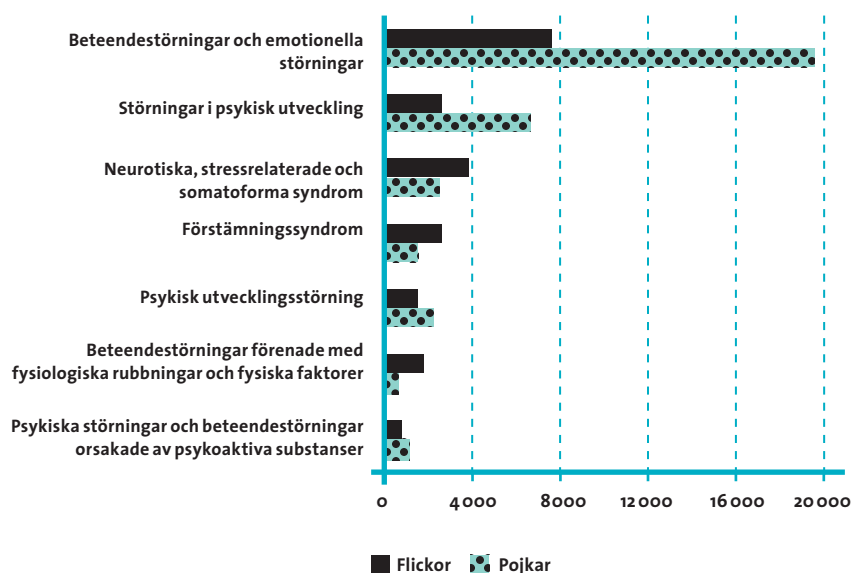
²⁵ Socialstyrelsen. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning, svensk version 2011 (ICD-10-SE), Systematisk förteckning. Svensk version. 2:a uppl., 2010.

²⁶ Patientregistret, Socialstyrelsen

Pojkar var även överrepresenterade bland de barn och unga som diagnostiserats för störningar i psykisk utveckling (F80–F89), inklusive autism och inlärningsstörningar, och psykisk utvecklingsstörning (F70–F79).²⁷

Flickor å andra sidan diagnostiserades i högre grad än pojkar för neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40–F48), förstämningssyndrom (F30–F39) och beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer (F50–F59), där olika typer av ätstörningar ingår.²⁸

Psyksiska sjukdomar och syndrom och beteendestörningar bland barn och unga 0–17 år, huvuddiagnoser per diagnosgrupp, år 2012



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

²⁷ Patientregistret, Socialstyrelsen

²⁸ Patientregistret, Socialstyrelsen

326 barn fick tvångsvård

Sedan 2009 rapporteras även uppgifter om patienter som vårdas inom psykiatrisk tvångsvård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)²⁹, eller lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV)³⁰, till patientregistret. Inrapporteringen ska bland annat innehålla uppgifter om vårdform och tvångsåtgärder som haft relevans för vårdkontakten, enligt ett gemensamt klassificeringssystem med så kallade KVÅ-koder.³¹

Enligt de uppgifter som inrapporterats till registret för 2012 vårdades sammanlagt 326 barn och unga inom psykiatrisk tvångsvård. Totalt erhöll 10 barn och unga vård enligt LRV och 43 under kvarhållning innan beslut om intagning enligt LPT fattats. Majoriteten av de barn och unga som tvångsvårdades under 2012 vårdades dock enligt LPT.

Liksom inom psykiatri i stort, var en övervägande del av de barn och unga som vårdades inom den psykiatriska tvångsvården under 2012, 13 år eller äldre. Endast vart tionde barn som tvångsvårdats enligt LPT var 12 år eller yngre. Fler flickor än pojkar tvångsvårdades enligt LPT under 2012.

Antal barn och unga 0-17 år som fått tvångsvård enligt LPT 2012 uppdelade i ålderskategorier och kön

Ålder	Flickor	Pojkar	Totalt
0-12 år	10	12	22
13-17 år	135	116	251
Totalt	145	128	273

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Enligt de uppgifter som rapporterats till patientregistret är fastspänning den tvångsåtgärd som använts mest frekvent på barn och unga under 2012. Totalt rapporterades 136 fall av fastspänningar utförda på 35 barn. Majoriteten av fastspänningarna hade utförts på flickor.

²⁹ Lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128)

³⁰ Lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129)

³¹ SOSFS 2008:26 inklusive ändringsföreskrifter

Läkemedelstillförelse utförd under fastspänning eller fasthållning rapporterades vid 109 tillfällen på 33 barn under 2012. Därtill har 17 fall av avskiljning rapporterats.³²

Antal tvångsåtgärder utförda på barn och unga 0-17 år under 2012 uppdelade på kön och typ av åtgärd			
	Flickor	Pojkar	Totalt
Fastspänning	105	31	136
Läkemedelstillförelse utförd under fastspänning eller fasthållning	57	52	109
Avskiljande	*	*	17
Inskränkande av elektronisk kommunikation	*	*	*
Övervakning av försändelse	0	0	0
Åtgärd utförd under fasthållande eller fastspänning	*	*	*

* Antalet är för litet för att redovisas av sekretesskäl (1-4 i någon grupp)
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Fortsatt stora kunskapsluckor

Hälsovårdsstatistik kan bidra till att ge en generell bild av utbredningen av psykisk ohälsa bland barn och unga. Men långt ifrån alla som mår psykiskt dåligt söker och får vård, och idag saknas i stor utsträckning kunskap om barn och unga med psykisk ohälsa i Sverige.³³ Resultat från nationella enkätstudier visar dock att psykiska och psykosomatiska besvär är vanligt förekommande bland barn och unga i allmänhet, och bland unga flickor i synnerhet.³⁴

Psykisk ohälsa är ett omfattande och delvis svårdefinierat begrepp som rymmer ett brett spektra av symtom och besvär. Gränsen för vad som bör anses som normala tillstånd är inte alltid tydligt.³⁵ Men även när det gäller

³² Patientregistret, Socialstyrelsen

³³ Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till barns och ungas hälsa, vård och omsorg, 2013.

³⁴ Max 18. Hälsa, www.barnombudsmannen.se/max18

³⁵ SOU 2006:77, Utredningen om ungdomars psykiska hälsa. Ungdomar, stress och psykisk ohälsa: Analyser och förslag till åtgärder.

barns och ungas psykiska ohälsa har vuxna som regel tolkningsföretråde. Barnombudsmannen anser att det är av stor vikt att belysa frågan om barns och ungas psykiska ohälsa ur deras egna perspektiv.

FAKTA

Patientregistret

Socialstyrelsens patientregister innehåller rikstäckande uppgifter om patienter som vårdats inom slutenvården och av läkare i öppenvården. Till registret rapporteras emellertid inte uppgifter om patienter som vårdats inom primärvården eller av andra yrkesgrupper än läkare i den specialiserade öppenvården. Täckningsgraden i patientregistret har successivt förbättrats³⁶ och validiteten bedöms som hög för flertalet diagnoser³⁷. Trots det finns det fortsatt problem med underrapportering till registret, främst från privata vårdgivare i den specialiserade öppenvården,³⁸ och för uppgifter som rör psykiatrisk tvångsvård.³⁹ Kvaliteten i uppgifter hämtade från patientregistret kan därför ifrågasättas och tolkning bör göras med viss försiktighet.

- 36 Täckningsgrad för den somatiska och psykiatriska slutenvården, Socialstyrelsen
- 37 Ludvigsson et al. External review and validation of the Swedish national inpatient register. BMC Public Health, Vol. 11, 2011, s. 450.
- 38 Socialstyrelsen. Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa, 2012.
- 39 Bedömning av grundkrav och prestationsmål i överenskommelsen mellan staten och SKL inom området psykisk ohälsa 2013 (Dnr 5.3-6553/2013, Socialstyrelsen 2013-12-05)

Cecilia Modig: Det är aldrig kört

”Barn som får stryk kommer själva att slå.” Så är det ofta. Men det kan också bli precis tvärtom: ”Jag som vet hur det är att bli slagen kommer aldrig att slå mina barn.”

Som människor har vi förmågan att mellan vår historia och vår framtid sätta vårt medvetande och tänkande. Vi kan skapa kunskap också av våra negativa erfarenheter. Våra liv består av så många möten, så många möjligheter.

Det menar Cecilia Modig. Hon är ordförande i MIND, en stödförening för psykisk hälsa, och ingår i Barnombudsmannens expertråd. Genom åren har hon identifierat både hinder och möjligheter för barn och unga att söka vård för psykisk ohälsa. Det största hindret, enligt henne, är barns lojalitet med sina föräldrar.

– Att mista sina föräldrar är en döds-
skräck hos alla barn.

För att barnet ska bli mindre utlämnat åt sina föräldrar behöver vi stärka nätverket kring barnet, anser Cecilia Modig. Bli bättre på att lägga oss i på ett positivt

sätt. Det gäller inte bara vuxna som har ett formellt ansvar, det kan gälla en granne likaväl.

Barnet som ständigt gråter i våningen ovanför har kanske föräldrar som är utmattade av vaknätter med ett kolikbarn och behöver få sova några timmar. Det kan också vara ett barn som far illa. I båda fallen behöver dörren öppnas. Som granne kan man göra en insats genom att hjälpa till eller genom att anmäla till socialtjänsten.

Ett annat hinder för ett barn att söka hjälp är att psykisk ohälsa fortfarande är väldigt skam- och skuldbelagt. Barn som mår dåligt lägger skuld på sig själva. De upplever sig som misslyckade, osynliga och värdelösa.

NYA KONTAKTVÄGAR

– För många unga kan det kännas nästan oöverstigitligt svårt att beställa tid, sitta i ett väntrum och sedan titta någon i ögonen som

► Cecilia Modig, ordförande i MIND och ingår i Barnombudsmannens expertråd.



man inte känner och som man inte vet om man kan ha förtroende för, säger Cecilia Modig.

Hon menar att vi borde utgå från hur unga kommunicerar idag och anpassa oss efter det. Självmordschatten som MIND driver är ett exempel på nya vägar till stöd. Chatten bemannas av volontärer som kan ge medmänskligt stöd till akut självmordsnära unga människor. Ett stöd som ibland kan vara direkt livräddande.

Men i chatten ligger en begränsning. För att långsiktigt kunna förändra livet behöver besökarna i chatten ofta kontakt med elevhälsan, socialtjänsten eller psykiatrin.

– Vi kan bygga en bro till dem som kan ta vid där chatten slutar. Motivera och informera.

Det skulle underlätta om elevhälsan kunde göra det möjligt för elever att inleda en kontakt med att skicka ett anonymt mejl: OM jag skulle berätta det här för dig, vad skulle du göra då?

På så sätt kan förtroende skapas. Sedan kan man gå vidare och göra upp en strategi tillsammans när man träffas. Det skulle minska den unges rädsla för att tappa kontrollen och bli helt utlämnad till okända vuxnas beslut. Förutsättningen är förstås att det finns tillgång till vuxna i skolan som har mod och tid att lyssna.

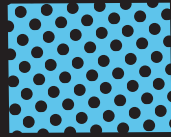
Det viktigaste, menar Cecilia Modig, är att aldrig ge upp om ett barn. Varken det sociala eller det biologiska arvet gör det möjligt att förutsäga någons liv.

– Därför måste vi påminna oss om att *allt*, allt som vi gör som är vänligt, uppmuntran- de och lyhört kan bli byggstenar som barn kan använda när de själva bygger sina liv. ■

F₄



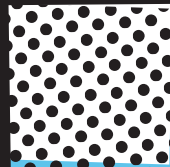
Ö₄



R₁

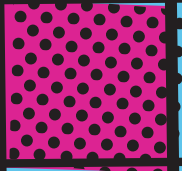
D₁

O₂

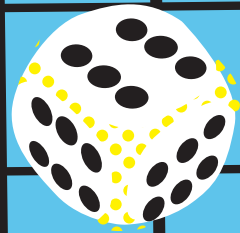


M₃

A₁



R₁



Sammanhanget avgör om barnet söker vård

”Det sitter någon spärr någonstans som gör det väldigt svårt. Det är sjukdomen som säger till en att man inte ska berätta det här.”

Så motiverar Vilda varför hon tvekar att söka hjälp för sina psykiska problem. Hon är långt ifrån ensam. Av de många berättelser som Barnombudsmannen har tagit del av framgår att barns och ungas möjlighet, vilja och förmåga att söka hjälp för psykiska problem varierar kraftigt.

De barn vi har talat med nämner ett antal olika skäl till varför de i skilda situationer har valt att söka eller att inte söka hjälp. Det kan till exempel handla om barnets bild av sin egen sjukdom, om skam och skuld kring den egna situationen, om familjens förutsättningar att aktivt bidra i sökandet efter hjälp, om attityder och fördomar hos andra eller i samhället i stort, om barnets egna kunskaper eller om kunskaper hos personer i barnets närhet.

En av dem som har funderat på hur hennes sjukdom har påverkat möjligheterna att söka hjälp är Ingrid: **”Jag tror ju att allting började för att jag var och är så deprimerad som jag är, att liksom till slut så bara tappar man allt hopp om att kunna må bra och då var ju allting bara skit och man**

gjorde ingenting som kroppen sa till en. Till slut så började ju kroppen säga det man ville höra när man mådde så dåligt liksom.”

Visste inte om jag mådde bra

En del barn berättar att de inte kan avgöra om de mår dåligt eller inte. Konsekvensen blir att de inte förstår att de kan söka hjälp, samtidigt som de vill bli sedda av någon som tar deras problem på allvar. Nellie berättar: **”Eftersom jag aldrig hade pratat om känslor eller någonting med någon så visste jag inte om jag mådde bra. Jag kände bara att jag inte ville leva och att jag tänkte på döden hela tiden. Sen tycker man ju att folk borde ha reagerat när jag sov så fruktansvärt lite som jag gjorde. Jag sov liksom mellan två och fyra timmar nästan varje natt.”**

Elise berättar om hur hon försökte hantera sin ångest på egen hand, utan att söka hjälp: **”Jag var rädd för mina föräldrar, och så var jag rädd för att ... psykiatrin skulle skratta åt mig. För i mellanstadiet var jag mobbad och jag skämdes jättemycket för det. Jag tyckte inte att jag var värd hjälp.”**

Även andra barn har dragit sig för att söka hjälp på grund av skamkänslor. Deras berättelser kan handla om hur de inte tycker sig vara värda hjälp eller vård. Istället straffar de sig själva och sina kroppar. Ett exempel är Thyra, som aldrig har betraktat sig själv som en person som skulle kunna drabbas av en ätstörning: **”Det är lite jobbigt att tänka tillbaka, att det ska behöva gå så långt. Jag kan säga att jag nästan skäms över det. Att man liksom kan gå så långt att man inte kan äta själv.”**

De allra närmaste spelar roll

Av våra samtal framgår att det närmaste nätverket i form av familjen har stor betydelse för barns vilja och förmåga att söka hjälp. Barn och unga som vi har talat med berättar även om hur det är att ha ett syskon som är sjukt, kanske till och med i samma sjukdom.

Linn och hennes syskon lider båda av ätstörningar. Linn berättar: **”Men jag har haft en sådan här omgång innan, när jag gick i trean, då åt jag absolut ingenting. Men jag tror att alla är ganska dåligt uppdaterade på**

denna sjukdom, så mamma och pappa märkte inte det. Det självläkte på mig den gången. Det gör det ofta men denna gång har det nog inte gjort det. Nu visste min mamma och pappa mer, i och med att [syskon] har legat inne.” Linn beskriver också sina känslor kring situationen: ”De säger att det smittar, att man själv föll in i det. Även om det var det sista man ville göra för mamma och pappas del. Jag vill inte att de ska veta.”

Att ha en förälder som själv är sjuk kan påverka barnets egen förmåga att söka hjälp. Några barn berättar om att de till och med upplever att deras egna föräldrar är själva anledningen till att de mår dåligt. En flicka berättar om sin ständiga oro för hur hennes pappa mår: ”Dagar då jag inte vågade springa till skolan för att pappa hade skrikit att han skulle hänga sig, skulle jag gå till skolan och låta det hända? Vissa dagar så stack man, och då oroade man sig hela dagen. Vissa dagar så stannade man hemma för att vakta, men då mådde man skitkasst själv.”

Felicia berättar att hon inte kan prata om sina problem med mamma: ”Jag kan ju inte snacka med min mamma om allting, hon är en ganska orolig mamma, och om hon blir orolig så kanske jag blir orolig. Det blir inte bra. Någo måste ändå vara stark. Om vi båda är oroliga, då oroar vi varandra.”

Viktigt föräldrastöd

Men familj och vänner kan också vara en faktor som förbättrar förutsättningarna för att få rätt vård, enligt barn vi har mött. Det gäller inte minst föräldrar med kunskaper och kontakter och som tar initiativ för sina barns räkning. Det kan till exempel handla om att underlätta barnets kontakter med vården.

Esther berättar att det var hennes mamma som såg till att hon fick den hjälp hon fick: ”Det är jättesvårt, för man är ganska körd om man inte har någon som hjälper en. Jag hade inte varit uppe och gått idag om det inte hade varit för att min mamma hade ringt femtioelva gånger.” Även Vera tackar sin mamma för att hon fick hjälp när hon själv hade svårt att se att hon var i behov av vård: ”Nej, det var min mamma som ringde hit. Så tack och lov att jag har en klok mamma.”

Föräldrar kan också hjälpa sina barn att få ett större inflytande över själva



vården. Esther berättar att hon har turen att ha en mamma som ringer och säger ifrån. Det har däremot inte en av hennes kompisar, som istället skickas vidare till nya psykologer hela tiden. Hade inte Leahs mamma legat på hade hon själv inte fått veta någonting, berättar hon: **”Mamma har gjort allting, ringer och hon håller på som en galning.”**

Det kan också vara till stor hjälp för barnen att föräldrarna är delaktiga i själva vården. Signe konstaterar att hon inte skulle ha klarat av att ta emot den vård hon får utan sin mamma. **”Jag tycker fortfarande det är jobbigt när jag behöver göra en massa saker själv, det blir jättejobbigt. Tidigare var jag så trött så jag struntade i det, så mamma har alltid funnits där för mig och hjälpt mig med detta. Annars hade det nog inte gått så bra”**, säger hon.

Också Leahs mamma har funnits som ett stöd under hela hennes vårdperiod, även när hon var inlagd. **”Så mamma bodde där ett tag [...] och var med mig varje dag hela tiden. Men det är inte allas föräldrar som kan det”**.

...och föräldrar som hinder

Men vi har också träffat barn som berättar att de drar sig för att söka hjälp eftersom de inte vill att föräldrarna ska känna till deras problem. En av dem är Elise, som berättar: **”Pappa hade sagt någon gång att om jag snackar med bup så skulle han läsa mina journaler, för han jobbar inom [sjukvården], på ett annat ställe. Så jag blev livrädd och vågade inte ... för vi hade jättedålig kontakt då.”**

Föräldrarna spelar ofta en stor roll under barnets möten med läkare, psykologer och andra personer som de möter i vården. Det kan vara både positivt och negativt. Mira, till exempel, tycker att det är bra att man får prata själv med sin behandlare. **”Man kan säga exakt det man vill utan att en förälder ska... om man inte vill göra ens förälder ledsen eller så.”**

Svante däremot menar att det måste finnas en flexibilitet: **”Det är helt olika. Om du märker att ungen inte öppnar [sig] när morsan sitter i rummet, då är det klart att man ska be att få snacka ifred. Det är det som är så jävla svårt, för alla är så jävla olika, tänker olika.”**

Klara har upplevt när vården har varit just flexibel: **”Det var bra, det gjorde dom bra när jag blev inskriven. Då satt man med en läkare och mamma och sen fick man prata lite och så fick man prata själv med läkaren, så fick mamma gå ut och så. Så det var dom flexibla med.”**

Brist på kunskap och information

Ett återkommande tema i barnens och ungdomarnas berättelser är hur bristen på kunskap och information har präglat deras upplevelser av den egna sjukdomen och den vård de har fått.

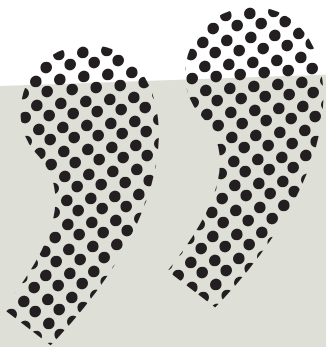
Hos en del barn och ungdomar finns det också en osäkerhet om hur de förväntas må och vad som egentligen är sjukt respektive friskt. Eller som Esther uttrycker det: **”Som ungdom tror man kanske att man bara går igenom någon hormonell process, då kanske man inte ... Om man inte vet någonting om det så kanske det är väldigt svårt att identifiera och då kanske man anklagar sig själv.”**

Vera reflekterar över hur svårt det kan vara att våga söka vård: **”Jag tyckte inte att jag hade några stora problem heller, utan det var så att mina föräldrar skilde sig och jag tycker att mitt liv suger. Men vadå? Vad är det? Det finns barn och ungdomar som blir slagna hemma och som har missbrukarföräldrar och så, det är ju mycket värre för dom kanske. Så att därför tänkte inte jag riktigt att [...] mina problem var så stora.”**

Hittar inte till vården

Skolan skulle kunna vara en plats där barn och unga får lära sig mer om vart de kan vända sig för att få stöd och hjälp. Dessvärre berättar många av dem vi har talat med att de saknar information i skolan om just psykisk ohälsa och om vart man kan vända sig för att få hjälp.

Så här säger Vilda, som har en ätstörningsproblematik, om vad hon har fått veta om sin sjukdom i skolan: **”Det är det som står i böckerna. Där står:**



VAD KAN DU GÖRA?

Angelika Landt, skolsköterska:

– Jag kan tidigt identifiera elever med psykisk ohälsa och hålla mig uppdaterad på stöd för ungdomar via nätet, till exempel UMO.se. Jag kan också påverka, lära eleverna vad god livsstil är, vilket leder till god psykisk hälsa.

Gustav Jagner, skolkurator:

– Skolan är en stor och viktig arena för kunskap och social träning. Jag kan ge barnet en möjlighet att bli sedd och lyssnad till. Min roll är att förstå vad barnet vill ha för förändring. Jag kan hjälpa till att sortera, att göra problem förståeliga. Tillhandahålla redskap som gör det sociala livet lättare.



Anorexia är när man inte äter. Bulimi är när man spy upp vad man äter. Det är vad man får reda på, ungefär.”

Av de berättelser vi har tagit del av framgår att bristen på information är ett hinder för att barnen ska kunna söka rätt vård. Bland dem vi har träffat är kunskaperna bristfälliga om vilken vård som finns att få. Till och med de som har varit i kontakt med exempelvis elevhälsan är osäkra på vilken hjälp som finns för den som mår psykiskt dåligt.

”Man pratar om ungdomsmottagningen på sexualkunskapen, men jag har aldrig förstått att man kan gå dit om man mår dåligt. Det är om man har klamydia eller sådana saker”, säger Lova.

Ytterligare ett hinder för att barn och unga som behöver stöd ska bli uppmärksammade i ett tidigt skede är att närstående ofta har dåliga kunskaper om psykisk hälsa, psykiska sjukdomar och psykiatrisk vård. Lova efterlyser mer kunskap hos dem som möter barn och unga i sitt arbete: **”Om dagisfröknar hade varit utbildade i att se olikheter som social fobi, autism och sådana saker, då hade jag kunnat få hjälp mycket tidigare.”**

Efterlyser större medvetenhet

Ett återkommande tema i de berättelser som Barnombudsmannen har tagit del av är den generella bristen på förståelse för barns och ungas psykiska hälsa i allmänhet och specifika sjukdomar i synnerhet. Denna okunskap bidrar i sin tur till att spä på de fördomar och stigmat som redan omgärdar psykiska besvär och psykiatrisk vård. Det konstaterar de barn och unga vi har talat med.

Vilda säger: **”Generellt tror jag inte samhället vet vad det här är, man ser kanske skärsår på armarna**

men man tycker bara: Hur kan man vara så dum så att man skadar sig själv? Men det är inte så barnet tänker. Så man behöver mer kunskap.”

