

Stora variationer i omfattning av psykiatrisk tvångsvård

TRENDEN ÄR DENSAMMA INTERNATIONELLT OCH REGIONALT I SVERIGE

Psykiatrisk tvångsvård regleras i de flesta länder i en speciell lagstiftning. I traditionella samhällen utan formell lagstiftning förekommer tvång regelmässigt i form av att man låser in eller binder fast svårt psykiskt sjuka. I de olika lagstiftningar som finns motiveras tvånget antingen av vårdbehov hos den psykiskt sjuka eller av behov att hantera en farosituation (farlighet/risk); i vissa länder motiveras det av en kombination av risk och vårdbehov.

Den svenska lagstiftningen bygger i första hand på ett bedömt vårdbehov hos patienten, men när det gäller konverteringen från frivillig vård som ineliggande till tvångsvård utgör bedömd fara för patienten eller omgivningen ett nödvändigt kriterium.

Tvångsvård uppfattas som problematisk både etiskt och ur rättssäkerhets-synpunkt med tanke på den moderna synen på mänskliga rättigheter. Tvångsvård finns internationellt reglerad i bl a FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter från 1976 och europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna från 1953.

I Sverige liksom i de flesta välfärdsstater i världen pågår i stort sett ständigt en dis-



Lars Jacobsson, professor emeritus, Umeå

• lars.jacobsson@umu.se

kussion om tvångsvården, dess berättigande och möjligheterna att reducera tvånget.

Skillnader i internationell studie

Lancet Psychiatry publicerade nyligen en studie av tvångsvården i 22 europeiska länder samt Australien och Nya Zeeland [1]. Utgångspunkten var att tvångsvården ökat i omfattning i Eng-

land under senare år trots en relativt ny lagstiftning med ambitionen att minska vårdtvånget.

I studien ville man undersöka omfattningen av tvångsvård i dessa länder och i vad mån tvångsvården ökat eller minskat under 2000-talet. Man ville också undersöka om skillnader i lagstiftning och vårdens organisation och andra socioekonomiska förhållanden skulle kunna förklara de skillnader som finns. Data insamlades från relevanta myndigheter i de olika länderna för perioden 