Flera barn och ungdomar efterlyser en större medvetenhet om både psykisk ohälsa och vilken hjälp som finns att få. En del anser också att det är viktigt att förändra ohälsosamma ideal kring kropp och hälsa, till exempel med hjälp av mer information i skolan. För de barn och ungdomar vi har talat med är det ofta förknippat med både skuld och skam att söka vård för psykiska och sociala besvär. Flera av dem väljer att inte tala högt om sina problem. En av dem är Edith: **”Jag kan skämmas om jag säger att jag har skadat mig själv, för det känns så dumt.”**

Viktor berättar: **”... Jag tycker inte att man ska ha en skolkurator egentligen. Att gå dit och prata, då blir man utpekad av alla ändå. Man känner sig att nu får jag gå ifrån lektionen, eller nu får jag gå ifrån lunchrasten så att jag ska gå och prata med någon här. Det kan jag göra på fritiden istället.”**

En utbredd uppfattning är att det är svårt att bryta det stigma som gör att barn och unga inte vågar söka vård. Isabelle har ett förslag på hur det skulle kunna gå till: **”Att man har en timme i skolan där man sätter sig ner och pratar om livet. Inte bara att det är matte, svenska och engelska. Utan att det finns en timme i veckan då man sätter sig ner och pratar om viktiga saker. Hur är det att vara tonåring? Såna saker, viktiga frågor för en själv och för alla andra ...”**

Tas inte på allvar

Ett återkommande tema i barnens berättelser är också att psykisk ohälsa inte alltid syns på utsidan. Kanske väljer den som mår dåligt att visa upp en fasad för att dölja sin sjukdom, eller så lever han eller hon helt enkelt inte upp till den gängse bilden av en person som lider av psykisk ohälsa. Risker är att barn och unga som inte blir sedda – och därmed inte får sin upplevelse av sjukdom bekräftad – inte ser sig själva som sjuka och därför inte heller väljer att söka hjälp.

En av dem som Barnombudsmannen har talat med berättar att hon inte tas på allvar när hon söker vård på bup-akuten: **”Jag är väldigt, väldigt lugn när jag mår dåligt. Jag sitter mest bara tyst. Andra kan skrika och gråta och**

så. Jag kan förstå att de inte tar mig på samma sätt då eftersom jag är så pass lugn. Jag har fått höra så många gånger att det knappt märks att jag mår dåligt. Jag är så sjukt lugn hela tiden.”

En del ungdomar berättar om sin frustration över andra personers ovilja eller oförmåga att ta deras psykiska besvär på allvar. Flera av dem berättar om rädslan att bli avvisad när man väl söker hjälp. **”Dels var jag rädd att bli bemött som något psykfall, konstig och instabil och ... eller raka motsatsen, att få höra: Nej du har inga allvarliga problem, du behöver inte vara här. Gå hem igen,”** berättar Ronja.

Barn som nekade vård

Flera av dem som Barnombudsmannen har talat med har varit med om att bli nekade vård, att bli skickade mellan olika instanser och vårdinrättningar och att bli utskrivna innan de har fått adekvat hjälp. **”Det var en fredag och så sa läkaren att de kunde ta det på måndag, för de hade inte tid idag. Fast hon har ju trillat ihop. Ja, men vi tar det på måndag,”** berättar Thyra.

Lukas berättar att han har sökt hjälp akut mellan tio och femton gånger men blivit hemskickad varje gång. Vincent säger att han blev utskriven från vården utan någon närmare förklaring: **”Hon sa: Nej, jag tror inte att vi kommer så mycket längre med de här samtalen, vi får avvakta så får du komma tillbaka när du börjar gå gymnasiet så får du komma hit om det känns jobbigt. Okej, ja, ja, då säger vi väl så då, du är experten.”**

En annan av ungdomarna säger att hon inte vågar ifrågasätta vårdens bedömning: **”Jag har liksom inte vågat säga ifrån heller när dom börjar ... för det är ju som att deras bedömning är att jag inte behöver hjälpen. Och då kan man inte bara: jo, jag behöver visst hjälp. För då känner man sig i vägen.”**

Tar till extrema åtgärder

Både Inez och Lukas säger att de har känt sig tvungna att ta till extrema åtgärder för att omvärlden ska se deras behov av hjälp och för att få den vård som de upplever att de annars skulle ha blivit nekade.



”Man försöker ofta visa det på alla sätt. Man känner sig sviken, övergiven ... Dom lyssnar inte på en, dom tror inte på en och man är tvungen att ta till extrema åtgärder för att visa att man inte mår bra. Fast man egentligen inte vill göra det”, säger Inez.

Lukas berättar: ”Och sen i förra veckan, [veckodag] så försökte jag ta mitt liv och det var därför jag hamnade här. Först nu har folk börjat hjälpa mig, innan har de inte brytt sig över huvud taget.”

Känslan av att bli misstrodd och ifrågasatt återkommer i flera av ungdomarnas berättelser. En av dem som har sådana erfarenheter är Elise: ”Han som jag inte tyckte om till exempel, jag hade skurit sönder en nerv och så hade jag fått åka in och sy stygn, så jag kunde inte använda armen. När folk frågade sa jag att jag fått en nervskada. Han hade gått runt och bara: Nej, hon bara ljuger, hon bara överdriver.”

Siri berättar: ”Sen så har det varit andra i personalen som har skrikit åt en att ... när man kommer in i matsalen så bara skrek de: Jag orkar inte med dig och dina fasoner längre. Jag tror inte på dig att du vill dö, du vill bara ha uppmärksamhet. Det är inte sånt man behöver höra, när det inte ens stämmer. Då känner man sig jätteinvaliderad.”

Artikel 24 och 2: Barn och unga ska ha rätt till bästa uppnåeliga hälsa och sjukvård utan åtskillnad av något slag.

(FN:s konvention om barnets rättigheter)

Barnens upplevelser av första linjens vård

Få av de barn och unga som vi har träffat berättar spontant om möten med husläkare, sjuksköterska eller annan personal inom primärvården. Det är ett stort steg att söka hjälp, och framför allt uppfattar barnen inte att primärvården är till för dem.

Stina berättar att det dröjde länge innan hon själv förstod att hon var sjuk. **”Jag visste inte att jag var sjuk, fast jag visste säkert. Jag var helt hundra på att jag visste inom mig att jag var på väg att bli det. Så vågade ju inte jag prata med någon på grund av att jag inte hade några problem än”**, säger hon.

Esther uppfattar attityden på vårdcentralen som loj. **”Ja, okej du är sjuk, det var lite tråkigt, här har du lite piller. Du kan ringa om det inte blir bättre.”** Men hon har också förståelse för att de som arbetar på vårdcentralen inte är specialister: **”Samtidigt så begär jag inte att de här människorna som jag aldrig har träffat ska vara insatta i ätstörningsproblem. Men jag tycker att om man inte har den kunskapen själv, då behöver man ändå ta folk på så stort allvar att man bör antingen göra lite efterforskning eller så får man helt enkelt ge remiss till någon annan.”**

Långa väntetider

Flera barn och ungdomar berättar om långa väntetider och känslan av att bli bollad mellan olika enheter. För Ida ledde den långa väntetiden till att hon mådde allt sämre. **”Allting gick ju bara neråt och neråt tills jag kom hit. Då känner man sig så här bortputtad liksom, som att man inte har några problem eller ... mindre värde ...”** Lova skickades mellan olika enheter och konstaterar efteråt att **”Jag förlorade år på den där processen. Om jag bara hade kunnat gå vidare direkt till bup, istället ...”**

Många beskriver också att de en bit in i vårddedjan har mött läkare som

ställt sig frågande till varför ingen uppmärksammat deras situation tidigare. ”För när jag kom till PIVA⁴⁰ sedan så var läkaren också frågande till varför ingen hade tagit tag i det tidigare, för jag mådde jättedåligt. Jag låg inne en hel vecka i sängen och åt ingenting, jag var helt borta. Och jag känner om jag bara hade fått prata med någon så kanske det inte hade behövt gå så långt. Att jag hade behövt må så dåligt”, berättar Moa.

Ungdomsmottagningen en vändpunkt

En annan enhet som omnämns av barnen är ungdomsmottagningen. Bland dem som har haft positiva upplevelser av mottagningen är Vera och Lova. ”Många tror att ungdomsmottagningen bara är om man ska göra abort, men det är det inte”, säger Lova. Vera hade gärna ändrat bilden av ungdomsmottagningen, att det inte bara är ett ställe för p-piller utan även ”ett ställe man kan gå till också för att få hjälp med sitt kaosiga liv, för att när man är tonåring så är livet kaosigt någon gång i alla fall.”

I många berättelser lyfts ungdomsmottagningar också fram som en plats där man har mötts av stor förståelse. Inte bara för barns och ungas specifika problem, utan även för hur det är att vara ung. Därmed inte sagt

40 Psykiatrisk intensivvårdsavdelning

Artikel 24.2.b. Konventionsstaterna ska särskilt vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig sjukvård och hälsovård med tonvikt på utveckling av primärvården.

(FN:s konvention om barnets rättigheter)

att ungdomsmottagningar är lösningen på alla svårigheter med att göra vårdkedjan tillgänglig även för barn och ungdomar. Men det visar hur viktigt bemötandet är och hur viktigt ungdomarna själva tycker att det är att personen som de får hjälp och stöd av också kan sätta sig in deras

situation. Det visar också att funktioner i vårdkedjan som har till uppgift att stötta barn och ungdomar med psykiska problem inte behöver vara förknippade med social stigmatisering.

I flera berättelser blir mötet med ungdomsmottagningen en vändpunkt. Lova berättar om hur hon till en början inte kände att hennes problem blev tagna på allvar: **”Då blev jag jättenere, för jag tänkte att jag inte har några problem och bara överreagerar och så. Så då tog det ytterligare månader innan jag tog mod en gång till och ringde till ungdomsmottagningen, som direkt tog mig på allvar. Där fick jag komma in redan nästa vecka och prata med någon, det var jättebra.”**



VAD KAN DU GÖRA?

Isabel Hillborg, kurator på ungdomsmottagning:

– Det är inte metoden som är avgörande för att hjälpa, utan mötet och kontakten. Jag kan ta tag i saker som känns övermäktiga. Till exempel ringa det där samtalet till psykiatrin som de drar sig för. Förmedla hopp om deras situation och att de kan må bättre.

Analys: Rätten till vård kräver tillgänglighet

Barn och unga som vi har träffat berättar att det finns olika faktorer som gör att förmågan, viljan och möjligheten för dem att söka hjälp för psykiska problem varierar stort. Sjukdomen i sig kan upplevas som ett hinder genom att den påverkar deras beteende, men också genom de känslor av skuld och skam som sjukdomen för med sig. Föräldrarnas möjligheter att stötta sina barn i att söka hjälp och fördomar och attityder i samhället kring psykisk ohälsa är viktiga förklaringar till varför vissa barn söker hjälp och andra inte.

Enligt artikel 2 i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) gäller rättigheterna alla barn utan åtskillnad av något slag. I artikel 24 grundläggs barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa och rätten till hälso- och sjukvård. Att vården är tillgänglig för alla barn är därför en förutsättning för att samhället ska kunna tillgodose barnets rättigheter enligt barnkonventionen.

Svårt att söka hjälp

Även i svensk rätt stadgas alla människors rätt till god hälsa på lika villkor. Hälso- och sjukvård ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.⁴¹ Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vård på lika villkor för hela befolkningen innebär att det ska vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Möjligheterna att få vård får inte påverkas av exempelvis ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet eller kulturella olikheter.⁴²

Det är därför bekymmersamt att ett återkommande tema i många barns

41 Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

42 Prop.1996/97:60, Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

och ungdomars berättelser är hur svårt det är att söka hjälp för psykisk ohälsa. Detta är dessutom ett välkänt problem. På nationell, regional och lokal nivå pågår satsningar för att göra vården tillgänglig och för att bättre kunna tillgodose barnets rätt till hälso- och sjukvård.⁴³ Men utifrån de samtal vi har haft med barn och unga verkar dessa satsningar långt ifrån tillräckliga.

För att skapa en hälso- och sjukvård som är tillgänglig för barn och unga med olika former och grad av psykisk ohälsa krävs en analys av vad tillgänglighet betyder ur barns och ungas perspektiv. Det kan handla om att bygga en lättillgänglig och väl utvecklad första linje av vårdaktörer, som kan arbeta förebyggande och vid behov slussa vidare, och en andra, specialiserad linje som kan stödja dem med svårare och mer komplicerade besvär.⁴⁴ Men det kan också handla om att motverka fördomar och påverka attityder om psykisk ohälsa.

Väntetider inte allt

Vårdens tillgänglighet för barn och unga har främst diskuterats i termer av väntetider. Det vill säga hur lång tid det tar innan patienterna får komma på ett första besök hos den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin.⁴⁵ Men ett alltför starkt och ensidigt fokus på tillgänglighet i den här bemärkelsen riskerar att gå ut över andra viktiga aspekter av vården.⁴⁶ Landstingen och regionerna har exempelvis också efterlyst uppföljningar av vårdens kvalitet.⁴⁷ Barnombudsmannen delar den uppfattningen, och konstaterar utifrån barns och ungas berättelser att det finns ett stort behov av en diskussion om hur barn kan få stöd och kontakt med vården vid psykisk ohälsa. Det är av största vikt att beslutsfattare på regional och lokal nivå på olika sätt inhämtar barns och

43 Socialstyrelsen. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Uppföljning av landstingens insatser för det förstärkta vårdgarantin 2011. www.socialstyrelsen.se, 2012.

44 Socialstyrelsen. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Uppföljning av landstingens insatser för det förstärkta vårdgarantin 2011. www.socialstyrelsen.se, 2012.

45 Socialstyrelsen. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Uppföljning av landstingens insatser för det förstärkta vårdgarantin 2011. www.socialstyrelsen.se, 2012.

46 Socialstyrelsen. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Uppföljning av landstingens insatser för det förstärkta vårdgarantin 2011. www.socialstyrelsen.se, 2012.

47 Socialstyrelsen. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Uppföljning av landstingens insatser för det förstärkta vårdgarantin 2011. www.socialstyrelsen.se, 2012.

ungas egna åsikter när hälso- och sjukvården planeras och genomförs. Detta för att identifiera vilka hinder som påverkar barns och ungas möjligheter att söka och ta emot hjälp.

Det finns en osäkerhet om vad psykisk ohälsa innebär, enligt de berättelser vi har tagit del av. En del barn har trots att de har mått mycket dåligt haft svårt att se att deras problem kan vara tillräckligt allvarliga för att klassificeras som något som kan behandlas i sjukvården. Problemen kan också missuppfattas som normala känslor hos tonåringar. Andra vill inte erkänna för sig själva att de mår dåligt. När barnet eller den unge slutligen väljer att berätta om sina problem för en vuxen kan det vara svårt att nå fram. Barn beskriver hur de inte tas på allvar och att det kan få långtgående konsekvenser, exempelvis genom att de skadar sig själva eller till och med försöker ta sitt liv.

Första linjen otillräcklig

Barnombudsmannen konstaterar att vårdcentralerna är frånvarande i barnens berättelser, trots att dessa utgör första linjen i vårdkedjan. Det är dit vi alla ska vända oss i ett första skede vid psykiska besvär, men av berättelserna att döma har få ungdomar vänt sig till vårdcentralerna och de som gjort så har inte upplevt att de fått förståelse för sin sjukdom. Andra har via vårdcentralen fått hjälp vidare till mer specialiserad vård. De upplever emellertid att det många gånger har tagit alltför lång tid. Barn beskriver hur det har lett till att de fått hjälp för sent, när sjukdomen har utvecklats till något allvarigare och mycket svårare att behandla.

I detta avseende kan de långa väntetiderna och vårdcentralernas fokus på att slussa barn med psykisk ohälsa vidare i vårdkedjan vara ett problem.⁴⁸ Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har också konstaterat att många barn med psykisk ohälsa får kämpa hårt för att få vård eller helt enkelt "faller mellan stolarna" för att den första linjen inte är tillräckligt utvecklad för att möta dessa barn⁴⁹.

Barnombudsmannen anser att det inte är acceptabelt att barn och unga

48 Karolinska Institutets Folkhälsoakademi. Den dolda psykiska ohälsan bland unga vuxna som uppsöker vårdcentral, 2003.

49 Sveriges Kommuner och Landsting. Vänd dig hit! Guide för kommuner och landsting att kartlägga och utveckla sin första linjeverksamhet för psykisk hälsa hos barn och unga, Psynkrappport 2:2012, 2013.

med psykisk ohälsa inte får lämpligt stöd och hjälp. Det är därför viktigt att systematiskt utvärdera hur barn med psykisk ohälsa bemöts och tas om hand av samhället, särskilt första linjens sjukvård.

Positivt om ungdomsmottagningar

Det finns dock vissa ljusglimtar i barnens berättelser kring första linjen. Ungdomsmottagningarna får beröm. Här har många av ungdomarna mötts av stor förståelse, berättar de. Inte bara för sina specifika problem, utan även för hur det är att vara ung. Vi tolkar det som en indikation på hur viktigt bemötandet är och hur viktigt det är för ungdomarna att den person som ger dem hjälp och stöd också kan sätta sig in deras situation.

Barnombudsmannen anser att det behövs stora satsningar för att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård vid psykisk ohälsa hos barn och unga. Inledningsvis bör alla kommuner och landsting/regioner utse en eller flera personer som ansvarar för att barn och unga och deras familjer får adekvat information om var de kan vända sig för att få stöd och hjälp. I en sådan funktion bör också ligga ett ansvar att uppmärksamma ansvariga beslutsfattare på brister kopplade till första linjen.

Socialt stigma hinder för vård

Det sociala stigma, som barn och unga upplever i samband med psykisk ohälsa, tycks spela en stor roll när det gäller deras kontakter med elevhälsan. Känslor av skam och skuld kan resultera i en ovilja att söka stöd och hjälp hos exempelvis skolkuratorer. Att söka hjälp innebär dessutom att man erkänner för andra, och kanske också för sig själv, att man har psykiska problem, vilket inte alla barn och ungdomar är beredda att göra. Därför är det viktigt att vuxna i barns och ungas omgivning bidrar med stöd och hjälp i liknande situationer och att elevhälsan blir tillgänglig för barn och unga som söker hjälp för psykiska besvär.

Många gånger är elevhälsan frånvarande i barnens berättelser. Det kan bero på att kurator och psykologer inte finns på skolan eller för att barnen inte upplever elevhälsan som en aktör som har kunskap och verktyg att hjälpa dem. Känslan av social stigmatisering när barnet söker

hjälp hos skolans elevhälsa kan också i en del fall hänga samman med barns erfarenhet av att sekretessen bryts. Att det barnet berättar inom skolans väggar sprids till andra, till exempel lärare, rektorer och andra elever.

Barn och unga ska enligt barnkonventionen ha rätt till personlig integritet som innefattar rätten till skydd mot godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt privat- och familjeliv, sitt hem eller sin korrespondens och rätt till skydd mot olagliga angrepp på sin heder och sitt anseende (artikel 16).

Många barn och unga har valt att berätta för oss om sina upplevelser av vården i syfte att bryta stigmat kring psykisk ohälsa. De uppmuntrar också barn i liknande situationer att söka hjälp, även om det är svårt. Trots den ibland mörka bild av vägen till vård som barnen ger säger många att de till slut fått rätt hjälp och det vill de förmedla till andra barn. Det är intressant mot bakgrund av de studier som visar att barn och unga generellt är ovilliga att söka hjälp för psykiska problem.⁵⁰

Forskning visar att unga som har självmordstankar eller lider av depression är mindre benägna att söka hjälp. Exempelvis hade bara en tredjedel av deltagarna i en norsk studie sökt hjälp även vid de högsta nivåerna av symtom på ångest och depression. Det finns olika förklaringar till varför barn och unga inte söker hjälp för psykiska problem. Ungas som har en negativ attityd till eller dåliga erfarenheter av psykiatrisk vård är mindre benägna att söka vård än andra unga.⁵¹

Sammantaget visar de berättelser vi har tagit del av att insatserna vid psykisk ohälsa bland barn och ungdomar inte enbart är en fråga om hur vårdkedjan organiseras eller att väntetiderna blir kortare. Det handlar också om att psykisk ohälsa måste bli mindre skambelagt. Rädslan för att bli socialt utsatt är ett konkret hinder för att vården ska bli tillgänglig för många barn och ungdomar.

För att barn ska få sina rättigheter till vård vid psykisk ohälsa tillgodosedda i högre utsträckning än idag krävs ett arbete för att motverka de fördomar som många av dem upplever. Här har vuxna i barns och ungdomars närhet, kanske särskilt elevhälsan, ett stort ansvar för att frågan lyfts upp och diskuteras för att inte skapa ytterligare stigma för

50 Se till exempel Rickwood, D., Deane, P. Wilson, C. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *MJA*, Vol. 187, 7(1), 2007.

51 Zachrisson, H., Rödje, K. Mykletun, A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public Health*, Vol. 6, 2006, 534-7.

barn och unga som upplever psykisk ohälsa. Det krävs därför satsningar på elevhälsans möjligheter att stärka barns och ungas psykiska hälsa. Elevhälsan behöver byggas ut och bli mer tillgänglig.

Komplicerad föräldraroll

Ett återkommande inslag i berättelserna är hur svårt det är för barn och unga att själva hitta och få hjälp. Ofta behöver de hjälp av en vuxen. Många barn berättar om att det är deras föräldrar som till slut har sett till att de har fått det stöd och den hjälp som de har rätt till.

Men förälderns, eller vårdnadshavarens, roll kan vara komplicerad. En del barn har av olika skäl inte kunnat få sådan hjälp av sina föräldrar. I de fall där barn och unga har en komplicerad relation till sin egen familj kan det vara särskilt problematiskt att tillgodose barnets rätt till vård. Vårdnadshavaren har stor betydelse när det gäller att företräda barnet i kontakter med vårdaktörer.⁵² Om han eller hon av olika skäl inte gör detta, eller till och med är en del av barnets problem, hamnar barnet i en svår situation.

Barn och unga som vi har träffat berättar att föräldrarna har stort inflytande över deras vård. Det är till föräldrarna personalen i första hand vänder sig med information. Föräldrarna har också stor insyn i vad barnen berättar för sina behandlare, vilket kan leda till att barnen avbryter kontakten eller håller inne med viktig information. Flera av dem vi har talat med säger att de behöver mötestid utan närvarande föräldrar för att kunna säga hur det är och vad de tycker. Utan möjlighet att samtala i enrum med personal tillgodoses inte heller barns och ungas rätt till privatliv eller sekretess. Därmed blir även deras möjligheter att slå larm om eventuella missförhållanden i hemmet ytterst begränsade.

Den här frågan har också uppmärksammats av FN:s kommitté för barnets rättigheter (barnrättskommittén). Kommittén har uppmanat konventionsstaterna att införa lagar eller regler som tillförsäkrar barn rätt till konfidentiell medicinsk terapi och rådgivning, utan föräldrars tillstånd och oavsett ålder, där det behövs för barnets säkerhet och välbefinnande.

⁵² Socialstyrelsen. Barnets möjligheter att få hälso- och sjukvård samt sociala insatser när vårdnadshavarna inte är överens. Meddelandeblad 2012:10, 2012.

Exempel på sådana situationer är när det förekommer våld eller övergrepp hemma, vid behov av information om reproduktiv hälsa eller vid konflikter mellan barn och föräldrar om tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser.⁵³

Små möjligheter söka vård själv

Trots vissa lagändringar under senare år har barn fortfarande små möjligheter att få hälso- och sjukvård eller sociala insatser om barnets vårdnadshavare motsätter sig det.⁵⁴ Barnrättskommittén välkomnar att vissa länder har infört en bestämd ålder när rätten till medicinskt samtycke går över till barnet och uppmanar konventionsstaterna att överväga sådan lagstiftning. När ett yngre barn har förmåga att uttrycka en åsikt om sin behandling rekommenderar kommittén att en sådan åsikt ges betydelse.⁵⁵ Vår studie visar emellertid att många barn har upplevt att det snarast är föräldrarna som vårdpersonalen vänder sig till.

Vårdnadshavarens roll när ett barn upplever psykisk ohälsa är en viktig aspekt att ha med i alla delar av vårdkedjan. Vi menar att det behövs en principiell diskussion om hur och när barn och unga ska ha möjlighet att själva söka vård och behandling för psykisk ohälsa.

I det sammanhanget vill vi lyfta fram elevhälsans viktiga roll i att se barn med psykisk ohälsa och hjälpa dem vidare till rätt hjälp. Alla barn har inte samma förutsättningar och möjlighet att få stöd av sina föräldrar, vilket gör att vården inte är tillgänglig för alla barn utan åtskillnad. Elevhälsan har då en viktig roll att fylla eftersom den finns i skolan bland barn och unga.

53 Barnrättskommitténs allmänna kommentarer nr 12. Barns rätt att komma till tals. Punkt 101.

54 Socialstyrelsen. Barnets möjligheter att få hälso- och sjukvård samt sociala insatser när vårdnadshavarna inte är överens. Meddelandeblad 2012:10, 2012.

55 Barnrättskommitténs allmänna kommentarer nr 12. Barns rätt att komma till tals. Punkt 102.

Barnombudsmannens förslag

Sammantaget kan vi konstatera att tillgänglighet i vården inte bara kan analyseras i termer av väntetider. Av barnens egna berättelser framkommer också andra hinder som barn möter när de behöver stöd och hjälp. Ibland handlar det om att det är svårt att hitta vuxna som uppmärksammar problemen och som förmår lotsa barnet genom vårdkedjan.

Vården organiseras också på olika sätt, beroende på vilket landsting/region och vilken kommun barnet är bosatt i. Det bidrar till att det är svårt för barn och föräldrar att veta vart de ska vända sig. Barn med psykisk ohälsa riskerar att gå oupptäckta länge, vilket kan leda till att problemen förvärras. Det är tydligt att det på många håll i landet saknas en självklar första instans dit barn och deras föräldrar kan vända sig vid psykisk ohälsa.

När kommuner och landsting brister i sina skyldigheter att erbjuda barn stöd, behandling och rehabilitering vid psykisk ohälsa ligger ansvaret idag på barn och föräldrar att själva hitta ett alternativ. Men barn som vi har varit i kontakt med berättar att de ger upp efter ett eller ett par försök att söka hjälp, och att följden blir att de blir utan vård. Det är orimligt, anser Barnombudsmannen, och konstaterar att det borde räcka med att söka hjälp en gång.

Inrätta en barnlots

Det ska finnas en väg in i vårdkedjan för barn och unga som mår dåligt. Barnombudsmannen föreslår därför att det i varje landsting/region inrättas en barnlots som ansvarar för att barn får tillgång till psykisk hälsovård. Barnlotsens funktion är att se till att barn och unga (och deras vårdnadshavare) hittar rätt i vårdkedjan. Det handlar om att säkerställa att barnen och ungdomarna får kontakt med den instans som kan ge dem adekvat stöd. Barnlotsen måste vara en person med kompetens att göra en första bedömning

av barns psykiska hälsa och vårdbehov och ha god kännedom om vilka stöd- och behandlingsinsatser som finns att tillgå i upptagningsområdet.

Om barnlotsen inte hittar ett behandlingsalternativ för barnet ska den genast meddela ansvariga chefer inom kommun och landsting, som sedan får besluta om vilken verksamhet som ska ta emot barnet. Det måste finnas en mottagare. Alternativet att barn lämnas utan vård eller stöd är inte acceptabelt.

Stärk elevhälsan

Skolans huvudmän måste säkerställa en tillgänglig elevhälsa för alla barn och ett arbetssätt som sänker trösklar för barn som behöver stöd och råd. Särskilt viktigt är att tydliggöra hur elevhälsan kan och bör agera i situationer när de upptäcker barn och unga som är i behov av stöd och vård vid psykisk ohälsa. Här vill vi särskilt betona vikten av lättillgänglig och anpassad information som riktar sig till alla elever.

Utred självmord

Förstärkningar inom elevhälsan och systematiskt arbete för att tillgängliggöra vården och stödet vid psykisk ohälsa hos barn och unga är viktiga åtgärder för att stärka barns möjligheter till stöd och hjälp vid psykisk ohälsa. Det är dock inte tillräckligt med ett gott förebyggande arbete. Det är också viktigt att dra lärdomar om hur skyddsnetet kan förbättras.

Självmorden har minskat i alla ålderskategorier utom i den yngsta. Det är oroande och vi måste få ökad kunskap om situationen för de barn som fullbordar sina självmord och vad det är vuxenvärlden missar. Vi anser därför att den lagstiftning som idag finns om obligatoriska dödsfallsutredningar när barn blir offer för våldsbrott ska utökas till att också omfatta situationer där barn begår självmord. Samhället måste få mer kunskap om hur självmord kan förebyggas men också om hur brister i vårdkedjan kan upptäckas.

Anders Hjern: Barn med psykisk ohälsa borde få hjälp av hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården saknar beredskap att ta emot barn med lättare former av psykisk ohälsa. Samtidigt är steget till BUP stort. Det behövs en första linje som är tillgänglig för barn med lindrig psykisk ohälsa.

När vuxna får depressiva symtom tas det om hand i primärvården. Men där finns ingen beredskap för barn som har mildare former av psykisk ohälsa.

Anders Hjern, barnläkare som ingår i Barnombudsmannens expertråd, anser att det behövs en första linje som är tillgänglig för behandling av och stöd till de här barnen.

– Den skulle vara mer närvarande i barn-ens vardagsmiljöer och kunna samarbeta med andra aktörer som möter barn med psykisk ohälsa, till exempel skola, social-tjänst och ungdomsmottagningar.

Ett generellt problem är att hälso- och sjukvårdens nuvarande organisation inte tar hänsyn till behovet av vård för lättare former av psykisk ohälsa hos skolbarn. Depressiva symtom är vad flest flickor rapporterar om. Utagerande problematik gäller oftare pojkar, som generellt inte är lika hjälpsökande.

Den här organisationsbristen har uppkommit i och med att psykologerna försvann från skolan efter 90-talskrisen, menar Anders Hjern. Det, i kombination med att barn- och ungdomspsykiatri, BUP, har blivit mer avgränsade i sitt uppdrag, har skapat ett större avstånd mellan barnens vardag och insatser för deras psykiska ohälsa.

När det gäller vägen till vård är steget till att få behandling på BUP stort. Det krävs ofta remiss för att komma dit och träffa en psykolog. Barnets vårdnadshavare behöver också ge sitt tillstånd.

DELAKTIGHET FÖR FRAMGÅNGSRIK BEHANDLING

Den somatiska vården har kommit betydligt längre i arbetet med att göra barn delaktiga i beslut som rör dem. Det finns värdefulla erfarenheter och goda resultat

► Anders Hjern, barnläkare och ingår i Barnombudsmannens expertråd.



att dela med sig av som skulle gagna behandlingen av psykisk ohälsa hos barn.

Under Anders Hjerns tid som barnläkare har barns delaktighet när det gäller behandling av exempelvis diabetes och astma ökat avsevärt.

– Barn med diabetes får ha synpunkter på vilken typ av sprutor de vill använda, hur behandlingen ska styras i förhållande till aktiviteter, och så vidare. Barnet ingår i beslutsfattandet på ett sätt som gör behandlingen framgångsrik.

Även barn med ADHD skulle kunna göras delaktiga i att styra behandlingen efter symtom och eventuella biverkningar, framhåller Anders Hjern. Han poängterar även vikten av att utvärdera insatser, och där borde barnens delaktighet vara självklar både under behandling och efter avslutad behandling.

Sedan kan det ibland vara svårt att anpassa behandlingen efter barnets önskemål, till exempel när det gäller barn med

utagerande problematik och ätstörningar. Sjukdomen i sig kan få barnet att önska sig något som inte gynnar tillfrisknandet.

– Det behövs en diskussion inom BUP hur man ska förhålla sig till barnkonventionens artikel 12 i dessa fall. Så långt det är möjligt bör man ändå jobba med delaktighet, eftersom det finns mycket att vinna på det. ■

Kersti Ejeby: Det är vårdcentralens skyldighet att hjälpa barn och unga som mår dåligt

På mottagningen ”Hamnen” i Gustavsberg får familjer snabbt och enkelt hjälp när de behöver.

Allt började med att Kersti Ejeby, chef för vårdcentralen i Gustavsberg utanför Stockholm, läste instruktionerna för sitt uppdrag.

– Där står att jag ska bedriva hälso- och sjukvård till hela befolkningen oavsett ålder och utan begränsning, bortsett från sjukhusvård och specialistvård. Så klart måste det även inbegripa mild till måttlig psykisk ohälsa hos barn och unga.

Tillsammans med kommunens socialchef bestämde hon sig för att ta uppdraget på allvar. Sigrid Salomonsson, psykolog och chef för vårdcentralens psykosociala team, tillägger:

– Familjerna fanns, uppdraget fanns på pappret, men det fanns ingen mottagning. Vi gjorde ingenting, vare sig på vårdcentralen eller i kommunen.

Idag finns en gemensam grupp med psykologer, socionomer och en specialpedagog

på den landstingsdrivna vårdcentralen i Gustavsberg. ”Hamnen”, som den särskilda mottagningen heter, har sedan starten 2008 blivit en naturlig plats att vända sig till för alla de barn, ungdomar och familjer som behöver hjälp och stöd.

– Barn- och ungdomspsykiatrin har ju höjt tröskeln när det gäller graden av psykisk ohälsa de tar sig an, vilket stämmer med deras uppdrag. Men det skapar ett tomrum som behöver fyllas, säger Sigrid Salomonsson.

– Vi har noga stämt av med bup var de tar vid, och då blir det ganska naturligt vad som ligger inom vårt uppdrag. Så jobbar vi med alla andra sjukvårdstillstånd, tillägger Kersti Ejeby.

Både kommun och landsting har ansvar för att ta emot familjer med tidiga besvär och risk att utveckla psykosocial problematik eller psykisk ohälsa. Mottagningen Hamnen ligger i landstingslokaler som

► Kersti Ejeby och Sigrid Salomonsson, från vårdcentralen i Gustavsberg.



kommunen hyr in sig i. Kommunen betalar sin personal, landstinget sin, och så delar man på övriga kostnader.

– Vi är jättenöjda, att sitta ihop och jobba ihop är en av nyckelfrågorna. Tillsammans får vi en bra överblick, säger Sigrid Salomonsson.

Hon framhåller att barns och ungas problem ofta utvecklas i samspel med omgivningen. Familjer söker sig till Hamnen när det är kris på något sätt och många av dem är belastade och stressade. När de kontaktar Hamnen blir de i regel uppringda samma vecka och får tid veckan därpå. Det första mötet sker oftast med kommunens personal, som avgör vilken hjälp som behövs.

– En stor del av vårt arbete handlar om råd, stöd och bedömning. Ibland kan man

komma långt med ett par rådgivande samtal, men vi kan också göra en samlad bedömning och skicka familjerna rätt. Det vi behandlar är utagerande, ångest, sömnsvårigheter och depression, ofta i grupp och med beprövade metoder. Men vi gör inga neuropsykiatriska utredningar.

De första två åren var Hamnen ett projekt men är idag

en ordinarie del av verksamheten. Många kommuner och landsting kommer på studiebesök.

– Det finns något tillgängligt och friskt över vårdcentraler. De flesta passerar förbi på ett eller annat sätt, träffar sin husläkare eller barn- och mödrahälsovården. För oss har det fungerat jättestarkt att vara här, säger Sigrid Salomonsson.

Hon tror att de har sparat stora resurser genom att arbeta kommun och landsting tillsammans och jobbar nu för att också skolan ska få en mer aktiv roll i verksamheten.

– Det gäller att samverka så gott det går, samlar resurser och göra det tillsammans. Barn, ungdomar och deras familjer är en viktig grupp med stora behov där vi kan göra skillnad. ■



Man har kört fast, sen hjälper de en upp på banan igen

Alltså, jag har ju varit stammis här kan man säga. På grund av att jag inte mått så bra, för jag hade kaos i mitt liv. När jag skulle gå till skolan la jag mig och grät och sa ”mamma, jag vill inte.” Till slut sa hon: nu måste du gå och prata med någon för det fungerar inte.

Jag visste inte ens att det var så att man kunde gå och prata med folk någonstans om man mådde dåligt. Innan så var ungdomsmottagningen ett ställe man gick till för att få p-piller ungefär. Kanske man kan komma till skolorna och berätta om det. Ja, livet suger ibland och man behöver någon att prata med. Och det behöver inte vara ett världskrig för att det ska vara okej att komma, liksom.

Alla som jobbar här är väldigt bra med ungdomarna. De förstår väldigt mycket och kan skämta. Det var så skönt att komma och träffa någon som inte kände mig, som inte känner någon annan, som inte tar någons parti. Som inte dömer. Utan bara sitter och lyssnar.

Självklart kan de inte laga allting. Men de kunde ge mig tankebanor. Det är lite så här att när man har kört fast, så

hjälper de en upp på banan igen. Sen så handlar det ändå väldigt mycket om att jobba med sig själv.

Jag tror att alla ungdomar behöver få gå och prata med någon. För det finns inte någon ungdom som inte har kaos i sitt liv på något sätt. När jag skulle gå hit så sa jag bara att jag ska gå till tandläkaren, jag ska bara gå till doktorn. För det var så himla skamfullt, att jag inte mår bra. Det är ju så här att mår man dåligt så är det något fel på en, fast egentligen mår alla mer eller mindre dåligt.

Jag hade redan gått till skolkuratoren en gång. Jag grät mer när jag kom därifrån än när jag gick dit. Det var bara ”livet är jobbigt, det är så här det är att bli vuxen. Det är bara att bita ihop.”

Jag upplever ofta att vuxna inte tar ungdomars situation på allvar. Det har varit skönt när man kommer hit, man blir tagen seriöst. Det är otroligt viktigt att man gör det, sen spelar det ingen roll vad man har för problem.

X.

U₃ T₁ L₁ Ä₄ M₃ N₁ A₁ D₁

Den sköra tilliten

”Visst, det fanns chanser för mig att få hjälp, men jag tog dom inte för jag hade fått så dålig bild av både soc och bup. Jag tyckte de var idioter”, säger Svante.

För Nova tog det lång tid innan hon alls sökte hjälp, hon hade inget förtroende för vuxna människor. Juni berättar även hon att det tog tid för henne att få förtroende för folk. Hon hade blivit sviken så många gånger förut. Lykke litade inte på någon, hon kände att ingen förtjänade att se att hon var ledsen, de brydde sig ändå inte. Thyra tyckte att det var jättekonstigt att prata med någon som hon inte kände. Hon tvärvägrade.

Brist på förtroende fick till resultat att barn inte ville komma till behandling eller att de inte berättade så mycket för de vuxna. Det är svårt att berätta om hur man mår och om känsliga ämnen för någon man inte känner eller litar på. Tilde gick till sina samtal, men de gav inte så mycket eftersom hon inte berättade om de övergrepp hon varit med om.

Vågar inte berätta

Bristen på förtroende handlar om tidigare dåliga erfarenheter och svek, men också om rädsla för att det som barnen berättar ska skrivas ned i

journaler eller föras vidare till deras föräldrar. Majken berättar att hon skärmat av sig på grund av att allt hon säger skrivs ned. Freja lärde sig vad hon kunde säga och inte säga, var gränsen för tystnadsplikten går, och anpassade sig efter det.

För några av barnen kom tilliten så småningom. De vuxna vann deras förtroende. I början av sin bup-kontakt fick Juni frågan om hon blivit misshandlad eller våldtagen. Då sa hon nej, eftersom hon inte ville att hennes föräldrar skulle få veta. Hon tror inte att behandlarna på bup kunde ha gjort något annorlunda, hon litade inte på dem och ville inte berätta. Men förtroendet växte, och till slut kunde hon berätta hur det var. **”Jag hade ju väldigt svårt att lita på folk i början som en grej. Så man hade behövt en sån som försöker verkligen allt och får mig att lita på den personen. När man har fått det förtroendet så... Då, det hjälper ju skitmycket.”**

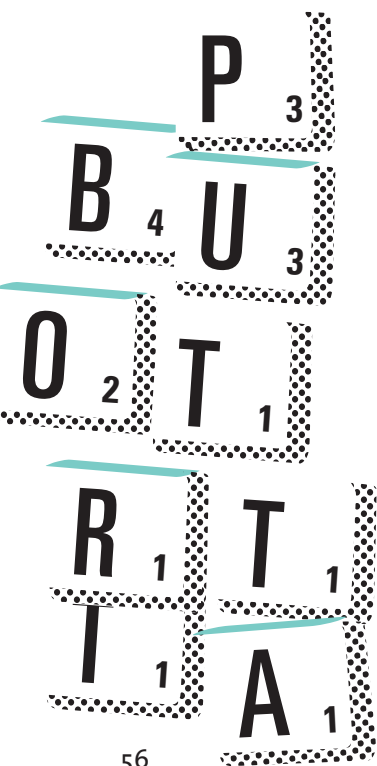
Andra barn beskriver istället hur tilliten brast helt vid kontakten med vuxna som de sökte hjälp hos, det handlar både om skolpersonal och om personal på bup. **”Just då så tänkte jag att jag inte orkar bli vuxen för jag orkar inte tillhöra de här människorna. Fast när jag kommer bli vuxen så kommer jag absolut inte bli en sån person”,** säger Majken.

De bryr sig inte

Det brustna förtroendet får stora konsekvenser för barn. Några barn beskriver helt förödande konsekvenser. Lukas berättar att han gjorde ett självmordsförsök, när skolans kurator svek. Siri beskriver hur hennes självsvält accelererade när kontakten med behandlaren inte fungerade.

Andra barn beskriver att de slutade prata, att de bröt sina behandlingskontakter eller att den brustna tilliten fördröjde den behandling som de var i behov av. **”Jag tror att det undermedvetet bygger upp ... Man tänker att de inte ens bryr sig. Man tänker nog det i baktanke. Om man upplever det som att ... de inte bryr sig, alltså har det inte hänt någonting som var fel egentligen. Det här kanske är någonting som är vanligt, som jag ska vänja mig vid. Det kanske är min plikt och mening som människa att gå med på vissa saker,”** säger Mika.

Det finns barn som beskriver att de aldrig fick en chans. De kände sig



avvisade redan när de sökte behandling. Att söka hjälp innebär att öppna sig och dela med sig av svåra tankar och känslor. Nellie kände att hon öppnat sig helt i onödan på akutmottagningen, när hon sedan ändå bara skickades hem för att det var fullt. Det var jobbigt.

Isabelle ringde ett journummer, fick veta att det fanns en behandlare som hade jour, men fick ändå frågan om hon inte kunde ringa nästa dag istället: **”Om man är så där ledsen och någon säger så där till en, det är inte direkt så att man ... jag kände bara att de inte heller ville hjälpa mig, det är ingen som vill hjälpa mig. Då blev jag mest bara förbannad.”**

Andra barn beskriver att de inte vill eller vågar berätta om allt, och att det gör att personalen bedömer att de inte behöver samtal eller behandling. **”Jag ville egentligen ha någon att prata med, men det kändes som att jag blev bortstött, vilket gjorde att jag vägrade det istället, för jag kände mig väldigt utlämnad och jätteledsen. Jag hade jätteångest efter den händelsen,”** säger Moa.

Liam tycker att alla som vill borde få hjälp. Om någon har mindre svårigheter borde de få lite hjälp i alla fall!

Saknar långsiktiga relationer

Ett återkommande tema är att vuxna byts ut och försvinner. Det går inte att bygga ett förtroende när man ständigt möter nya ansikten. **”Om man ska träffa en person två gånger och vet att man ska byta, då känns det som att det ändå inte är någon idé,”** säger Freja.

Isabelle berättar att så fort hon började få lite förtroende för en kurator så skulle den personen sluta. Då skulle hon prata med en ny. Hon kände sig väldigt övergiven, och tror att det är viktigt att någon stannar på samma ställe så att man kan bygga upp ett förtroende. Inez slutade sin behandling för att hon fick byta personer hela tiden. Hon tycker inte att de visade något intresse för att hjälpa henne. **”Jag har fått träffa nästa och sedan flera olika... man kan aldrig finna en trygghet i det.”**

Billie berättar att de bytte sköterskor väldigt ofta på hennes avdelning. **”Jag förstår att det kanske inte är så många som vill jobba under sommaren, men det var väldigt jobbigt för det kanske var 15 olika sköterskor där. Från början så tänkte jag att jag skulle försöka lära mig alla**

namnen, men efter att det varit typ sju personer så kommer man inte ihåg alla längre. Nästan varenda sköterska frågade samma frågor om och om igen. Alla sade typ samma klyschiga grejer, hela tiden.”

I beskrivningarna av kontakten med vuxna behandlare uppfattas en del som auktoritära, något som så gott som alltid upplevs som negativt. Mika upplevde att bup, till skillnad från ungdomsmottagningen, hade fokus på att det är föräldrarna som bestämmer. **”Även om barnet är omyndigt så måste det få säga någonting, och man tar hänsyn till dess talan,”** säger hon.

Det finns barn som beskriver hur allvarliga kränkningar fått dem att tappa förtroendet för personalen. Det kan till exempel handla om våld i samband med tvångsåtgärder inom slutenvården, om sekretessbrott eller om ett kränkande bemötande. Majken, Lukas, Freja, Klara, Juni och Siri är några av de barn som beskriver att vuxna gjort allvarliga fel som fått stora konsekvenser.

Att bygga förtroende

Hur bygger man då ett förtroende? Tilde beskriver hur viktigt det var att en vuxen reagerade direkt: **”Första gången som någon faktiskt trodde på mig och tog mig på allvar. Jag mejlade henne och berättade hela min uppväxt. Inte ens två timmar senare hade hon svarat. Jag blev så chockad, jag tror att det tog en halvtimme innan jag läste mejlet.”**

William har en liknande upplevelse. Han beskriver hur bra det kändes att genast få en person han kunde komma till och berätta det han ville, någon som verkligen lyssnade.

Många barn berättar att vuxna som frågar, bjuder in till kontakt och tar dem på allvar får dem att öppna sig och gör att de vill komma tillbaka. My har svårt att säga till när hon mår dåligt, så det är viktigt för henne att hennes behandlare frågar. Edith tycker att det är väldigt bra att hennes kurator frågar om det är något hon vill ta upp i samtalet. Då kan hon berätta om sina problem.

Personlig kontakt, värme och intresse beskrivs som något som bygger förtroende. Liam säger att hans kontaktperson på bup tyckte mycket om honom, och det ledde till att han fick en ny skola. Isabelle tror att det finns

folk som söker sig till vården för att de inte hittar andra jobb, och tycker att det är viktigt att man hittar de personer som verkligen vill jobba där.

Någon som lyssnar

För Nova var det viktigt att personalen såg henne som en person: **”Om man är på sjukhuset så är man självklart sjuk, men det var ändå inte så ... När jag var på bup så var det bara symtomen, typ.”** Lova har en liknande erfarenhet: **”... det är svårt att sätta fingret på vad det är, det känns som att det arbetar så sjukt mycket mer kompetenta människor här än på akuten. De bryr sig om sina jobb och mig som person. De frågar ... bara: Ska vi spela kort? Det kan betyda så mycket, även om man säger nej så visar de att de bryr sig om en. De är nära hela tiden och så.”** Hon tror inte att det alltid handlar om tid: **”Här fick jag en relation till mina behandlare efter ett dygn. Så det är inte omöjligt. Det är bara deras inställning.”**

Ingrid betonar hur viktigt det är att behandlare tar sig tid och bryr sig. **”Det går inte att pressa, för då förlorar man tilliten helt liksom. Utan ta det som det kommer liksom, ta den tiden personen behöver och försök ändå liksom visa att jag är här, jag bryr mig om dig. Det är inte så att jag bara är här och lyssnar på vad du säger och inte bryr mig alls liksom.”** Elias tycker det är viktigt att behandlaren verkligen försöker förstå och frågar om

Artikel 24: Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt till hälso- och sjukvård och rehabilitering.

(FN:s konvention om barnets rättigheter)

han eller hon inte fattat något. Tilde är trygg med sin behandlare: **”Hon lyssnar, och ... hon lyssnar inte bara, hon ser till att man får hjälp. Vill jag ha hjälp så vet jag att hon har koll och kan hjälpa mig.”**

Det är inte lätt för sårbara och utsatta barn att bygga förtroende för nya vuxna, men de vuxnas agerande och bemötande spelar en viktig roll när ett förtroende ska byggas upp. **”Om de skickar idioter för att göra jobbet. Det är klart man tror att de är idioter allihopa. Men om de skickar folk som lyssnar, då får man en helt annan bild av hur det fungerar”**, säger Svante.

Freja sammanfattar det så här: **”Man kan inte begära så mycket, mer än att de finns där och stöttar och inte lämnar en när man mår dåligt. Det värsta är nog att folk lämnar en. Att de inte har förståelse eller förstår, att de iallafall försöker.”**



VAD KAN DU GÖRA?

Mikael Sjögerén, psykolog bup öppenvård:

– För det enskilda barnet kan jag i bästa fall göra stor skillnad genom att arbeta med både inre faktorer såsom barnets tankar, känslor och upplevelser och yttre faktorer, exempelvis förändringar i barnets miljö som att minska stress, bättre bemötande och förståelse.

Delaktighet – att vara involverad i behandlingen

Ett återkommande tema i de berättelser som Barnombudsmannen har tagit del av är att barns och ungas upplevelser av att bli skickade mellan olika instanser, och att allmänt bli betraktade som problem, kan få betydelse för pågående behandlingsinsatser.

Detta har Axel erfarenhet av: **”Vi bestämde inte om vi skulle flytta eller inte. Det var skolan som ville att jag inte skulle vara där längre.”** Vi frågar Axel vad han tänkte då. **”Fuck you.”** Felicia berättar att hon är rädd för att berätta saker om sig själv: **”Jag har varit här en gång förut, och jag kände att jag inte ville prata för mycket för jag kände att de skulle skriva ned allt jag säger och så blir det liksom ... att man inte riktigt vet vad de har skrivit ned och vad de har för bild av en. Det var ganska obehagligt. Att de tolkar en, får en uppfattning av vem man är.”**

Esther beskriver sin situation på följande sätt: **”Det är väl känslan att man slungas fram och tillbaka, utan att ha möjlighet att påverka själv. Då tappar man förtroende när man aldrig får hjälp. Man står och stampar liksom.”**

Tappar kontrollen

Flera av de barn och ungdomar vi har talat med berättar att de stundtals har förlorat kontrollen över både sig själva och den vård som de får. **”Jag kändes som en pingisboll mellan två racketar som bara bollats mellan,”** säger Lukas. En upplevelse som beskrivs som skrämmande.

För Moa var det obehagligt att en lärare skickade henne vidare till en kurator, utan att först fråga henne. **”Jag kände mig väldigt kastad**

hit och dit och att ingen riktigt brydde sig. Jag tror att det är en av anledningarna till att jag började skada mig, för att jag ville få ännu mer uppmärksamhet”, berättar hon.

Även Mika ser bristen på kontroll som en orsak till att barn och unga börjar skada sig själva eller svälter sig. Om man inte har kunnat kontrollera något i det förflutna så tar man istället kontroll över det man kan, menar hon.

Men det kan också vara positivt för barnen att vuxna tar kontrollen när de själva inte klarar av det. Bland annat har barn och unga vi har talat med förståelse för att vuxna måste hindra dem från att skada eller svälta sig själva. **”De var jättehårda med att man skulle äta, det tyckte jag var jobbigt, men sedan så var det bra. [...] Jag kände att det hade varit bättre om de hade tagit mer kontroll på en gång, istället, även om det hade varit jättejobbigt”,** berättar Billie.

Viktigt få säga sin mening

Kontroll är ofta relaterat till delaktighet i barnens berättelser. Det gör stor skillnad att bli tillfrågad, att få regler förklarade för sig och att få säga sin mening. Det känns bra för barn och unga att bli tillfrågade, även om det inte innebär att de alltid får igenom sin vilja.

Nellie berättar: **”Alltså han gick igenom allting väldigt noggrant och grundligt med mig, så att verkligen allt jag ville få sagt fick jag sagt. Och då kändes det som att jag hade gjort allt jag hade kunnat och så sen fick jag ändå tvångsvård, men då kändes det inte som att, ja, om jag hade sagt det här kanske jag inte hade fått det.”**

För både Stina och Svante var det väldigt viktigt att få vara med och bestämma. **”Om de bjuder in mig i deras beslut om hur ofta vi ska träffas så ger de ju mig lite av kontrollen, för jag tror att när man kommer hit så är liksom det sista man vill att folk ska ta över och att folk ska försöka bestämma, att folk ska säga vad man ska göra”,** säger Stina.

Svante tror inte att det fungerar att tvinga någon att ändra sig. Det leder bara till att han eller hon vägrar. Han föreslår istället att vårdpersonalen ska ge förslag och låta den det gäller få en chans att själv förstå.

Freja tycker att man ska försöka stötta och hjälpa, men aldrig gå bakom ryggen på någon. **”Försök hellre att komma fram till ett gemensamt beslut”**, säger hon.

Även Elias vill vara med och bestämma: **”Och dom ville liksom inte tvinga fram någonting utan om jag inte ville så ville jag inte det typ. Men dom försökte ändå hitta en lösning.”**

Brist på information

Men det finns också berättelser där barn och unga berättar att de inte har haft något inflytande över vården och där de inte heller fick information om vad som hände eller skulle hända. Bristen på information kan ta sig många olika uttryck. Leah berättar att hon har fått all information från mamma. Ingen annan har suttit ned och talat med henne. Billie berättar att vårdpersonalen vände sig direkt till hennes föräldrar och gav dem all information. Samtalen med föräldrarna pågick i ett annat rum, utan att hon själv fick närvara. Billie fick känslan av att andra bestämde för att hon inte var lika viktig. De tog henne inte på allvar, helt enkelt.

Av de berättelser vi har tagit del av framgår det också att barn och unga vill veta mer om de läkemedel som de blir rekommenderade. Till exempel ville Inez bli informerad om eventuella biverkningar av sin medicin. Och så här säger Ingrid: **”Fast jag visste ju redan att medicinen skulle hjälpa mer på grund av att min mamma tar ju medicin och såna grejer och hon säger ju att det blir bäst liksom.”**

För Lova gjorde det stor skillnad att bli informerad inför sin behandling: **”De två dygnen visste jag ingenting om någonting. Det skapade mycket ångest för att jag ... Ska jag läggas in här? Ska jag åka hem? Men rätt så snabbt, den tredje dagen, så ordnade de ett möte med alla parter där de bestämde att jag skulle skrivas in här. När det väl var sagt, då blev det mycket lättare.”**

Ett återkommande tema i berättelserna är hur barn och unga som inte får veta vad som händer själva börjar söka efter information. Ett exempel är My som själv sökte information på nätet för att förstå sin diagnos. Juni bad att få se sin journal men fick höra att det var för krångligt. En pojke berättar att han inte fick se sitt vårdintyg och en flicka förstår inte varför



hon tvångsvårdades. Dessa och andra vittnesmål visar hur viktigt det är för barn och unga att kunna göra sina upplevelser begripliga.

Ingen möjlighet att påverka

Flera av de barn och ungdomar vi har talat med upplever också att det kan vara svårt att säga ifrån hur man vill ha det eller att berätta hur man mår. För Edith har det varit svårt att berätta för vårdpersonalen hur det verkligen är. ”**De hade fortfarande kunnat uppmuntra mig och liksom säga att jag gör ett bra jobb, samtidigt som de inte behövde pressa mig och liksom ... Mår du bra nu? Då måste man svara ja på den frågan, det är ganska jobbigt om man inte mår bra.**”

Isabelle tycker att hon kan säga till om en del praktiska saker. Däremot inte om sådant som kan komma att såra personalen, konstaterar hon, och säger att det i sådana fall borde finnas någon utomstående att tala med.

Nellie kunde säga ifrån till personalen ibland, berättar hon, men efter permissioner frågade ingen henne i enrum om hur hon hade haft det. Antingen talade personalen med hennes föräldrar eller så frågade man henne i samband med gruppsamtal, där även andra ungdomar var närvarande och då det inte gick att säga som det var.

Elvira tog ett eget initiativ när hon försökte sätta upp en förslagslåda på avdelningen där hon vistades: Det blev ingen förslagslåda. Det föll på att det inte fanns någon tejp att sätta upp den med.

Fixar det själv

Andra har lärt sig att be om hjälp, som Tilde, till exempel. När hon av bup fick veta att hon inte behövde någon att tala med ordnade hon en samtalskontakt på egen hand. Liknande erfarenheter har Edith: **”Ville jag ha hjälp så fick jag fixa det själv”**, berättar hon. Sammanfattningsvis visar de berättelser som Barnombudsmannen har tagit del av att barn och unga som haft möjlighet att få säga sin mening och påverka sin situation upplever detta som något positivt.

Ett exempel är Thyra, som berättar om när hon låg på medicinavdelningen och personal skulle utvärdera om hon skulle bli inlagd på bup eller inte: **”Då var en kille med där. Han pratade till mig. Alla andra de pratade bara med pappa. Men han kollade på mig, in i ögonen och sade: Ja, men hur känner du inför detta? Det var först då som jag tänkte, detta kanske inte blir så farligt.”**

Artikel 12: Alla barn har rätt att bilda egna åsikter och fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör honom eller henne. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till ålder och mognad.

(FN:s konvention om barnets rättigheter)

Analys: Se till barnets mänskliga rättigheter

Barns och ungdomars rätt till hälsa, hälso- och sjukvård och rehabilitering är tydlig i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Vår utgångspunkt har varit att ett barnrättsperspektiv omfattar såväl rätten till liv och utveckling som rätten till vård (enligt artiklarna 6 och 24) och delaktighet (enligt artikel 12) och barnets rätt till integritet (artikel 16).

Men ett genomgående tema i berättelserna från barn och unga är att de inte fått information om sin egen vård. Det kan handla om allt från avsaknad av information om sin egen medicinering och dess biverkningar till att inte förstå varför man inte får prata om svåra händelser i barndomen. Det är tydligt att bristen på information kan vara ett skäl till att barn och unga har svårt att bygga ett förtroende för behandlare och personal inom vården.

Nekas vård och information

En del barn berättar också att de har sökt vård, men initialt blivit nekade vård. Baserat på vad barnen har berättat för oss verkar vårdaktörer i en del fall konstatera att barnet inte är berättigat till vård. Barnet bedöms helt enkelt inte vara tillräckligt sjukt. I andra fall har vårdaktören konstaterat att barnet inte kan få rätten till vård tillgodosedd vid just den här vårdinstansen och därför skickar barnet vidare.

Utifrån vårdens organisation i en första och andra linje är det rimligt att skicka vidare barn till en annan enhet för att på så sätt bättre kunna tillgodose hans eller hennes behov. Men ur barnets eget perspektiv är det som då händer inte alltid begripligt. Barnens berättelser visar hur detta att bli slussad vidare, även om det sker i bästa välmening och utifrån en korrekt medicinsk bedömning, kan öka oron och det inre kaos barnet

upplever. Barn beskriver hur avsaknaden av information i de situationerna gör att ångest och brist på tillit skapas. Många har berättat att de har känt sig svikna, inte lyssnade på eller missförstådda när hjälpen de hoppats få har uteblivit. Konsekvenserna kan bli svåra.

För att vården ska kunna fungera utifrån barns och ungas egna förutsättningar krävs att den dels blir mer tillgänglig, dels utvecklar former för att tillgodose barnets rätt till information. Det behövs information om vilken vård som finns, vad vården innebär och hur den egna behandlingen ska se ut. Personal inom vården måste förklara varför barnet ska delta i terapi, ta mediciner eller läggas in. En del barn menar att det är viktigt att känna att den behandling han eller hon deltar i kommer att leda till att de mår bättre. Information är viktig i alla delar av vården, både när det gäller hur barnet kan få vård och under själva behandlingen. Det gäller både vård i öppna former och i tvångsvården.

Olika tolkningar

Det finns inga tydliga åldersgränser när ett barn är moget att själva ta ställning till den vård och behandling som erbjuds. Samtidigt säger barnkonventionen att barnets åsikter ska tillmätas allt större betydelse ju äldre barnet är.

Hälso- och sjukvårdslagen⁵⁶ har ett generellt krav på samråd med patienten och respekt för självbestämmande. Men en otydlig lagstiftning ger stort utrymme för tolkningar. Det innebär att det finns risk att barns rättigheter inom hälso- och sjukvården tolkas och därmed tillgodoses på olika sätt, beroende på vem barnet möter i den enskilda situationen. Det finns också en risk att barnets särskilda ställning som kommer till uttryck i barnkonventionen inte genomsyrar vården på grund av att skrivningar om barns rättigheter saknas i lagstiftningen. Lagen är inte bara ett styrmedel för enskilda personer eller verksamheter, utan också ett sätt att från samhället markera vad som är viktigt och vilka perspektiv som ska vara utgångspunkten inom det aktuella området.

56 Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Krav på bättre rutiner

En annan faktor som barn beskriver som problematisk är att personal inom vården inte pratar direkt med dem utan vänder sig till deras föräldrar istället. Delaktighet handlar inte enbart om självbestämmande, utan om möjligheten att själv få information, att förstå vad som händer och att få uttrycka sina åsikter om vården. Barnet ska också behandlas med respekt för sin integritet. Lagstiftningen måste innehålla bestämmelser om delaktighet och inflytande. Det måste också utvecklas arbetssätt och rutiner för att vården ska kunna ge barn och unga inflytande över sin egen situation.

Barns rätt att uttrycka åsikter och att bli lyssnade till, det vill säga rätten till delaktighet, gäller även beslut inom vårdprocessen. Självklart betyder inte det att barnets egen åsikt ska väga tyngre än den medicinska kompetensen i besluten. Men barns rätt till delaktighet måste samtidigt vara en del av hälso- och sjukvårdens arbete. Barnen berättar hur viktigt det är att de känner sig delaktiga i hela processen. Att vara sjuk och i behov av vård behöver inte betyda att det inte är viktigt att känna sig delaktig. Tvärtom. Att inte göras delaktig kan leda till att man känner sig mindre värd och i förlängningen helt enkelt undviker att söka eller ta emot vård. Om barnet inte blir delaktigt kan därför vårdaktörerna i många fall inte heller tillgodose barnets rätt till ”bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård”, som barnkonventionen föreskriver.

Delaktighet viktigt i vården

Av barnens berättelser framkommer att många upplever att de reduceras till objekt för medicinska insatser i mötet med vården. Barn som har blivit dåligt bemötta beskriver att deras förväntningar sjunkit inför nästa möte med vårdpersonal. Förhoppningen om att få hjälp att bli frisk har minskat.

Av barns och ungdomars berättelser framkommer att vårdaktörerna ofta tycks agera utifrån ett ganska snävt perspektiv på rätten till vård. Det handlar om att identifiera vilka problem barnen och ungdomarna

har, och sedan skicka dem vidare till rätt instans. Resultatet blir att de uppfattar sig som medicinska objekt i behov av vård, snarare än kompetenta subjekt som är delaktiga i processen.

Lyssna på barnen

Vår analys visar att barnen själva ser delaktighet som en viktig del av vården, och att bristande delaktighet leder till bristande vård eftersom barnens förtroende påverkas negativt. Av våra samtal framgår att barn som inte förstår meningen med vården ofta undviker, eller i alla fall drar sig för, att söka hjälp.

För att barn och unga på allvar ska bli delaktiga och få inflytande inom vården krävs att de får göra sina röster hörda. Barn och unga är experter på sin egen situation och den expertisen måste tas tillvara. Men de möjligheter till inflytande som finns idag är anpassade för vuxna. Det krävs att samhället utvecklar former för inflytande och delaktighet som utgår från barns egna förutsättningar.

Barnombudsmannens förslag

Lagstiftningen inom området hälso- och sjukvård behöver ett barnperspektiv. En stor brist i nuvarande lagstiftning är att det saknas skrivningar och resonemang där barns specifika behov och rättigheter tydliggörs. Det innebär att barnkonventionens intentioner och synsätt riskerar att inte få fullt genomslag i alla delar av hälso- och sjukvården.

Frågan har utretts flera gånger och det finns förslag till hur lagstiftningen på detta område kan stärkas.⁵⁷ Psykiatrilagsutredningen⁵⁸ föreslår att det med utgångspunkt i barnkonventionen införs vissa grundläggande principer för barnets rättigheter i den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen. Förslagen handlar om att barnets bästa ska beaktas, att barnet ska få relevant information och ges möjlighet att framföra sina synpunkter och att barn som huvudregel inte ska vårdas tillsammans med vuxna. Alla dessa förslag är bra men inte tillräckligt långtgående.

Förtydliga lagen

Barnombudsmannen saknar ett genomgående barnperspektiv med särskilda skrivningar kring barnets rättigheter, barnets särskilda behov och vilka konsekvenser förslaget kan få för barn. Lagstiftningen måste vara konstruerad så att den inte ger utrymme för oacceptabla tolkningar som leder till att barnets rättigheter kränks.

Patientmaktsutredningen lämnar flera viktiga förslag till förändring som innebär förstärkning av barns rättigheter inom hälso- och sjukvården⁵⁹. I sammanhanget är det dock viktigt att framhålla att barnkonventionen ska betraktas som en helhet.

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

58 SOU 2013:2, Patientlag – Delbetänkande av Patientmaktsutredningen

59 Delbetänkande 2013:2

Barnombudsmannen betonar att det vid beaktandet av barnets bästa krävs ett aktivt övervägande av omständigheterna i det enskilda fallet. Därför kan tillämpningen underlättas genom att lagstiftningen specificeras och förtydligas, istället för att som Patientmaktsutredningen föreslår, enbart införa generella portalparagrafer om barnets bästa.

Exempelvis bör frågor om barnets rätt till integritet, privatliv och sekretess gentemot vårdnadshavaren belysas. Även barnets rätt till delaktighet, inflytande och information bör preciseras i lagstiftningen. I vissa fall kan det uppstå en intressekonflikt mellan barnet, vårdnadshavarna och sjukvården när det gäller barnets integritet och självbestämmande och barnets behov av skydd. Varje beslutssituation är unik, har många aktörer och kan ibland också vara komplex. Barnombudsmannen anser därför att det krävs vidare utredning av frågan om barns rätt till integritet, medbestämmande och självbestämmande inom vården och vårdnadshavarens roll vid psykiatrisk vård för barn och unga.

Utveckla former för inflytande

För att kunna utveckla vårdens arbete med att involvera och göra barn och unga delaktiga i sin egen vård krävs inte enbart ändrad lagstiftning. Det krävs ett stort arbete ute i vårdenheterna, kommuner, landsting och regioner.

Genom Barnombudsmannen har sex landsting och regioner kunnat ta del av barns och ungas erfarenheter av möten med vården. Barnens synpunkter och råd till förbättring är värdefulla och Barnombudsmannen anser att landsting/regioner måste utveckla former för inflytande särskilt riktade mot barn och ungdomar. Sådant arbete kan handla om att genomföra brukarundersökningar bland barn och unga som sökt hjälp och stöd för psykisk ohälsa. För att kunna ge vård som utgår från ett barnperspektiv måste barn och unga få delta i utformningen och planeringen av vården på ett övergripande plan.

Johan Andreen: Det är som medmänniska vi kan göra skillnad

Bara genom att finnas till hands och lyssna förutsättningslöst kan även den som inte är professionell rådgivare göra enorm nytta. Det menar Johan Andreen, verksam vid Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, NASP.

Den som möter barn och unga och deras familjer måste se dem som subjekt, ta del av deras upplevelser och kommunicera och relatera som medmänniska.

Johan Andreen har trettio års erfarenhet som psykiatriker. I den rollen har han mött många barn och deras anhöriga, samtidigt som han själv har fått jobba sig till viktiga insikter om sin egen roll för att kunna hjälpa andra.

– Vi lever i en kultur där det är viktigt att vara en vinnare, och många människor drivs av att lyckas. Det avspeglas även i relationen mellan behandlare och patient.

Han ger ett exempel:

– En vanlig utgångspunkt i mötet blir i det fallet att ”nu ska jag ta reda på vad det är med den här ungen. Sen ska jag fixa det och så ska den bli nöjd”. Och om den här unga personen är besvärlig, inte vill prata

eller inte förstår – då utgår många ifrån att det är något fel på barnet. Man stannar inte upp och går till sig själv för att se var mötet brast.

Det här sker omedvetet. Men för att en relation ska fungera måste man som individ bli medveten om sina egna, färdiga föreställningar och hur de påverkar synen på patienten. ”Hur formar de mitt bemötande? Hur påverkar mina föreställningar vad jag frågar och inte frågar, vad jag ser och inte ser?”

HUR VI LYSSNAR PÅVERKAR MÖTET

Det handlar om att vara öppen för att möta en annan persons erfarenheter och bilder av verkligheten. För det krävs mod och villighet att leva i osäkerhet, istället för att jaga färdiga svar.

De flesta människor känner av om nå-

► Johan Andreen, psykiatriker och utbildare, NASP.



gon verkligen är intresserad av att lyssna på hur man tänker och vem man är. Det kan vara livsavgörande, och för ett barn eller en ungdom kan det vara första gången han eller hon får en sådan kontakt med en vuxen.

– Men om jag går in i samtalet och tänker att ”jag vet inte vad det här är men jag har inte mycket tid, jag har viktiga saker att göra sen.” Då har jag redan ett färdigt lyssnande och bemöter barnet utifrån det. Jag är inte närvarande, lyssnar inte på vad barnet verkligen säger och åstadkommer inte ett verkligt möte.

Det är det som händer barnen i väldigt många möten med behandlare – men förstås inte alla.

– Vid ett bra möte känner barnet sig inbjuden till att berätta vad det upplever och hur det ser på världen. Rätt eller fel. Och behandlaren som han eller hon möter är intresserad och inser att möjligheten att kunna hjälpa hänger på att förstå hur den här personen uppfattar sig själv, tillvaron och framtiden.

Det låter enkelt. Ändå fungerar det långt ifrån alltid. Johan Andreen menar att det beror på att vi – utan att vi inser det – oftast söker kunskap som passar in i de begränsande referensramar vi redan har. Att hitta de rätta svaren blir viktigare än att tillsammans nå fram till rätt frågor.

Istället är det vårt bemötande som är nyckeln, och i det ligger förmågan att kommunicera. Alla som arbetar med människor borde få handledning av och till, träffas i grupp och lära tillsammans med kollegorna.

– Vi måste acceptera att vi inte begriper allt och att vi har våra tillkortakommanden. Men att möta barn och deras föräldrar och få det att fungera är nummer ett. Och vi måste stötta varandra i det. ■

Jonas Bjärehed: Tvångsvård av barn är alltid ett misslyckande

Forskaren och psykologen Jonas Bjärehed är tydlig: Tvångsvård hjälper sällan barn och unga och kan i värsta fall vara direkt skadlig. Han efterlyser en nollvision.

Ytterst få barn och ungdomar har de specifika problem som kan motivera tvångsvård. Hur de mår är ofta uttryck för den livssituation som de befinner sig i, och då ska man ta reda på orsakerna. Det gör man inte inom tvångsvården, som i värsta fall innebär en isolering som inte bidrar till någon förändring. Det är ett feltänk redan från början.

Jonas Bjärehed forskar om barn och ungdomar med självska-deproblematik. Han ser en risk med att de som är intagna för slutenvård inte är delaktiga i det dagliga livet. Han lyfter också fram forskning som visar på så kallade smittoeffekter – att problem lätt förvärras när en person vårdas nära andra med liknande eller värre besvär.

– Det är svårt att erbjuda en meningsfull tillvaro i slutenvård. Patienterna upplever sällan att de blir hjälpta och vårdgivarna å sin sida upplever inte att de erbjuder så

mycket vård. Istället blir det lätt en kamp-situation mellan patienten och vården.

ÄNDHÅLLPLATS I MISSLYCKAD VÅRDKEDJA

För Jonas Bjärehed blir tvångsvården en ändhållplats i en vårdapparat som inte lyckats fånga upp och hjälpa barn och ungdomar i tid; där primärvården saknar kompetens och resurser och där långa köer inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin gör det svårt att få hjälp i tid.

– Alla vill på något sätt hänvisa till någon annan och uppfattar det inte som sitt uppdrag att i ett tidigt skede ta hand om barn och ungdomar som mår dåligt. Barn- och ungdomspsykiatrin, bup, ser det inte som sitt uppdrag, inte elevhälsan heller. Själva frågan hamnar mellan stolar.

Han jämför med ungdomsmottagningarna, som bättre än psykiatrin har lyckats

► Jonas Bjärehed, forskare vid Lunds universitet.



med att skapa en lägre tröskel för de ungdomar man riktar sig till.

– Jag upplever det som att psykiatrin ofta finns till för psykiatrins skull. Man tar beslut och organiserar på ett sätt som passar systemet, inte patienterna och de behov som finns.

EN RÄTTIGHET ATT FÅ HJÄLP I TID

Jonas Bjärehed poängterar att det är barns och ungdomars rätt att få hjälp när de behöver och lyfter fram behovet av både tillgänglighet och information. Han vill att det

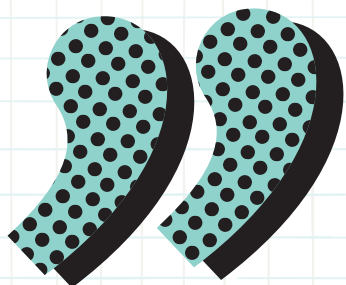
ska fungera på ett liknande sätt över hela landet, så att det blir tydligt och enkelt för barn, ungdomar och familjer.

– Häromdagen fick jag ett mejl från en förälder som letade med ljus och lykta efter hjälp åt sin dotter som utvecklat ett självskadebeteende. Jag letade själv länge på landstingets

hemsida utan att hitta några kontaktuppgifter. Till slut fick jag gå till mitt eget professionella nätverk för att ta reda på var föräldern i fråga kunde vända sig. Det ska inte behöva vara så.

Kan samhället fånga upp barns och ungdomars psykiska problem i ett tidigt skede skulle behovet av tvångsvård minska, tror Jonas Bjärehed. För honom är tvångsvård av unga människor alltid ett misslyckande – och han tycker att en nollvision bör eftersträvas inom vården.

– Varje fall riskerar annars att bli ett misslyckande. ■



Det hjälpte ingenting så jag slutade att gå dit

Jag tror att jag var 12-13 när jag började må dåligt. Jag höll det mycket för mig själv. Jag har aldrig velat att mina föräldrar skulle få reda på hur jag mådde. Min lärare hade sett att jag hade skurit mig. Hon kontaktade mina föräldrar och sa till min klassföreståndare. Jag var asförbannad och tyckte att hon inte skulle bry sig för det hade inte hon med att göra.

Mamma och pappa kontaktade BUP. Jag gick på två-tre möten, men det hjälpte ingenting så jag slutade att gå dit. Allting är så grått och vitt, det är inte någon trygghet eller fint. Det känns bara läskigt att träffa personer man inte träffat förut och att öppna sig inför någon när man aldrig har gjort det. Jag tyckte att de förstörde allting som jag sa. De gjorde det mycket värre än vad det var.

Jag pratade med folk på internet istället. Stödchattar. Jourhavande kompis, Tjejjouren, Maskrosbarn – de har hjälpt mig asmycket. Det är världens finaste människor som jobbar där. Folk som är volontärer, de har varit med om så jävla mycket själva så de vet hur det är. Det är inte bara någon som har läst en bok och har noll erfarenhet, som inte fattar någonting.

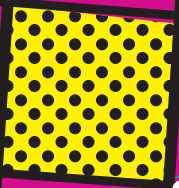
Jag har haft kontakt med soc också. Maskrosbarn gjorde

en anmälan åt mig för att jag bad dem. Allting tog skitlång tid och jag fick inte så mycket hjälp. Jag ville komma till ett behandlingshem. Jag har så många destruktiva personer i min närhet, så jag tänkte att om jag kom dit kan jag få vara mig själv och jag kan få samtalskontakt och arbeta med mig själv. Men de ansåg att jag var för sjuk för att klara av att vara på ett behandlingshem.

Jag har varit på vuxenpsykiatri också. Läkaren skrev ut tabletter i mängder, jag fick säkert 15 olika recept på tre gånger. Och jag är inte så duktig på att sköta mina mediciner så då blev det att jag självmedicinerade och blev jätteberoende. När man tar saker så är man inte sig själv. Man trycker undan så mycket och då känner man inte lika mycket. Då är det svårt att få hjälp.

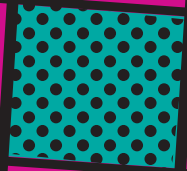
Jag tycker att det borde finnas ett mellanting mellan soc, BUP och psykiatri. Något däremellan. Annars slussas man bara runt hela tiden.

Y.

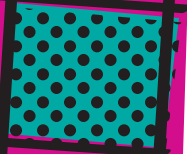


B₄

Ä₄



L₁



T₁

K₃

R₁

A₁

M₃

A₁

D₁

D₁

Hopplöshet blir hinder för att ta emot vård

Brist på kontroll, inflytande och information kan göra att barnet ger upp, går in i hopplöshet eller en känsla av vanmakt. Det kan leda till att han eller hon inte orkar, vill eller kan delta fullt ut i vården.

Under våra samtal uttrycker barn och ungdomar att de på olika sätt känner att de inte kan påverka sin situation i vården eller förstår den vård de får. Följden blir en känsla av vanmakt, och vården kan framstå som obegriplig. Svea beskriver det så här: **”Jag tyckte att det var rätt jobbigt att gå här. Det enda man gjorde var att äta, det var jättejobbigt. Mellan så pratade man om det, så allt handlade bara om maten hela tiden.”** Att inte kunna påverka sin situation kan också hänga samman med intrycket av att någon annan bestämmer saker över ens huvud.

Felicia beskriver hur hon upplever att hon inte hade några rättigheter när hon var intagen för tvångsvård. **”Det spelade ingen roll riktigt vad man sa för de hade redan bestämt att jag måste vara instängd. Det var jobbigt, eftersom man inte får göra någonting så då vill man göra det mer, typ.”**

En känsla av vanmakt

Att inte involveras i sin egen vård kan leda till vanmakt. Men det kan också vara tvärtom. Våra samtal med ungdomar som har erfarenhet av tvångsvård visar att det även kan vara jobbigt att vara involverad. Att tvingas vara involverad på ett visst sätt, som de vuxna bestämmer villkoren för, kan också leda till problem. My har upplevt det: **”Det har varit så nu att de sagt att: Du säger ingenting så nu måste vi anta en massa saker, men vi vill att du säger till när det inte stämmer. Men det blir svårt. För då känner jag att jag är dålig som inte säger någonting.”**

Vi har mött barn som känner att de inte har något val i vårdsituationen, att andra bestämmer hur det ska bli. Ibland har barnet sett det som den enda utvägen och därmed accepterat att andra måste fatta beslut. Men känslan av vanmakt kan ändå finnas där.

Elise säger: **”Det har många gånger varit mamma och pappa [som] har valt det. Men en gång hade jag försökt att ta livet av mig, då tvingade mamma och pappa in mig till sjukhuset och så sa de: Antingen så åker du dit frivilligt eller så skriver vi ett LPT på dig. Så jag hade inget val. Då går jag dit frivilligt.”** När vi då kommenterar att det kan diskuteras hur frivilligt det är, svarar Elise: **”Jag tycker inte att det var frivilligt.”**

Att utsättas för hot om tvång om man inte gör som andra bestämmer är också något ungdomarna upplevt. My berättar: **”Någon gång har det varit nästan som ett hot: Du vet att om du inte vill vara här frivilligt så skriver vi LPT på dig. Och det är inte så bra.”**

Ingen som lyssnar

Andra barn upplever att de har möjlighet att säga vad de tycker, men att ingen lyssnar. Det kan få till resultat att barnet inte vill vara delaktigt i vården fullt ut. Elise berättar om hur det känns när man pratar utan att någon lyssnar: **”Jag har brutit ihop hur många gånger som helst av det, det känns som att jag typ psykiskt har skrikit efter hjälp men det är ingen som har velat hjälpa mig. Mamma och kompisar, de gör allt de kan och mår skitdåligt för att de inte kan göra mer. Det har varit så himla irriterande.”**

Barn känner att hur de mår påverkas negativt av en behandling, men



känner inte att de kan påverka detta. En flicka berättar: **”Jag har försökt att snacka med NN, läkaren, och sedan i maj har jag sagt att mina mediciner inte fungerar, jag sover nästan ingenting. Jag vaknar och kan inte somna. Dagarna fungerar liksom inte. Det är kaos. Vi tar mediciner nästa gång, säger han. Så flyttar han typ upp antideppen till kvällen istället och det hjälper ingenting. Så har han liksom hållit på.”**

Samtidigt som barnet kan uppleva hopplöshet för att ingenting blir bättre har de en förståelse för att hjälpen inte alltid fungerar: **”Jag har inte märkt någonting sånt, jag tycker inte att jag har fått speciellt mycket hjälp. Det är det som är så frustrerande, just med självskadebeteendet, det finns liksom ingen som kan hjälpa mig,”** säger Elise. Behandlingen i sig kan ge upphov till känslor av vanmakt: **”Då kom jag till barnkliniken, och där gjorde de klart för mig från början att om jag inte äter så sätter de sondslangen i mig. Ni kan tänka er själva, att utan att tugga eller svälja så känner ni helt plötsligt att ni blir proppmätta av att ni inte har gjort någonting. Bara den här slangen skaver ju”**, berättar Thyra.

Rädd för läkaren

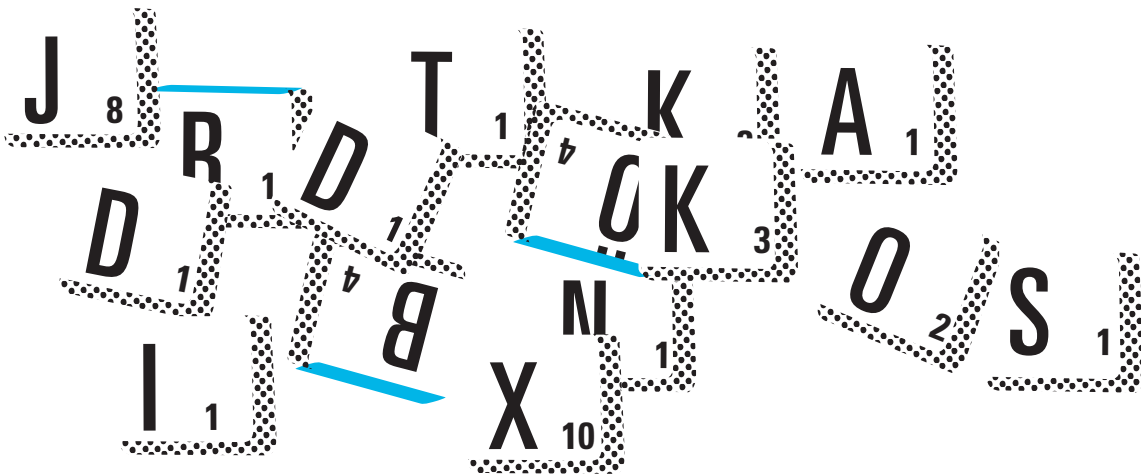
Barn upplever också ibland en total brist på möjligheter att påverka det minsta lilla i sin vardag. **”Det var en gång som hon var inne i mitt rum och jag ville inte att hon skulle vara där, jag ville prata med någon annan för jag gillar inte henne. Och då sa hon: Nej, det går inte, ingen annan, det är bara mig nu. Men det fanns ju andra”**, berättar Klara.

Att känna att man är i händerna på flera läkare kan också ge en känsla av vanmakt eller att tappa kontrollen. **”Och så sa [den] som jag var hos: Nej, det där med 60 mg får man inte gå upp på. Men då sa jag att det hade de sagt att man kan göra, och då fräste han till och sa: Men det vet väl inte hon. Vad är det för attityd? Ska man inte hjälpa varandra?”**

Barnen säger att de ville få hjälp med att förstå vad som hänt med dem och vad som kan komma att hända. Signe beskriver ett möte med en läkare på sjukhuset: **”... jag var så rädd för läkaren, hon var jättekonstig. Hon var verkligen... nej, jag tycker inte om henne. Hon var liksom inte mänsklig, hon tog mig mer som ett objekt. Jag satt där och mådde skitdåligt och jag fattade ingenting.”**

Kaos i omgivningen

Att inte uppleva att man får hjälp, trots att man signalerar ett hjälpbehov, blir många gånger droppen som får bägaren att rinna över. **”När jag har haft panikångest på akuten har de stått och tittat på när jag slagit mig själv. Mina föräldrar har fått gripa in och ta tag i mig”**, säger en flicka vi har träffat. Barn har hoppats på att möta en varm och trygg vuxen som kan hjälpa dem igenom de svårigheter de hamnat i, men upplever att allt blev värre och att de mådde sämre efter kontakt med vården. Som Tilde säger: **”Jag mådde dåligt när jag gick [dit], jag mådde ännu sämre när jag gick därifrån.”** Lova har liknande erfarenhet: **”På akuten slussas man runt bland tusen olika människor och den som råkar vara i närheten kollar lite på en. Jag förstår att man inte kan prata med läkarna hela tiden för läkarna är upptagna, men sjukskötarna sitter och dricker kaffe och pratar med varandra när de borde vara ute bland patienterna och hela tiden ha en dialog. Hur mår du nu? Vad vill du göra? Det är alltid kaos i ens huvud, och då hjälper det inte att det är kaos i omgivningen.”**



Bälte istället för kram

Flera av de barn och ungdomar vi har träffat har erfarenhet av tvångsvård inom slutenvården, det vill säga att de har bott på en sjukvårdsinrättning och där tvångsvårdats. Mycket av den vanmakt som beskrivs av barn och ungdomar handlar om tvångsvård. Barnen beskriver framför allt bemötandet och kanske även vården som kontraproduktiv. Paola gillar inte bemötandet hon fått: **”Alltså det är ju beroende från person till person, men jag känner ju det att när jag liksom brusar upp, det jag skulle behöva är ju en kram. Men istället så bältar de mig, alltså det blir ju helt fel.”**

Att bli vårdad under tvång kan i sig skapa vanmakt, men det finns också inslag i barnens berättelser som beskriver hur vården upplevs som bestraffande eller uppfostrande.

Nova förklarar: **”... jag fick bara gilla läget. Att jag blev inlagd där. Jag var ju väldigt sjuk och visste inte riktigt varför, så det var en slags självmedicinering med min ångest att jag hanterade det via maten. Och sen så blev jag inlagd då, och jag kände att när jag var där så blev jag mer straffad för att jag var sjuk. Inte på något sätt att [...] jag slutade äta för att jag ville ha uppmärksamhet, som många tänkte. Det var bara för att det gjorde ont, och jag hanterade det på det viset. Jag kände aldrig att det var någon på bup som riktigt förstod, utan jag fick bara en massa mediciner. När jag fick ännu mer ångest så fick jag bara ännu mer, de drogade ner mig och så. Det har jag alltid sett som den värsta tiden, när jag var inlagd på bup, faktiskt. Sen när jag inte ville ta emot den vården så fick jag ju tvångsvård istället och då lyssnade de ännu mindre på en. [...] På den vägen så blev det att jag fick ännu svårare att lita på vuxna människor, något som jag aldrig kunnat göra innan.”**

Måste bevisa behovet av vård

Tvångsåtgärder är något som ofta skapar en känsla av vanmakt hos barnen. Men vården kan upplevas olika, beroende på hur personalen genomför en tvångsåtgärd. Barn har förståelse för att det ibland är nödvändigt att ingripa med tvång. Ett barn berättar: **”Jag vet inte. Jag tycker att det är fruktansvärt att bli hållen. Samtidigt, i vissa lägen vet**

man att de måste. Om man blir hållen, då vet man att man har möjlighet att eventuellt kunna komma ifrån om man kämpar hela tiden, för man vet att man kan. Ligger man i bälte, då kan man slappna av, men samtidigt är det fruktansvärt och hemskt att ligga fastspänd... det är bara hemskt. Men alltså ... bälte borde verkligen vara sista alternativet... jag tycker att de tar till det alldeles för ofta. Innan de ens försöker.”

Om ingen lyssnar på ett barn som vill ha fortsatt hjälp kan det få stora konsekvenser. Inez har känt sig tvingad att ”bevisa” att hon är tillräckligt sjuk för att få fortsatt vård. ”Och komma in igen, fram och tillbaka, fram och tillbaka. Och då tar man liksom till extrema åtgärder, för man inte vill härifrån, eftersom man behöver mer hjälp under några veckor, en månad. Man försöker oftast visa det på alla olika sätt. Man känner sig sviken, övergiven... dom lyssnar inte på en, dom tror inte på en och att man är tvungen att ta till extrema åtgärder för att visa att man inte mår bra. Fast man egentligen inte vill göra det.” Och för Inez har det hänt flera gånger: ”Här tycker jag det är så jäkla onödigt att jag har fått komma hit sju gånger när jag kunde varit här längre tid och få hjälp på en gång. Alltså det är det mest onödigaste.”



VAD KAN DU GÖRA?

Susanne Träff Karlsson,
behandlare, ätstörningsenhet:

– Hjälpa till att avdramatisera vården. Minska skam och skuld hos både barn och föräldrar. Vi jobbar åldersövergripande med både vuxna och barn och samlar all kompetens under ett tak. Det underlättar när barnen fyller 18 år, det blir smidigare övergångar.

När någon gör en illa

Flera situationer som barn och unga berättar om visar att vård ibland kan upplevas som övergrepp. De använder inte alltid själva begreppet övergrepp, men vill lyfta fram det dåliga bemötande de har fått i vården. De beskriver också kränkningar som har skett utanför vårdsituationen och som de ser som möjliga bidragande orsaker till att de mår dåligt.

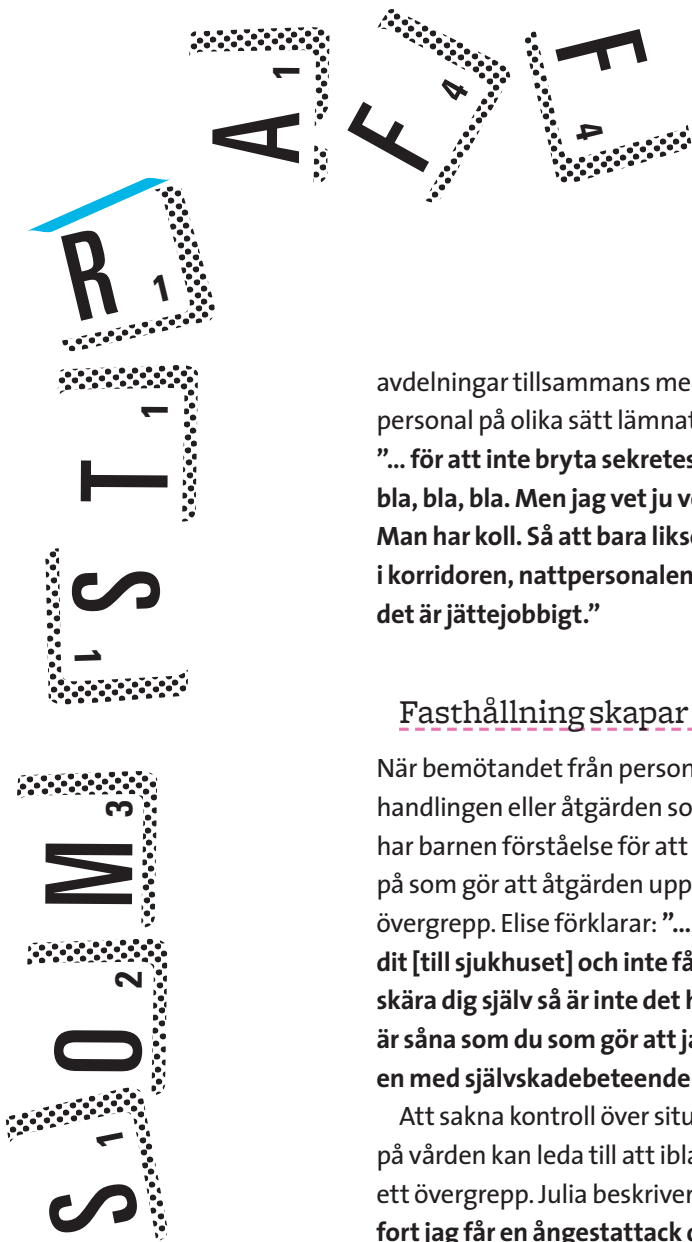
Vuxna bryter sekretessen

Lily beskriver en händelse i sin skola så här: **”När jag har varit i min egen skola så har jag varit med om att lärare har sagt rakt ut till klassen, ja, men ta du det lugnt Lily så att du inte får ångest och blir sjuk igen, så att du måste gå till bup och sånt”**. Majken blev utsatt för en liknande situation: **”Då började jag skära mig för lite mer än ett år sedan, och då upptäckte min lärare det och så fick min mentor reda på det. Hon berättade det för hela klassen, utan att jag ville det”**.

Lily har också svikits av andra vuxna i skolan: **”Hon har ju tystnadsplikt, och så berättade jag saker typ så där, som jag tyckte för henne och så här då om mamma och sånt. Och så frågade hon, okej, men vill du att mamma kommer hit så vi reder ut det och pratar om det och så här, nej, jag vill inte det, absolut inte. Jag vill bara prata liksom. Då ringer hon till min mamma och mamma blir svinarg och jag får utgångsförbud i typ tre månader.”** Lukas berättar om skolkuratorn: **”Han höll inte sin tystnadsplikt för fem öre, han berättade för mig om andras bekymmer där och det var kalabalik. Då gjorde jag också ett självmordsförsök ...”**

Även Vilda har varit med om en liknande händelse i skolan och efterlyser mer kunskap hos vuxna: **”Ibland när jag gick ner till matsalen så kunde jag höra: Varför går du inte ner? Just det, du är ett sådant där anorexiabarn. Det är ganska hårda ord. Så jag tror att alla måste få veta mer, för det är ingen som vet något.”**

Övergrepp kan också vara av annan karaktär. Barn som har vårdats på



avdelningar tillsammans med andra ungdomar har berättat om hur personal på olika sätt lämnat ut känsliga uppgifter. Nellie ger exempel: ”... för att inte bryta sekretessen, så [pratar de om] patienten på rum sju, bla, bla, bla. Men jag vet ju vem som är på rum sju, det vet ju alla liksom. Man har koll. Så att bara liksom... så himla onödigt. Och vissa pratar högt i korridoren, nattpersonalen speciellt. Dom är... vissa har ingen koll alls, det är jättejobbigt.”

Fasthållning skapar panik

När bemötandet från personalen inom vården brister är det inte handlingen eller åtgärden som barnen kritiserar. Vissa tvångsåtgärder har barnen förståelse för att de måste användas, det är sättet de utförs på som gör att åtgärden upplevs som kränkande eller rent av som ett övergrepp. Elise förklarar: ”...För det finns jättemånga som har kommit dit [till sjukhuset] och inte fått bedövning när de ska sy: Klarar du av att skära dig själv så är inte det här någonting. Det var någon som sagt: Det är såna som du som gör att jag hatar mitt jobb. Det säger man ju inte till en med självskadebeteende som vill ta livet av sig”.

Att sakna kontroll över situationen och inte få gehör för sina synpunkter på vården kan leda till att ibland nödvändiga åtgärder kan utvecklas till ett övergrepp. Julia beskriver hur fasthållning påverkar henne: ”Du vet så fort jag får en ångestattack då börjar jag hyperventilera och då börjar de ta tag i mig jättehårt, alltså lägga sin tyngd på mig. Jag kan inte andas då, hur ska jag andas? Då får jag mer panik. Och jag säger åt dom att när jag får en panikattack då vill jag inte se män, okej? Och jag skriker åt dom att männen ska gå, men de gör inte det ändå. Vad jag än gör så går de inte iväg. Liksom, det kan vara hur många kvinnor som håller tag i mig

som helst, men inte män. För jag mår dåligt på grund av män. [...] Ja, de [personalen] vet. Men de gör det ändå. Jag skrek. Jag skrek så mycket som möjligt att de skulle gå och när de väl gick så lugnade jag mig..”

Paola har liknande erfarenheter: ”Alltså när jag blev bältad, så jag får ju panik eftersom jag har varit utsatt för ett trauma när jag varit fasthållen och så vidare och då tycker de ju bara att jag är jobbig liksom. Så då blir det ju ner med byxorna och så en spruta i skinkan. Det är ju inte så kul det heller.”

Otillåtna tvångsåtgärder

Hur barnet blir bemött i samband med en tvångsåtgärd är avgörande för om åtgärden upplevs som ett övergrepp eller inte. Leah berättar om bältesläggningar: ”Vissa [personal] är väl bättre för de kan sitta och prata med en. Det hjälper för man blir fortare lugn, men man får inte prata, ingenting. Det förstår inte jag, för när man sitter och pratar så lugnar man ner sig fortare men det får man absolut inte göra.” Vi frågar varför det är så. Leah säger: ”För att det ska bli som ett straff. Det ska inte vara roligt att ligga i bälte så det ska vara som ett straff. [...] Du har gjort själv så att du ska komma hit, vi ska inte prata med dig, det ska inte vara roligt att ligga här. Du får vara tyst, vi får inte prata med dig”.

Användningen av otillåtna tvångsåtgärder finns i flera barns berättelser, antingen har man hotats med det eller upplevt det. En flicka säger: ”Ja, jag trodde inte det var sant först men det är liksom ... När jag [...] kom till [avdelningen] och såg hur de här handskarna⁶⁰ hängde där i ena korridoren, alltså inte i en korridor där man fick vara vanligtvis, utan på vägen ut”. En annan flicka har tvingats bära hjälm i bältesituationen: ”Typ som en moppe-hjälm nästan, sådan där gammal med plastvisir för hela ansiktet. Den andra var också typ som en hockeyhjälm, målvaktshjälm så här, med galler. [...] Och den satte de ju på då när man var bältad.”

En ungdom berättar om en akutvårdsavdelning där hen blev gipsad för att inte kunna skada sig själv: ”Jag kom dit och det var bara en

60 Det har förekommit att patienter som vårdats inom psykiatrin tvingats bära ett slags handskar för att de inte ska kunna skada sig själva. Se bland annat Åkerman, S., Eriksson, T. Slutstation rättspsykiatri – Om tvångsvårdade kvinnor som inte dömts för brott, 2011.

akutvårdsavdelning så man kunde inte få någon behandling mer än mediciner. De drogade ner mig. Jag var väldigt underviktig då och hade inte ätit på en månad [...] De gipsade båda mina armar upp hit så jag kunde inte äta själv, jag kunde inte klä på mig, duscha. Jag fick bli matad i två månader.”

När barnen har ifrågasatt en viss behandling eller åtgärd från vården upplever de inte att det har fått gehör för det. Paola berättar hur hon blev lovad att få ett möte med ansvarig chef i verksamheten: ”Jag blir så trött på att alla som jobbar inom psyk liksom håller varandra bakom ryggen. Alltså ingen vågar säga som det är, för de är liksom ... Personalen är rädda för läkaren och läkaren skyller på psykologen och psykologen skyller på läkaren. Alltså det är ingen som tar tag i någonting och där sitter man mitt i skiten och jaha, vad gör jag nu?”

Artikel 12, 19 och 37: Barn och unga har rätt till delaktighet och information samt skydd mot alla former av våld och övergrepp. Barnet ska också skyddas mot tortyr, förnedrande behandling och olagliga frihetsberövanden.

(FN:s konvention om barnets rättigheter)

Tvång som uppfostran

Barn beskriver hur de har sökt hjälp men inte betett sig som de vuxna förväntat sig. Då har de blivit utsatta för ”uppfostringsförsök” som har fått allvarliga konsekvenser. My beskriver en händelse på akuten: **”Men det som hände första gången var att jag ... det var någon försvarsgrej som slogs på. Så istället för att bara ha ångest så blev jag ... jag var väldigt dimmig och blev ganska ... flummig. Jag kunde inte riktigt vara lugn och sansad, så jag höll på, på golvet och gjorde saker och sedan när jag sa att jag ville säga en sak, då hade någon i personalen sagt: Om du har någonting att säga så får du ändå ta och sätta dig upp. Då satt jag på golvet. Han sade det med en sådan ton som att han tyckte att jag var totalt barnslig och oansvarig, typ. Det bröt jag ihop av, så jag grät ganska länge. Sedan hade vi det där mötet och då hade jag planer ... jag ljög och sa att allt var bra och att jag skulle äga till mamma och pappa. Då fick jag åka hem, och den natten så hängde jag mig. Så det var ju inte så jättebra. Då kom jag tillbaka dit.”**

För en del barn är begripliga förklaringar om vad åtgärderna syftar till en viktig förutsättning om en behandling eller åtgärd ska anses vara något annat än ett rent övergrepp. Nova tror inte på att sondmatning i kombination med medicinering leder till att hon blir bättre: **”De gav mig ju starka [mediciner] innan de skulle ge mig mat och så där, så att jag inte kunde stå upp och det kändes bara som ett rent övergrepp. I och med att jag märkte av att jag inte blev mig själv så kändes det ännu mer som att det här kommer jag inte bli bättre av.”**

Tvång som bestraffning

Ibland kan tvångsåtgärder upplevas som en bestraffning. En ungdom beskriver fastspänning med bälte så här: **”En period så var det ungefär tre gånger om dagen, i några veckor. Det är väl lite olika, men ofta så är det så att de ger upp väldigt tidigt. Om man hamnat i bälte en gång den dagen så säger de: Gör du minsta lilla så hamnar du i bälte fyra timmar direkt. Så de försöker inte ens. De är väl minst tre-fyra personer, ibland ringer de in fler. Ofta trycker de ner en på golvet och håller både ben och armar och huvud och allt sådant.”**

Barn beskriver också hur tvånget påverkar dem om de har särskilda behov. Det kan exempelvis röra sig om en funktionsnedsättning som kräver ett särskilt bemötande. Leah anser att personalen måste vara insatt i personens diagnos och behov. Hon förklarar: **”Här kör de med lite hot och straff, det är inte alls bra, det fungerar i alla fall inte för mig.”**

Vi frågar Leah vad konsekvensen blir. Hon fortsätter: **”Jag förstår aldrig riktigt deras tänk. De förklarar inte riktigt, och vill man veta något så säger de bara: Släpp kontrollen. Ja, släpp kontrollen. Det är väldigt irriterande och frustrerande. Jag anser inte att det är ett kontrollbehov.”**

Att vårdas mot sin vilja tillsammans med vuxna är också en källa till rädsla, frustration och ibland ilska. Ett barn vi träffade hade tidigare vårdats inom rättspsykiatri. Barnet säger: **”Jag tycker inte om att de blandar LRV och LPT. Att komma som 16-åring och leva med dom som är dömda för kanske mordbrand och mordförsök och sådana saker, det är inte kul.”**



VAD KAN DU GÖRA?

Ulla-Gret Larsson,
vårdare inom bup slutenvård:

– Det viktigaste är att skapa förtroende. Att alltid lyssna. Våga fråga och göra det talbart. Det kan vara en fördel att bli inlagd för då är det okej att må dåligt. Jag kan stärka familjemönstret och jobba med hela familjen. Våga låta det ta tid samtidigt som jag sätter gränser och ställer krav.

Barns röster i LPT-domar

Förvaltningsrätterna ska, som oberoende kontrollinstans, pröva beslut om tvångsvård. Barnombudsmannen har undersökt hur barnets åsikter redovisas i förvaltningsrättens beslut. Utgångspunkten har varit barnets rätt till delaktighet i alla beslut som rör honom eller henne.

Vi har granskat samtliga domar i mål om tvångsvård enligt LPT⁶¹ och LRV⁶² som ägt rum mellan 1 juli 2012 till och med 30 juni 2013.

Syftet var att undersöka hur domstolarna resonerat kring centrala barnrättsliga dilemman i tvångsvårdsprocessen. Barn har rätt till liv och utveckling (artikel 6), men också till delaktighet i alla beslut som rör dem (artikel 12). När det gäller tvångsvård hamnar ibland dessa centrala principer i barnkonventionen på kollisionkurs, om barnet uttryckligen inte vill ha vård och om vårdgivaren samtidigt bedömer att vård är nödvändigt för barnets bästa.

Domarna berör 103 barn och omfattar 141 domstolsbeslut. De flesta av barnen var mellan 15 och 18 år under tvångsvården, de yngsta var 11–12 år. Besluten avser 68 flickor och 31 pojkar. I fyra av domarna framgår det inte om barnet är pojke eller flicka.

De flesta beslut rör fortsatt tvångsvård. Chefsöverläkaren vid den vårdenhet där barnet vistats har då ansett att barnet behöver vårdas längre än fyra veckor och har därför ansökt hos förvaltningsrätten om fortsatt tvångsvård. Andra beslut rör konvertering, det vill säga de fall då en patient förs över från frivillig psykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård. Det kan ske när en patient som uppfyller kriterierna för psykiatrisk tvångsvård, vid

61 Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

62 Lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129).

tiden för utskrivning bedöms utgöra en fara för sig själv eller andra, men motsätter sig vård och behandling.⁶³ Ett fåtal beslut rör mål där barnet har överklagat beslutet.

FAKTA

Det här gäller vid tvångsvård

För att en patient ska bli intagen och vårdas enligt LPT krävs att han eller hon lider av en allvarlig psykisk störning, att det finns ett behov av psykiatrisk vård på en sjukvårdsinrättning till följd av det psykiska tillståndet och att personen inte samtycker till frivillig vård. Tvångsvård kan också beviljas om det på grund av barnets psykiska tillstånd finns grundad anledning att tro att vården inte kan ges även om barnet samtycker.

Det finns ingen tidsgräns för hur länge den psykiatriska tvångsvården får pågå, men beslutet måste regelbundet prövas av domstol. Så snart förutsättningarna för tvångsvård inte längre finns ska den upphöra. Detta förutsätter att man fortlöpande överväger om patienten är motiverad att medverka till vård och om han eller hon kan klara fortsatt vård i frivilliga former eller ska fortsätta vårdas enligt LPT.

Redovisning av barnets inställning i förvaltningsrättens dom

Vi har särskilt tittat på hur domstolar redovisar och ibland argumenterar kring barnets inställning till den tvångsvård som yrkats på i domarna.

I 18 av domarna redovisas inte barnets vilja överhuvudtaget, och sju av dessa gäller beslut om konvertering. I tre av de 18 fallen är målen avskrivna. I 24 av domarna framkommer att barnet motsätter sig domen, men man anger inga specifika skäl till varför.

63 Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Hur barnets vilja redovisas i domarna	
Barnet har beretts tillfälle men vill inte yttra sig	15
Framkommer inte av domen	18
Medger vård	24
Motsätter sig, specifika skäl anges	48
Motsätter sig, specifika skäl anges inte	24
Tar inte ställning	12
Totalsumma	141

Även om barnets inställning inte redovisas i domen, behöver det inte betyda att barnet inte fått säga sin mening. Däremot kan detta tolkas som att domstolar inte har ansett det nödvändigt att redovisa detta.

Protest blir argument för tvångsvård

I de flesta fall står det i domarna att barnet inte vill tvångsvårdas. I tabellen nedan redovisas en sammanställning av de skäl som barn själva anger till att de motsätter sig tvångsvård. Ett och samma barn kan ange flera skäl.

Skäl till varför barnen motsätter sig tvångsvård	
Vill inte komma efter i skolan	5
Vill bli fri	12
Vårdbehovet kan tillgodoses på annat sätt	27
Anser sig inte vara sjuk	13
Bedömningen är felaktig	10
Behandlingen gör det värre	6
Mår bättre och är motiverad	8

I rättsprocessen står barnets egen inställning till vården ofta i motsats till chefsöverläkarens beskrivning av barnets behov. Läkarens beskrivningar och yrkande utgår ofta från patientens sjukdomshistorik, och kompletteras

nästan alltid av ett utlåtande från en medicinsk sakkunnig med särskild kompetens inom psykiatri och med stor erfarenhet av tvångsvård⁶⁴. Till exempel framhåller chefsöverläkare i samband med sina yrkanden att barnet lidit av besvären en längre tid, eller att det har en mycket omfattande problematik och allvarlig psykisk störning. I en del fall anses barnets tillstånd vara livshotande. Ibland sägs att barnet motsätter sig vård och försvårar och omöjliggör vården.

Att protestera mot tvångsvård kan med andra ord medföra att vårdpersonalen tycker att barnet är oemottaglig för vård och protesten kan därmed användas som argument för fortsatt tvångsvård. I vissa fall anger chefsöverläkaren i sitt yrkande att patienten är hotfull och farlig för andra.

Tvångsvård kan i en del fall även motiveras ur ett långsiktigt perspektiv. När ett barn säger att det räcker med frivillig vård, har chefsöverläkaren i en del fall motiverat tvångsvård genom att hänvisa till risken att barnet avbryter en frivillig behandling. Relativt många av dessa fall (10 stycken) rör flickor med ätstörningar. Här hävdar ofta chefsöverläkare att patienten skulle matvägra om vården blir frivillig.

För sjuk för att samtycka

Ett av kraven för att tvångsvård ska kunna beslutas, är att patienten inte går med på vård eller om det på grund av barnets psykiska tillstånd finns grundad anledning att tro att vården inte kan ges med barnets samtycke.⁶⁵ Frågan om barnets delaktighet vid beslut om tvångsvård blir därför komplicerad. Vår undersökning av domarna visar att i 24 av målen går barnet med på vård. I sådana fall kan alltså beslut om tvångsvård fattas även om barnet medger vård. Det krävs då att det på grund av barnets psykiska tillstånd finns anledning att anta att vården inte kan ges med barnets samtycke.⁶⁶ I de här fallen är det inte ovanligt att läkaren hävdar att barnet är så pass sjukt att barnets samtycke till tvångsvård kan ignoreras.

64 Sjöström, S, Jacobsson, M, Hollander, A. Kollegialitet, terapi och medling: Expertgranskning i terapimål. Sociologisk forskning, Vol. 39, 2002.

65 3 § LPT

66 Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

I andra fall problematiseras barnets samtycke till tvångsvård. Det kan till exempel ske genom att man beskriver barnet som ambivalent och att inställningen till vård kan svänga snabbt. I ett fall konstateras exempelvis att barnet har avvikit flera gånger från frivillig vård. I andra fall är det återfallsrisken som gör att man beslutar om tvångsvård. Det kan handla om att barnet befaras utsätta sig själv för allvarlig risk. I några fall konstateras att det finns risk för självmord.

Ett annat, mer ovanligt, skäl till att yrkanden om tvångsvård bifalls, trots barnets samtycke till vård, är att barnet bedöms vara en fara för andra genom sin aggressivitet och sitt psykotiska tillstånd.

Sakkunnig ifrågasätter sällan

Rättsprocessen kring tvångsvård är problematisk utifrån ett juridiskt perspektiv, visar forskningen. Den sakkunniges roll i rättsprocessen är att förse domstolen med expertkunskap. Vid förhandlingen får han eller hon ställa frågor till chefsöverläkaren och patienten för att få information som har betydelse för utlåtandet. Det är svårt för domstolen att kritiskt ifrågasätta sakkunnigs bedömning och utlåtande.⁶⁷

I en del fall har barnet ett eget ombud. Även för barnets ombud kan det vara svårt att ifrågasätta chefsöverläkare och sakkunnig när de föreslår vård för barnets bästa.⁶⁸

Även den sakkunniges roll i relation till chefsöverläkaren är problematisk. Personen är expert inom samma område som denne, men befinner sig i ett kunskapsunderläge i det enskilda fallet.⁶⁹ Därför kan det vara svårt för en sakkunnig att ifrågasätta chefsöverläkaren.⁷⁰ Detta bekräftas i vår granskning, som visar att en sakkunnigs åsikt redovisas i 100 fall av 141. I endast två av fallen har den sakkunnige en avvikande åsikt i målet än chefsöverläkaren.

67 Sjöström, S, Jacobsson, M, Hollander, A. Kollegialitet, terapi och medling: Expertgranskning i terapimål. Sociologisk forskning, Vol. 39, 2002.

68 Hollander, A., Jacobsson, M., Sjöström, S. Defender, spokesperson, therapist: Representing the true interest of the client in therapeutic law. International Journal of Social Welfare, Vol. 16(4). 2007.

69 Sjöström, S, Jacobsson, M, Hollander, A. Kollegialitet, terapi och medling: Expertgranskning i terapimål. Sociologisk forskning, Vol. 39, 2002.

70 Sjöström, S, Jacobsson, M, Hollander, A. Kollegialitet, terapi och medling: Expertgranskning i terapimål. Sociologisk forskning, Vol. 39, 2002.

Sammantaget kan vi konstatera att barnets åsikter långt ifrån alltid redovisas i domarna vi har granskat. Dessutom kan rättsprocessen kring tvångsvård anses problematisk utifrån ett juridiskt perspektiv då domstolen kan ha svårt att kritiskt ifrågasätta sakkunnigs bedömning. Enligt barnkonventionens artikel 37 har alla barn rätt att få lagligheten i ett frihetsberövande prövad av domstol.

Underrapportering och bristande dokumentation

Den som bedriver psykiatrisk tvångsvård är skyldig att lämna uppgifter om tvångsåtgärder till patientregistret. Inrapporteringen är viktig om tvångsåtgärder ska kunna granskas. Barnombudsmannens genomgång av vårdenheternas beslut om tvångsåtgärder visar på brister som försvårar insyn.

Ett antal av de barn och unga vi har mött och lyssnat till har varit föremål för tvångsvård. För att komplettera barnens berättelser och för att få en inblick i hur tvångsåtgärder dokumenteras och motiveras har vi begärt in beslut om tvångsåtgärder som rör barn enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, och lagen om rättspsykiatrisk vård (LPT och LRV).⁷¹ Besluten har inhämtats från 38 vårdenheter runt om i Sverige och rör perioden 2012-07-01 till 2013-06-30. Vi har också jämfört dessa uppgifter med den information som finns i Socialstyrelsens patientregister. Detta för att få en uppfattning om hur tvångsåtgärder har använts mot barn och ungdomar upp till 18 år.

De beslut vi har begärt att få ta del av gäller intagning för tvångsvård och andra former av frihetsberövanden, som fortsatt vård, återkallande av permission, avskiljning, fastspänning och andra tvångsåtgärder. Vi har fått svar från samtliga vårdenheter, av vilka sju svarat att de inte har det material vi efterfrågat.⁷²

Vår analys grundar sig på det material som vårdenheterna har försett oss med. Vi har utgått från att beslut och motiveringar är fullständiga om inget

⁷¹ Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

⁷² De sju vårdenheterna har bland annat svarat att de inte har vårdat patienter under 18 år under den aktuella perioden, att de inte vårdar patienter under 18 år eller att de inte vårdar personer med stöd av LPT eller LRV.

annat har angetts. Det kan finnas fler dokumenterade uppgifter som besluten grundar sig på, men som vi inte fått del av.

Det material vi har granskat visar att dokumentationen av tvångs-åtgärder och skälen till dessa varierar stort. Vissa vårdenheter har exempelvis längre motiveringar i journalerna, medan andra skriver korta motiveringar på särskilda blanketter.

FAKTA

Tvångsmedicinering

I de fall medicinering är nödvändigt på grund av patientens sjukdomstillstånd ska vårdpersonalen eftersträva att patienten tar emot medicinen frivilligt. I de fall tvångsmedicinering bedöms absolut nödvändig, bör det först finnas ett beslut om intagning för psykiatrisk tvångsvård.⁷³ Tvångsmedicinering får endast användas om åtgärden står i rimlig proportion till syftet med medicineringen och när andra möjligheter har uteslutits.

En patient som hålls kvar i väntan på bedömning får ges nödvändig behandling om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa.⁷⁴ Om patienten måste tvångsmedicineras innan ett intagningsbeslut kan fattas, är det lämpligt att använda korttidsverkande läkemedel.⁷⁵

73 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), s. 49.

74 6 a § LPT

75 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), s. 49.

Fastspänning med bälte som överstiger tidsgränsen

Enligt Socialstyrelsen ska en fastspänning med bälte understiga fyra timmar.⁷⁶ Endast i extrema undantagsfall kan den tiden förlängas, och då krävs synnerliga skäl.⁷⁷ Ett av fallen i materialet rör ett barn som har blivit fastspänt med bälte i fyra och en halv timme och överstigit den bortre tidsgränsen utan att ett nytt beslut fattats.

Även en annan fastspänning med bälte av ett barn har varat i mer än fyra timmar. Motiveringen är att barnet har varit utagerande och behöver läggas i bälte. Avsikten är att ge barnet medicin, något som den ena föräldern inte vill ge sin tillåtelse till innan den andre föräldern har kommit. Detta dröjer, och därför fortgår tvångsåtgärden trots att fastspänningen överstiger fyra timmar. Enligt förarbetena får en fastspänning endast förlängas då risken för allvarlig skada är överhängande någon tid.⁷⁸

En tredje fastspänning med bälte av ett barn som varit utagerande har fortgått en halvtimme medan barnet har varit lugnt. Vid fastspänningen har vårdpersonalen tagit hjälp av ett bevaknings- och säkerhetsbolag. I beslutet anges att fastspänningen med bälte har avbrutits eftersom patienten varit lugn någon halvtimme. Att spänna fast en patient ska vara en kortvarig åtgärd som snarast bör ersättas med andra insatser. Patienten ska inte vara fastspänd längre tid än absolut nödvändigt.⁷⁹

76 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOF 2008:18).

77 Prop. 1990/91:58 s. 260.

78 Prop. 1990/91:58 s. 260.

79 Prop. 1990/91:58 s.260.

Fastspänning

Tvångsåtgärden fastspänning är en kraftfull inskränkning av patientens integritet och får bara förekomma om det finns mycket starka skäl.⁸⁰ Det kan handla om situationer då patienten är aggressiv eller självdestruktiv, men bara vid omedelbar fara för att han eller hon allvarligt skadar sig själv eller någon annan.⁸¹ Det ska också vara fråga om hastigt uppkomna farliga situationer som inte kan hanteras på något annat sätt. Fastspänning får aldrig användas i bestraffningssyfte.⁸²

Fastspänning innebär oftast att patienten späns fast i en säng som kan vara den egna sängen eller en säng i ett särskilt rum. Det finns både anordningar som är låsbara och icke låsbara.⁸³ Av etiska skäl är det viktigt att fastspänningen sker i ett rum utan insyn från andra patienter.⁸⁴ Vårdpersonal ska vara närvarande under den tid som patienten hålls fastspänd.⁸⁵ Att späna fast en patient med bälte ska vara en kortvarig åtgärd som snarast bör ersättas med andra insatser.⁸⁶ Otillräckliga personalresurser får inte medföra att patienten hålls fastspänd längre tid än som är absolut nödvändigt med hänsyn till situationen.

Beslutet om fastspänning fattas av chefsöverläkaren. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska utan dröjsmål underrättas om samtliga fastspänningar som inte är kortvariga.⁸⁷ Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd motsvarar kortvarigt en tid som understiger fyra timmar.⁸⁸ Innan tiden för en fastspänning får förlängas ska den beslutande läkaren undersöka patienten.⁸⁹

80 Prop. 1999/2000:44 s. 84-85.

81 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), s. 51.

82 Prop. 1990/91:58 s. 260.

83 Grönwall, Holgersson, Psykiatrin, tvånget och lagen, kommentaren till 19 § LPT.

84 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), s. 53

85 19 § LPT

86 Prop. 1990/91:58 s. 260

87 19 § LPT

88 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) s. 53.

89 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), s. 50.

Bristande dokumentation

Några barn i det insamlade materialet är utsatta för ett stort antal fastspänningar med bälte, trots att detta är en kraftig inskränkning av patientens integritet och inte får förekomma utan mycket starka skäl, enligt förarbetena till lagstiftningen.⁹⁰ Ett barn har varit fastspänt flera gånger varje dag under en knapp veckas tid. I det material vi har tagit del av finns inga tider angivna för hur länge fastspänningarna har pågått. I dokumentationen står endast att fastspänning med bälte har krävts flera gånger dagligen under nästan en veckas tid och att det varit fråga om långa stunder i bälte, eftersom det var det enda sättet att få patienten att komma till ro.

Ett barn har varit fastspänt 64 gånger under den aktuella perioden. Tidvis har patienten dagligen varit fastspänd med bälte och ibland varit föremål för tvångsåtgärden flera gånger om dagen. I det material vi har tagit del av saknas i fyra fall fullständiga tidsangivelser för hur länge fastspänningarna har pågått. I ett fall saknas motivering⁹¹ till beslutet. I 18 fall har endast ångest eller hög ångest angetts som motivering till tvångsåtgärden.

Ett annat barn har varit fastspänt hela 94 gånger under den aktuella perioden. Barnet har tidvis dagligen varit fastspänt med bälte och ibland varit föremål för tvångsåtgärden flera gånger om dagen. I det material som Barnombudsmannen tagit del av saknas motivering till 27 fastspänningar. I 16 av de 94 fallen saknas fullständiga tidsangivelser för hur lång tid som fastspänningarna har pågått.

Fastspänning med bälte vid sondmatning

Vid sondmatning förekommer det att patienten blir fastspänd med bälte för att behandlingsåtgärden ska kunna genomföras. Av materialet framgår att de flesta sondmatningar har genomförts utan fastspänning.

För att få tillgripa tvångsåtgärden krävs att det finns en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan. Det borde innebära att en patient inte får spännas fast i bälte endast av den anledningen att han eller hon behöver sondmatas. Innan en sådan åtgärd sätts in ska vårdpersonalen först försöka få patienten att frivilligt ta emot behand-

⁹⁰ Prop. 1999/2000:44 s. 85.

⁹¹ Med saknad motivering menas både de fall där ingenting finns nedtecknat i beslutet och de fall där det saknas uppgifter om grunden till beslutet.

lingen. I dokumentationen framgår inte alltid något mer än att patienten blivit fastspänd med bälte vid sondmatning, i de fall då dessa åtgärder har kombinerats.

I ett av fallen har ett barn varit fastspänt i 10 minuter, och det enda som står i motiveringen är bältesläggning vid sondning. Ett annat barn har varit fastspänt i åtta minuter, och i motiveringen anges endast ordet sondning. Vid ett tredje tillfälle har ett barn varit fastspänt i sju minuter, och i motiveringen står bara att patienten har sondmatats eftersom patienten inte ätit upp. Barnombudsmannen känner inte till omständigheterna i de olika fallen, men konstaterar att dokumentationen är bristfällig eftersom det inte går att utläsa varför man kombinerat sondmatning med fastspänning.

FAKTA

Avskiljning

En patient får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna.⁹² Patienten kan avskiljas på det egna rummet eller i ett särskilt isoleringsrum. Avskiljning ska användas i rena undantagssituationer och då främst i syfte att skydda övriga patienter. Det får inte förekomma vare sig rutinmässig isolering eller isolering i bestraffningssyfte.⁹³

Ett beslut om avskiljning gäller i högst åtta timmar. Beslutet kan förlängas med ytterligare högst åtta timmar.⁹⁴ Ett beslut om förlängning får fattas flera gånger. Samtidigt kan ett beslut om att avskilja en patient gälla en bestämd tid som överstiger åtta timmar, men då krävs synnerliga skäl. Det gäller i vissa extrema fall då patientens situation är så svår att han eller hon måste avskiljas för en längre tid än några dagar.⁹⁵

En patient som hålls avskild ska stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonalen. Beslutet ska fattas av chefsöverläkaren.⁹⁶ Beslut om att avskilja en patient för en bestämd tid som överstiger åtta timmar får delegeras till en erfaren läkare med specialistkompetens inom psykiatri vid sjukvårdsinrättningen.⁹⁷ Vidare ska IVO utan dröjsmål underrättas om en patient hålls avskild mer än åtta timmar.⁹⁸

92 20 § LPT

93 Prop. 1990/91:58, s. 261.

94 20 § LPT

95 Prop. 1990/91:58, s. 261.

96 20 § LPT

97 39 § LPT

98 20 § LPT

Tvångsåtgärder ska rapporteras

I Socialstyrelsens patientregister finns information som bland annat ligger till grund för forskning, öppna jämförelser och utvärderingar av hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet.

Sedan 2009 ska uppgifter om patienter som vårdas inom psykiatrisk tvångsvård enligt LPT eller LRV lämnas till patientregistret tre gånger årligen. Inrapporteringen ska bland annat innehålla uppgifter om åtgärder som haft relevans för vårdkontakten, enligt ett gemensamt klassificeringssystem med så kallade KVÅ-koder.⁹⁹

Enligt de uppgifter som rapporterats till patientregistret är fastspänning den vanligaste tvångsåtgärden som utförts på barn under 2012. Totalt rapporterades 136 fastspänningar på 35 barn. Majoriteten av dessa fastspänningar (105) gällde flickor. Läkemedelstillförelse utförd under fastspänning eller fasthållning rapporterades vid 109 tillfällen på 33 barn under samma år. Därtill har 17 fall av avskiljning rapporterats. Andra tvångsåtgärder och inskränkningar, som inskränkande av elektronisk kommunikation, övervakning av försändelse och åtgärder utförda under fasthållande eller fastspänning, har rapporterats i få eller inga fall för barn under 2012.¹⁰⁰

Trots en successiv förbättring av statistiken sedan 2009 finns det fortfarande problem med underrapportering av tvångsåtgärder till patientregistret.¹⁰¹ Enligt Socialstyrelsen beror detta troligtvis på skillnader i lokala rutiner för inrapporteringen snarare än skillnader i hur man använder tvångsåtgärder.¹⁰²

Med anledning av de berättelser vi har tagit del av från barn och unga som tvångsvårdats och för att få en inblick i hur tvångsåtgärder dokumenteras och hur de motiveras har vi begärt in beslut om tvångsåtgärder enligt LPT och LRV som rör barn. Vår genomgång visar att det finns skillnader mellan olika vårdenheter runt om i landet när

99 SOSFS 2008:26 inklusive ändringsföreskrifter

100 Patientregistret, Socialstyrelsen.

101 Socialstyrelsen. Bättre vård – mindre tvång? Utvärdering av överenskommelse om att förbättra den psykiatriska heldygnsvården, 2013.

102 Socialstyrelsen. Regeringsuppdrag inom området psykisk ohälsa – delredovisning av genomförda aktiviteter september, 2013.

det gäller dokumentationen av tvångsåtgärder mot barn och unga. Det klassificeringssystem, som enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska användas för inrapportering till patientregistret, tillämpas inte alltid heller i dokumentationen. Det minskar möjligheten till jämförelser med de uppgifter som framgår av patientregistret.

Med utgångspunkt i Socialstyrelsens klassificering av fastspänningar kan Barnombudsmannen enbart utifrån vårt urval av vårdenheter räkna till fler fastspänningar på andra halvåret 2012 än vad som finns inrapporterat till Socialstyrelsens patientregister under hela 2012. Eftersom dokumentationen är bristfällig och det förekommer en underrapportering till patientregistret går det inte att dra några säkra slutsatser om hur och i vilken omfattning olika typer av tvångsåtgärder utförs på barn inom den psykiatriska tvångsvården idag. Detta är oacceptabelt, anser Barnombudsmannen. Det påverkar rättssäkerheten eftersom kontroll och uppföljning av tvångsåtgärder mot barn och unga på detta sätt försvåras.

FAKTA

Sondmatning

Sondmatning är ingen egen tvångsåtgärd men barn med ätstörningsproblematik kan sondmatas mot sin vilja flera gånger per dag och upplever därför ofta sondmatning som en tvångsåtgärd.

Behandlingen ska om möjligt utföras i samråd med patienten.

Samråd ska också ske med patientens närstående, om det inte är olämpligt. Frågor om behandlingen avgörs ytterst av chefsöverläkaren. Behandlingen ska anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården, det vill säga att patienten frivilligt medverkar till nödvändig vård och tar emot det stöd som han eller hon behöver.¹⁰³

Chefsöverläkaren får delegera uppgiften till en erfaren läkare med specialistkompetens inom psykiatri vid sjukvårdsinrättningen.¹⁰⁴

103 17 § LPT och 2 § LPT

104 39 § LPT

Analys: Lagen saknar ett barnrättsperspektiv

Upprätthållandet av mänskliga rättigheter är som viktigast när samhället ingriper mot en människa med tvång. Utgångspunkten måste vara respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans frihet och värdighet. Varje medborgare ska vara skyddad mot frihetsberövande och påtvingade kroppsliga ingrepp från staten. Inskränkningar ska regleras i lag. Så säger den svenska regeringsformen¹⁰⁵ och en rad olika internationella dokument om mänskliga rättigheter. Denna syn på människan måste också vara utgångspunkten i all tvångsvård.

I FN:s kommitté för barnets rättigheter, barnrättskommitténs, allmänna kommentar nummer 4 om ungdomars hälsa sägs att i de fall det är nödvändigt med psykiatrisk vård ska beslutet fattas i enlighet med principen om barnets bästa enligt artikel 3 i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Vidare har barnrättskommittén slagit fast att under intagningen i vården ska barnet i största möjliga utsträckning tillförsäkras rättigheterna i barnkonventionen.¹⁰⁶

Alla barn i Sverige har rätt till bästa möjliga hälsa och sjukvård enligt artikel 24 i barnkonventionen. Rättigheten grundar sig på artikel 6, som är en av konventionens fyra grundprinciper.¹⁰⁷ Den slår fast att varje barn har en inneboende rätt till livet och att konventionsstaterna ska – till det yttersta av sin förmåga – säkerställa barnets överlevnad och utveckling. Med utveckling menas inte endast att förbereda barnet för vuxenlivet, utan också att konventionsstaterna ska erbjuda bästa möjliga förhållanden för barndomen i sig och barnets liv som pågår just nu.¹⁰⁸ Barns rätt till delaktighet i alla beslut som berör dem enligt artikel 12 gäller även vid

105 2 kap. 6 § regeringsformen (1974:152)

106 Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 4, p. 29.

107 Unicef, Handbok om barnkonventionen, s. 254.

108 Unicef, Handbok om barnkonventionen, s. 85.

tvångsvård, även om den här rättigheten i sammanhanget av naturliga skäl är komplicerad. Själva grunden för tvångsvård är i många fall att patienten mår så dåligt att han eller hon inte anses kunna fatta adekvata beslut om sitt eget bästa..

I den allmänna kommentaren nummer 4 lyfts också att ungdomar ska ha enkel tillgång till individuella system för klagomål och lämpliga mekanismer för upprättelse som garanterar rättvisa och rättssäkerhet med särskild hänsyn till personlig integritet enligt artikel 16 i barnkonventionen.¹⁰⁹

Redan vid införandet av den nuvarande lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)¹¹⁰ hade utredningar visat att omfattningen av tvångsinsatser varierat starkt mellan olika delar av landet, liksom mellan olika sjukhus och kliniker. Då konstaterades att både för den enskildes trygghet och utvecklingen av vården krävs ett effektivt rapporteringssystem som gör det möjligt att få en aktuell bild på området och kunna analysera tvångsvårdens omfattning och innehåll.¹¹¹

Barn som vårdas med tvång är utlämnade åt att de vuxna som bestämmer inom vården tillvaratar deras mänskliga rättigheter. Samtidigt befinner sig barnen i en livssituation där insynen är mycket begränsad. De samtal vi har haft med barn och unga visar vilken utsatt position många av dem befinner sig i. De beskriver hopplöshet och vanmakt, hur det känns att berövas information om vad som händer och vad som ska hända en, och om hur de ibland upplever behandlingen som bestraffning och övergrepp.

Eftersom tvångsvård innebär ett stort ingrepp i en persons integritet har förvaltningsdomstolarna en viktig uppgift att göra en avvägning mellan integritetskränkningen och nödvändig vård¹¹². Med utgångspunkt i vårt uppdrag att företräda barn och unga har vi granskat hur rättsprocessen fungerar utifrån förvaltningsrätternas domar i mål om tvångsvård.¹¹³ Domarna har meddelats mellan 1 juli 2012 till och med 30 juni 2013.

109 Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 4, p. 9.

110 Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

111 Prop. 1990/911:58.

112 Sjöström, S, Jacobsson, M, Hollander, A. Kollegialitet, terapi och medling: Expertgranskning i psykiatrimål. Sociologisk forskning, Vol. 39, 2002.

113 Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

Sakkunnig ifrågasätter sällan läkare

Individens rätt att få ett frihetsberövande prövat av en domstol fastslås i flera internationella konventioner. I barnkonventionens artikel 37 sägs att varje frihetsberövat barn ska ha rätt att få tillgång till såväl juridiskt biträde och annan lämplig hjälp som rätt att få lagligheten i sitt frihetsberövande prövad av en domstol eller annan behörig, oberoende och opartisk myndighet och rätt till ett snabbt beslut i saken. Dessutom betonar barnrättskommittén att det måste synliggöras hur barnets rätt att höras hanteras i praktiken inom olika områden. För att kunna bedöma om barnets rätt att komma till tals har haft någon betydelse vid tillämpningen, är det enligt barnrättskommittén viktigt att domstolen redogör för dessa bedömningar.¹¹⁴

Vår granskning av domar i LPT-mål visar att domstolar inte alltid redovisar barnets inställning till tvångsvården. I 15 beslut framgår att barnet har givits tillfälle men inte velat yttra sig. I 18 fall redovisas barnets inställning inte alls i domen. När barnets inställning redovisas är det vanligt att barnet motsätter sig tvångsvård. Detta framgår i ungefär hälften av besluten. De skäl som barnen då anger är ofta att de anser att deras vårdbehov kan tillgodoses på annat sätt. Det kan också handla om att de anser att den medicinska bedömningen är felaktig och att behandlingen gör deras problem värre.

Det ligger naturligtvis i sakens natur att den läkare som yrkar på tvångsvård har en uppfattning som ofta går stick i stäv med barnets egen vilja. I rättsprocessen har därför sakkunnig inom psykiatri en viktig uppgift att förse rätten med ett oberoende utlåtande. Meningen är att vetskapen om att ytterligare en läkare granskar ställningstagandet bidrar till större noggrannhet i processen.¹¹⁵ Men forskning visar att sakkunniga mycket sällan ifrågasätter läkarens yrkanden¹¹⁶ Detta bekräftas i vår granskning där sakkunnig endast förmedlar en avvikande uppfattning i två av 141 fall.

Forskning har pekat på att rättsprocessen på så sätt är problematisk.

114 Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 12.

115 Sjöström, S, Jacobsson, M, Hollander, A. Kollegialitet, terapi och medling: Expertgranskning i psykiatrimål. Sociologisk forskning, Vol. 39, 2002., s. 90.

116 Sjöström, S, Jacobsson, M, Hollander, A. Kollegialitet, terapi och medling: Expertgranskning i psykiatrimål. Sociologisk forskning, Vol. 39, 2002.

Förvaltningsrättens uppgift är att kontrollera psykiatrins makt att beröva patienter deras frihet. Men i praktiken har domstolarna blivit helt beroende av psykiatrin, vars uppdrag de ska granska. Vissa forskare menar att ”vad som nu skett är att psykiatrin genom sakkunnigs medverkan fått funktionen att legitimera [förvaltnings]rättens beslut att godkänna behandlande läkares ansökningar om tvångsvård”, vilket i förlängningen riskerar att begränsa domstolens möjligheter till rättsliga invändningar.¹¹⁷

Vården ska granskas

Enligt artikel 25 i barnkonventionen ska konventionsstaterna regelbundet granska den vård som de barn får som har omhändertagits av myndigheter för behandling av sin psykiska hälsa. Regelbunden översyn är en viktig garanti för barnets utsikter till största möjliga utveckling.¹¹⁸ Utöver barnets rätt till regelbunden översyn av sin behandling anser Barnombudsmannen att barn och unga måste få anpassad information om vart man vänder sig om man är missnöjd med vården eller tycker att man har blivit felaktigt behandlad. För att barnet ska kunna klaga på vården måste det finnas tydlig dokumentation om vad som legat till grund för ett beslut.

Våra samtal med barn och unga som har erfarenhet av tvångsvård och tvångsåtgärder visar att de upplever situationen olika beroende på vilken information de får och hur delaktiga de får vara i vården. Barn som vårdats tillsammans med vuxna inom vuxenpsykiatrin eller rättspsykiatrin vittnar om hur obehagligt de upplevt detta. Barn och unga som upplevt tvångsåtgärder betonar hur viktigt bemötandet är från personalen, inte minst när man som barn utsätts för tvångsåtgärder som att bli fastspänd med bälte. En del barn är kritiska mot att de har blivit utsatta för ett stort antal tvångsåtgärder och tycker att det sker för lätt. Användning av tvångsåtgärder som inte är tillåtna finns också med i några av barnens berättelser. Det kan handla om att vårdpersonalen

¹¹⁷ Sjöström, S, Jacobsson, M, Hollander, A. Kollegialitet, terapi och medling: Expertgranskning i psykiatrimål. Sociologisk forskning, Vol. 39, 2002, s.110.

¹¹⁸ Unicef, Handbok om barnkonventionen, s. 85.

gipsar armar i syfte att hindra barnet att skada sig själv, eller fastspänning med bälte som fått fortgå trots att skäl saknas.

Brister behöver åtgärdas

Barnombudsmannen är mycket kritisk till den ibland bristfälliga och emellanåt obefintliga dokumentationen av skälen till tvångsåtgärder som vår granskning av beslut om tvångsåtgärder synliggör. En fullständig dokumentation är viktig ur flera aspekter. Framför allt är den en förutsättning för insyn och möjlighet till fullständig granskning av hur tvångsåtgärder används inom barn- och ungdomspsykiatrin. Ur rättssäkerhetssynpunkt är det därför viktigt att tvångsåtgärder nogga dokumenteras.

Även JO har uttalat sig om vikten av dokumentation inom den psykiatriska tvångsvården. Eftersom tvångsåtgärder är myndighetsutövning, ställer det stora krav på dokumentationen. Det ska vara möjligt att överblicka och följa ett ärende som omfattar tvångsåtgärder. Därför bör det noteras i beslutsjournalen vid vilken tidpunkt en tvångsåtgärd påbörjats och när den avslutats. Tvångsåtgärderna ska dokumenteras på ett noggrant och enhetligt sätt.¹¹⁹

När det gäller barn, som vid flera tillfällen har blivit fastspända med bälte, saknas ibland uppgifter om skäl och hur länge de har varit fastspända. Vissa motiveringar är kortfattade, och det går inte att utläsa om kraven för att få genomföra tvångsåtgärden är uppfyllda. Vår genomgång av beslut om av tvångsåtgärder och domar väcker frågor om transparens kring vårdaktörernas användande av tvångsåtgärder och om oberoende kontrollinstansers möjligheter till insyn i processen. Tillsynsmyndigheten är beroende av tillförlitlig dokumentation för att kunna kontrollera att tvångsåtgärderna används på ett tillbörligt sätt. De brister i dokumentation som framkommer är därför helt oacceptabla.

Materialet visar vidare att dokumentationen av tvångsåtgärder och skälen för dessa uppvisar stora variationer. Vissa vårdenheter har längre motiveringar i journalerna, medan andra skriver korta motiveringar på

119 JO, protokoll, dnr 5231-2012.

särskilda blanketter. Ibland finns tidsangivelser för besluten, ibland inte. I det material som Barnombudsmannen tagit del av saknar vi till exempel motivering till nästan 30 fastspänningar för barnet som varit fastspänt över 90 gånger. I 16 av dessa fall saknas fullständiga tidsangivelser för hur lång tid som fastspänningarna har pågått. Vissa motiveringar är mycket kortfattade, och det går inte att utläsa om kraven för att få genomföra tvångsåtgärden är uppfyllda. Vår granskning av beslut om tvångsåtgärder visar på brister i dokumentationen. Konsekvensen blir att vi inte vet i vilken utsträckning tvångsåtgärder utförs och om de utförs enligt gällande bestämmelser.

När vi jämför antalet fastspänningar som framgår av den dokumentation som vi har tagit del av med uppgifterna i patientregistret noterar Barnombudsmannen att antalet fastspänningar mot barn bara under det andra halvåret 2012 till synes överstiger det antal som har rapporterats till patientregistret under hela året 2012.

Tvångsåtgärder är ett ingrepp i varje barns mänskliga rättigheter och ska utföras på ett sätt som överensstämmer med lagar och föreskrifter. De ska endast användas när de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden och då andra åtgärder är otillräckliga¹²⁰. Varje gång ett barn är fastspänt längre än tillåtet, eller en fastspänning i bälte får fortgå trots att det saknar stöd i lagen, är ett misslyckande som inte får förekomma. Tvångsåtgärder får aldrig användas rutinmässigt, utan behovet ska alltid bedömas från fall till fall utifrån de regler som gäller.

120 2 a § LPT.

Barnombudsmannens förslag

Oberoende barnombud

Barnrättskommittén har konstaterat att konventionsstaterna måste säkerställa att barn som är intagna i den psykiatriska vården har tillgång till en personlig företrädare som inte är en familjemedlem och som företräder barnets intressen när så är nödvändigt och lämpligt.¹²¹

Barnombudsmannen anser därför att det bör inrättas ett oberoende barnombud, som ska vara en självständig instans dit barn och unga som tvångsvårdats för psykisk ohälsa kan vända sig med eventuella klagomål på hur deras mänskliga rättigheter har tillgodosetts inom vården. Ombudet ska företräda barnet och kunna processa i domstol för att utverka skadestånd vid allvarliga missförhållanden.

Behövs ett barnrättsperspektiv

Barnombudsmannen är mycket kritisk mot att den lagstiftning som styr användningen av tvång i psykiatri saknar barnrättsperspektiv och inte gör åtskillnad mellan barn och vuxna. För att skapa ett tydligt regelverk som är anpassat till barn måste lagstiftningen

121 Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 4, p. 29.

och de tvångsmedel som får användas mot barn ses över. I en sådan genomlysning blir det också viktigt att analysera hur tvångsåtgärderna används mot barn, inte minst de stora skillnader som enligt patientregistret finns i hur tvångsåtgärder används mot pojkar och flickor.

Tvångsmedel ska användas som en sista utväg och i situationer där det krävs för att skydda barnets eller andras liv. Alla beslut om tvångsåtgärder ska gå att överklaga och barn måste få anpassad information om sina rättigheter. Tillsynsmyndigheten ska prata enskilt med barn och vara tillgänglig för barn. Det är dessutom nödvändigt att tillsynsmyndigheten får insyn i användandet av tvångsåtgärder, hur de tillämpas och i vilken omfattning de används. Det är då en förutsättning att dokumentationen är fullständig och likvärdig över landet.

Underrapporteringen till patientregistret är oacceptabel och innebär att samhället saknar heltäckande kunskap om hur och i vilken omfattning tvångsåtgärder används mot barn. Det är uppenbart att Socialstyrelsens föreskrifter inte är tillräckliga. Kravet på dokumentation och inrapportering av tvångsåtgärder måste förtydligas för att skapa likvärdighet. En tydligare lagreglering i exempelvis lag om hälsodataregister (1998:543) skulle markera hur viktigt det är att tvångsåtgärder dokumenteras och rapporteras in. Rapporteringsskyldigheten måste kopplas till sanktioner.

Vårdas med vuxna

Barn ska inte heller få vårdas tillsammans med vuxna, något som nu kan ske i den slutna vuxenpsykiatrin eller i den rättspsykiatriska vården.

Ingemar Engström: Med makt följer ett oerhört stort ansvar

Diskussionen om tvångsåtgärder har pågått länge. Men det etiska perspektivet på tvångsvården behöver stärkas. Vinsten med vården måste överväga.

Bland står livet på spel och man behöver bryta en destruktiv situation. Ett akut ingripande kan vara motiverat men måste snarast övergå i en behandlingssituation. Det menar Ingemar Engström, ordförande i Svenska Läkarsällskapets delegation för medicinsk etik, som specialiserat sig på etiska konflikter vid tvång i barn- och ungdomspsykiatri.

– Ju bättre behandling med en dokumenterad effekt man har att erbjuda, desto mer etiskt är det att fatta ett beslut om tvångsvård. Om man inte har något specifikt att

erbjuda är risken stor att det blir en inlåsning och inte mycket mer. Då måste man verkligen tänka sig för om vinsten är större än förlusten ur ett etiskt perspektiv, säger han.

– Den som gör ett

sådant här drastiskt ingripande mot barn har stor makt och med makt följer ett oerhört stort ansvar.

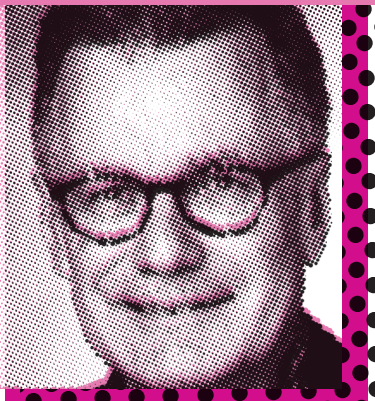
För att starta ett forskningsprojekt krävs en etisk analys som visar på avvägningen mellan risker och vinster. Detsamma borde gälla vid beslut om tvångsvård, anser Ingemar Engström.

Tydliga situationer som självmordsförsök och svåra psykosor är förhållandevis oproblematiske. Då handlar det om svårt sjuka barn och ungdomar som måste ha hjälp. Minst nio av tio allvarliga självmordsförsök är exempelvis betingade av depression som är ett behandlingsbart sjukdomstillstånd.

GRÅZONSTVÅNGET SKAPAR ETISKT DILEMMA

– Ett större problem är gråzonstvånget. Flickor med anorexi som inte äter och som behöver sondmatas. Eller de som har en oklar diagnos, mer strul än sjuk. Vad får vi göra och vad får vi inte göra?

► Ingemar Engström, ordförande i Svenska Läkarsällskapets delegation för medicinsk etik.



Kanske skulle fler vårdas enligt LPT för att undvika gråzonstvånget, menar Ingemar Engström. Det skulle i alla fall göra situationen tydligare för både patienten och personalen. Det är också först då vården går att överklaga.

– Är du svårt sjuk i anorexia nervosa och sondmatas mot din vilja har du inga rättigheter alls. Det finns inget att överklaga.

Det vanligaste argumentet för tvångsvård är att någon är så nedsatt i sin omdömesförmåga på grund av sjukdom att personen inte förstår vad som är bäst för honom eller henne. Då måste någon annan ta över. I detta kommer ändå en värdering till uttryck.

Diskussionen kring tvångsvård har främst handlat om LPT-beslut. Men viktigare är vad som händer när en person blivit tvångsomhändertagen. Innehållet i vården måste stå i fokus.

En stor brist är att tvångsvården ofta inte upplevs som meningsfull av patienterna. Det är inte heller uppenbart för patienten vad vården går ut på.

– Vården borde innehålla mer inslag som är medvetet planerade och med ett tydligt syfte.

Delaktighet är ett nyckelord i tvångsvården. Utan delaktighet blir det svårt att ta till sig vården, vittnar barn och unga om.

– Det är nog den vägen vi bör gå: Att patienten ges makt över sitt liv trots att han eller hon är tvångsomhändertagen.

En annan brist är att lagen om psykiatrisk tvångsvård inte är särskilt väl anpassad till vad barn har för bekymmer. Begreppet allvarlig psykisk störning pekar framför allt på psykostillstånd. Barn och ungdomar har ett delvis annorlunda sjukdomspanorama.

– Det är betydligt fler flickor som vårdas med tvång inom barn- och ungdomspsykiatrin. Vanligaste diagnosen är depressioner med självmordsbenägenhet och självskadebeteende, något av det svåraste vi har att handskas med.

UTLÄMNAD ÅT LÄKARNAS BEDÖMNING

Moa Kindström Dahlin, doktorand i allmän rättslära med fokus på psykiatrisk tvångsvård, menar att det är en speciell situation att tvinga barn som inte bestämmer över sig själva och där någon annan företräder personen.

– Idag är vi väldigt utlämnade till läkarnas bedömning av var gränsen går. Men det är farligt om vi låter godhetsambitioner styra.

Här kan juridiken fylla en viktig funktion genom att begränsa de goda avsikterna och tala om var olika gränser går. Juridiken skulle också skapa mer konsekvens – var man än sätter gränsen.

Psykiatrin är i många avseenden ett rättslöst område. Idag används ett antal behandlingsinsatser som medför ett indirekt tvång

Moa Kindström Dahlin: Utlämnad åt läkarnas bedömning

men som inte regleras som tvångsåtgärder i lagen, exempelvis sondmatning. Då är det upp till den behandlande läkaren att själv bedöma när det är nödvändigt av medicinska skäl.

Moa Kindström Dahlin anser att det är problematiskt när tolkningsutrymmet av lagen överlämnas till läkarna.

– Det är ett sätt att kringgå hela rättighetslagstiftningen. I ett rättssamhälle måste juridiken ange ramarna för tvång. Det ska vara tydligt reglerat, kontrollerbart och möjligt att överklaga.

Ur ett juridiskt perspektiv är det ett övergrepp när det inte finns lagligt stöd. Men frågan är naturligtvis mer komplex än så.

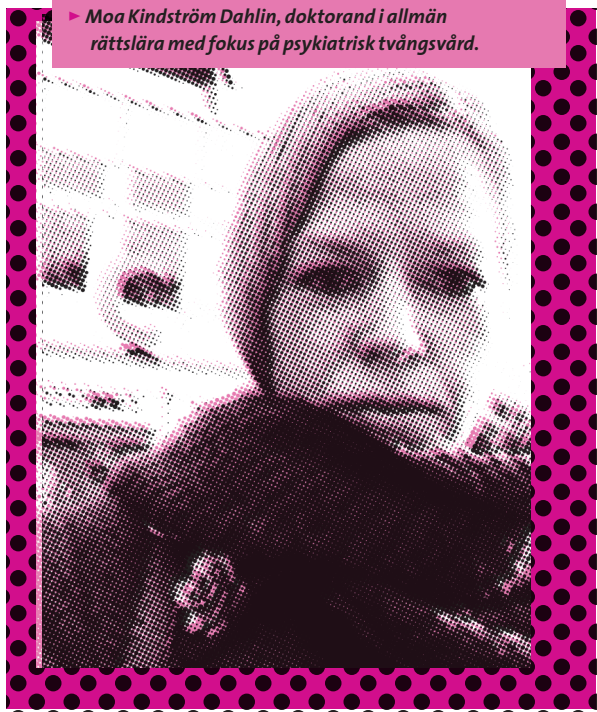
– När det gäller tvångsåtgärder inom psykiatri utgår vi från att alla vuxna skulle göra samma bedömning av var gränsen går för vad man får göra mot barn och vad de har för rättigheter.

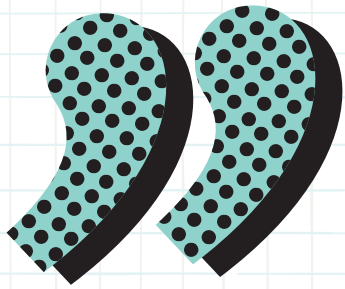
En del kanske tycker att man får använda vilket tvång som helst

för att bota eller göra goda vårdinsatser. Medan andra är mindre benägna att godta tvång mot barn.

– Det innebär att barn har olika skydd mot tvång beroende på de vuxnas bedömning. Vill vi ha det så, undrar hon retoriskt. ■

► Moa Kindström Dahlin, doktorand i allmän rättslära med fokus på psykiatrisk tvångsvård.





Värst av allt är den fruktansvärda upplevelsen av att inte kunna komma loss

Jag tänker mycket på bältesläggningarna och hur de påverkar mig varje dag. Istället för att minnena bleknar är det allt fler som kommer upp. De dyker på mig i drömmar, i vardagliga situationer, om jag ser på tv.

Jag får associationer som personer i min omgivning inte tänker på. Om någon säger: ”Vad tycker du om mitt nya bälte (skärp)?”, eller om någon frågar om alla i bilen har spänt fast säkerhetsbältena, stannar hela min värld. När jag åker bil kan det också kännas fruktansvärt jobbigt att sitta fastspänd och jag får obehagskänslor i hela kroppen.

När någon annan ungdom på mitt behandlingshem mår dåligt och skriker och blir fasthållen väcker det mycket minnen i mig från bältningarna. Om det är jag som blir fasthållen får jag sådan total panik att jag tror att jag är tillbaka i bältessängen på bup-akuten igen. Allting återupplevs och jag tappar greppet om verkligheten.

De vita väggarna i bältesrummet kommer tillbaka, precis som taket och den stora klockan. Jag hör mina egna skrik och känner lukten av personalens snus. Tydligast av allt är

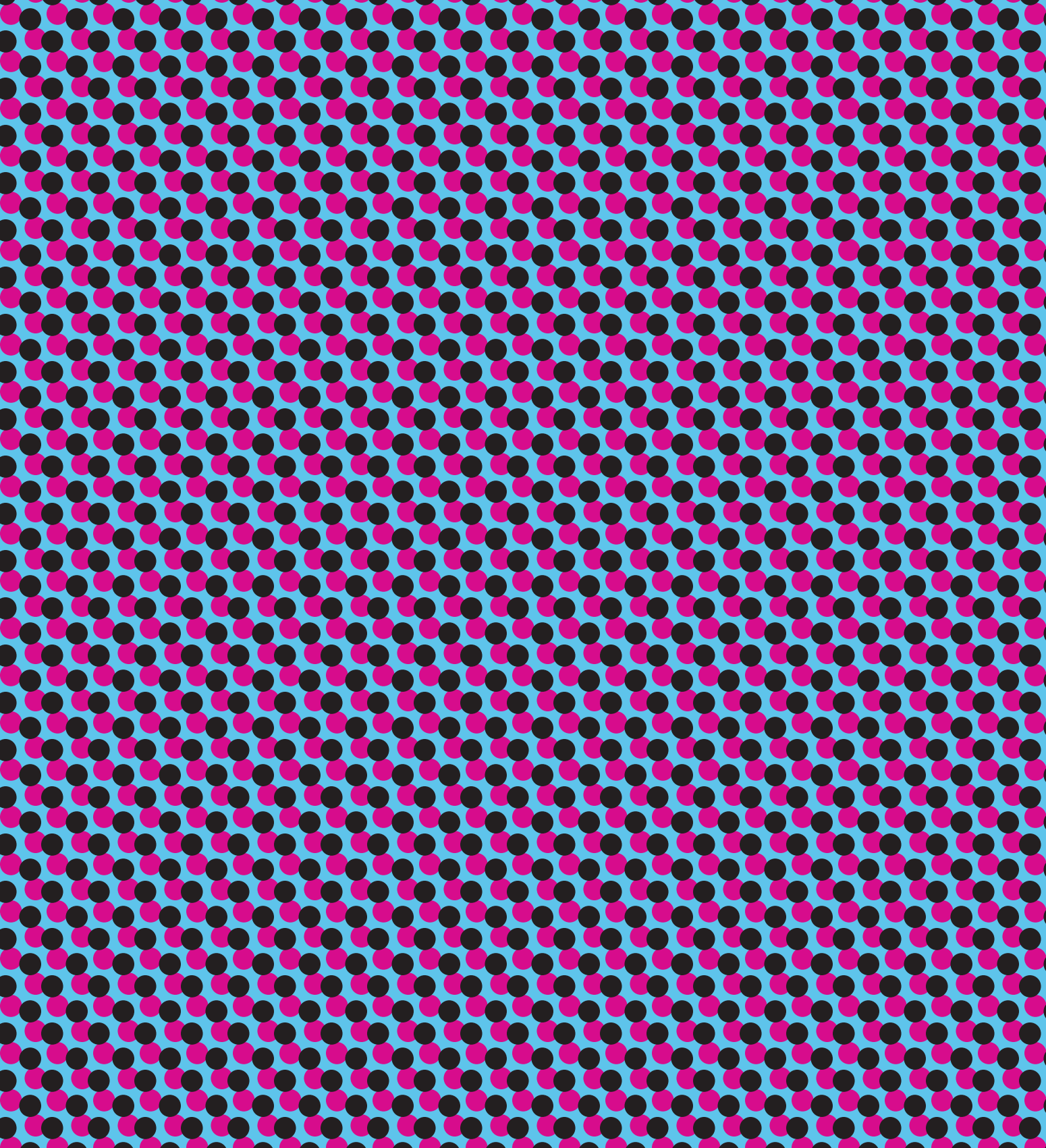
remmarna runt armar, ben och midja, och värst av allt är den fruktansvärda upplevelsen av att inte kunna komma loss.

Vissa dagar går jag runt som i en dimma av överklighetskänslor, med en upplevelse av att halva jag är i nuet och halva jag i bältesrummet. Jag känner personalens händer på min kropp. Andra dagar kan jag inte tänka på bältesrummet alls även om jag försöker, för minnet suddas ut och allt blir vitt.

Jag hatar det faktum att jag inte kan ta bort bältesläggningarna från mitt förflutna, och jag hatar att jag inte kan radera dem ur minnet. Det är väldigt svårt att acceptera dem, och det blir inte bättre trots att jag pratar öppet om dem med behandlingshemmets personal.

Att bältesläggningarna skulle leda till konsekvenser för mig längre fram var jag beredd på, men inte att de skulle bli så här stora.

Z.



Förslag till förändring

1

*Inrätta en barnlots i varje landsting/region. Det ska finnas **en** väg in i vårdkedjan för barn och unga som mår dåligt.*

2

Följ upp självmord bland barn. Det behövs mer kunskap om hur skydds nätet kan förbättras.

3

Lagstifta om barnets rätt till information och delaktighet i den psykiatriska vården. Utred hur barnets rätt till självbestämmande och integritet kan stärkas.

4

Tvångsvård och tvångsåtgärder i psykiatrin måste skilja på barn och vuxna och utgå från ett barnrättsperspektiv.

Barnombudsmannen föreslår

Det måste bli lättare för barn och unga som mår psykiskt dåligt att söka hjälp. Det är en av de fyra viktigaste slutsatserna som Barnombudsmannen drar efter våra möten med barn och unga med erfarenhet av psykisk ohälsa.

Vi har frågat vad som behöver göras för att barn och unga som mår psykiskt dåligt ska få sina rättigheter tillgodosedda. Barnen har berättat om svårigheterna med att få hjälp och om den skamkänsla som finns kring psykisk ohälsa. Vi har också fått veta att när barnet upplever brister i lyhörddhet, information och dialog från vårdens sida leder det ibland till att vårdinsatser inte påbörjas eller avbryts. En del barn och unga med erfarenhet av tvångsvård och tvångsåtgärder har haft funderingar kring omfattningen av tvånget och hur åtgärderna har genomförts.

Mot bakgrund av detta och utifrån våra kompletterande granskningar vill Barnombudsmannen se följande förändringar:



*Inrätta en barnlots i varje landsting/region.
Det ska finnas **en väg in i vårdkedjan för barn och unga som mår dåligt.***

Flera av de barn vi har träffat beskriver svårigheter med att tidigt få hjälp för psykisk ohälsa. Trösklarna att ta sig över är höga. Barn berättar om en tystnad och ett stigma som gör det svårt att prata om psykisk ohälsa. Men också om vård som inte alltid är tillgänglig för barn. Vem som gör vad i vårdkedjan är också svårt att förstå ibland. Barn i behov av stöd och behandling berättar om hur de bollats mellan olika verksamheter inom kommun och landsting.

Många landsting har gjort stora ansträngningar för att korta köerna till BUP. Det är bra, men barnens berättelser visar att hindren är många innan ett barn ens hamnar på en väntelista.

2

Barnombudsmannen föreslår därför att alla landsting/regioner säkerställer att det finns en lätt väg in för barn och unga som mår dåligt psykiskt. Det kan beskrivas som en barnlots, som ansvarar för att barn får tillgång till vård och stöd efter behov. Barnlotsen ska vara känd bland barn och unga, vara lätt tillgänglig för dem, ha förmåga att lyssna till barn och unga och följa upp att barn och unga får rätt stöd. Elevhälsan har också en viktig roll att spela för att tidigt möta barn och unga som har frågor om sin psykiska hälsa. Skolans huvudmän, kommuner eller friskolor, måste säkerställa att elevhälsan är tillgänglig på alla skolor och har ett arbetssätt som sänker trösklar för barn som behöver stöd och råd.

Följ upp självmord bland barn. Det behövs mer kunskap om hur skydds nätet kan förbättras.

Sedan början av 1990-talet har självmorden minskat i alla åldersgrupper, utom i den yngsta. Det är djupt oroande. Få länder inom EU visar en liknande utveckling. I Sverige saknas också en djupgående kunskap om situationen för de barn som fullbordar sina självmord.

Ska vi förstå vad vuxenvärlden missar krävs samverkan och information från flera olika myndigheter. Idag är det inte möjligt eftersom myndigheter har sekretess gentemot varandra. De olika myndigheterna utreder för sig: skola, hälso- och sjukvård, socialtjänst, polis med flera instanser. Ingen ser helhetsbilden och alla riskerar därför att missa de brister i samverkan som kan ha varit avgörande när barnets desperata situation gått alla förbi.

Barnombudsmannen föreslår att regeringen utvidgar dödsfallsutredningarna enligt Lex Bobby till att omfatta barn som tar sitt eget liv. Enligt vår mening bör inte bara personer i myndighetsvärlden intervjuas, utan nyckelpersoner i den drabbade personens närhet bör också ges möjlighet att få komma tills tals. Utredningar av barns självmord skulle ge oss kunskap om vad det är vuxenvärlden missar. Luckor i samverkan kan täppas till och brister kan åtgärdas.¹²²

122 Malmberg, F., Landberg, Å. Utvidga Lex Bobby till att omfatta barns självmord. DN Debatt 2013-04-06

3

Lagstifta om barnets rätt till information och delaktighet i den psykiatriska vården. Utred hur barnets rätt till självbestämmande och integritet kan stärkas.

Barn med erfarenhet av psykisk ohälsa berättar hur viktigt det är att få information och att få bli delaktig i sin egen vård. Barn som inte fått information om vad vården går ut på, känt sig negligerade eller blivit dåligt bemötta beskriver hur de har tappat hoppet om att få hjälp. I en del fall har behandlingsinsatsen påverkats starkt negativt. Det finns också berättelser om hur vården kan brista i respekt för barnets behov av integritet, självbestämmande och skydd gentemot vårdnadshavare.

Lagstiftningen som styr den psykiatriska vården saknar skrivningar om barns specifika behov och rättigheter. Barnombudsmannen anser att det måste tydliggöras särskilt att barn har rätt till information, delaktighet och inflytande.

Barn ska ges möjlighet att tala om sin situation utan att vårdnadshavare närvarar. Frågor som rör barnets självbestämmande, barnets rätt till integritet och sekretess gentemot vårdnadshavare är viktiga men komplexa. Barnombudsmannen anser att det krävs en särskild utredning som granskar hur barnets rättigheter i dessa avseenden kan stärkas.

Barnombudsmannen föreslår också att landstingen utvecklar former för inflytande särskilt riktade mot barn och ungdomar.

4

Tvångsvård och tvångsåtgärder i psykiatrin måste skilja på barn och vuxna och utgå från ett barnrättsperspektiv.

Barn och unga med erfarenhet av tvångsvård och tvångsåtgärder berättar att de upplever situationen olika beroende på vilken information de får och hur delaktiga de får vara i vården. De lyfter också fram hur viktigt det är med personalens bemötande, inte minst när man som barn utsätts för tvångsåtgärder som att bli fastspänd med bälte. En del barn är kritiska mot att de har blivit utsatta för ett stort antal tvångsåtgärder och tycker det sker för lätt. Användning av tvångsåtgärder som inte är tillåtna finns också med i några av barnens berättelser. Barn som har tvångsvårdats med vuxna har upplevt det som mycket obehagligt.

Barnombudsmannen har mot bakgrund av det barnen berättat även granskat beslut om tvångsåtgärder. Vår granskning visar att antalet fastspänningar av barn bara under det andra halvåret 2012 överstiger det antal som har rapporterats till patientregistret för hela 2012. Detta trots att det är ett krav enligt föreskrifter från Socialstyrelsen att rapportera in tvångsåtgärder som exempelvis fastspänning. Underrapporteringen innebär att beslutfattare ges en felaktig bild av hur utbredd användningen av tvångsåtgärder mot barn är. Dokumentationen är också bristfällig. När det gäller barn, som vid flera tillfällen har blivit fastspända med bälte, saknas ibland motiveringar och uppgifter om hur länge de har varit fastspända. Vissa motiveringar är kortfattade, och det går inte att utläsa om kraven för att få genomföra tvångsåtgärden är uppfyllda.

Bristerna i inrapportering och i dokumentation är helt oacceptabla. Det är uppenbart att Socialstyrelsens föreskrifter inte är tillräckliga. Kravet på dokumentation och inrapportering av tvångsåtgärder måste förtydligas i lag för att skapa likvärdighet. En tydligare lagreglering skulle markera hur viktigt det är att tvångsåtgärder dokumenteras och inrapporteras. Rapporteringsskyldigheten måste kopplas till sanktioner.

Barnombudsmannen är också kritisk till att den lagstiftning som styr användningen av tvång i psykiatri saknar ett barnrättsperspektiv och inte gör åtskillnad mellan barn och vuxna. Lagstiftningen och de tvångsmedel som får användas mot barn bör därför ses över särskilt i syfte att skapa ett tydligt regelverk som är anpassat till barn. Tvångsmedel ska användas som en sista utväg och i situationer där det krävs för att skydda barnets eller andras liv.

Barn ska inte heller få vårdas tillsammans med vuxna, något som nu kan ske i den slutna vuxenpsykiatri eller i den rättspsykiatriska vården. Alla beslut om tvångsåtgärder ska gå att överklaga och barn måste få anpassad information om sina rättigheter. Tillsynsmyndigheten ska prata enskilt med barn och vara tillgänglig för barn. Det bör också inrättas ett oberoende barnombud som ska vara en självständig instans dit barn som tvångsvårdas kan vända sig med frågor och eventuella klagomål. ■

Barns råd till andra barn

De barn vi har träffat under vårt arbete har själva kommit med råd till andra barn som mår dåligt psykiskt. Råden är: sök hjälp, ge inte upp och prata om det!

Sök hjälp!

Flera barn och ungdomar uppmanar andra barn att söka hjälp och betonar att det är okej att göra det. ”Jag skulle be dom att söka hjälp. Jag skulle förklara hur jag själv mådde och så där, och att det blir mycket bättre om man får hjälp”, berättar Mira. Elise har samma uppfattning: ”Det blir inte bättre av att ha det inom sig, det gör det bara värre.”

Ge inte upp!

Flera av barnen beskriver att det kan ta tid innan man hittar rätt hjälp och att vägen dit kan vara lång. Samtidigt berättar de att när man väl hittar rätt hjälp är det värt mödan: ”Fortsätt att prata om det med vuxna människor, stäng inte in dig, för till slut kommer någon att lyssna”, säger Lova. Lukas håller med: ”Märker man att det inte fungerar från första början så får man fortsätta jaga. Ja, byt person direkt om det inte klickar. Se till att få en lösning fort.”

Prata om det!

Många av barnen menar att det inte är lätt att klara av situationen på egen hand och att det hjälper om man pratar om den med någon: ”Det är svårt att klara av det själv, även om man verkligen vill det”, berättar en flicka. Även Viktor rekommenderar andra barn att prata om sin situation med någon: ”Det hjälper inte att vara tyst, man måste prata om det. När man väl pratar om det så blir det mycket bättre.”

Viktiga aktörer

När du som barn mår dåligt
kan du hitta information via
Vårdguiden 1177.se
www.umo.se
eller din kommuns webbplats

Skolan

Här finns det ofta kurator och skolsköterska. Prata med dem om du har frågor eller funderingar om hur du mår. Behöver du någon slags behandling kan de hjälpa dig vidare.

Ungdomsmottagningen

Hit kan du gå utan att beställa tid. Det finns alltid en kurator om du behöver någon att prata med. Kanske för att du känner dig orolig, deprimerad eller stressad, eller har svårt för att äta. Du kan också få hjälp att komma i kontakt med BUP eller andra specialister.

Vårdcentralen

Här finns det främst läkare som behandlar fysiska problem. De kan hjälpa dig att komma till en kurator eller psykolog.

Bup öppenvård

Bup finns i nästan alla kommuner. På deras mottagningar finns psykologer, psykoterapeuter och vårdpersonal. Ring och fråga om hur du kan få hjälp med just dina problem.

Bup specialistverksamheter

Bup har ofta också särskilda mottagningar där du kan få behandling för specifika problem. Det kan handla om ätstörningar, självskadebeteende, tvångstankar och olika typer av diagnoser.

Bup slutenvård

Nästan alla landsting har en klinik med några sängplatser för barn med allvarliga psykiska problem. Exempelvis djupa depressioner och självmordsförsök. Här kan du som behöver vård dygnet runt för en tid bli inlagd.

Socialtjänsten

Här kan du få hjälp med problem som är kopplade till din familjesituation. Du kanske mår dåligt för att du inte har det bra hemma.

Många barn och unga med psykisk ohälsa upplever att de är brickor i ett spel, där någon annan sätter spelreglerna och flyttar deras pjäser.



BARNOMBUDSMANNEN
Box 22106, 104 22 Stockholm
Besök Norr Mälärstrand 6
08-692 29 50
info@barnombudsmannen.se
www.barnombudsmannen.se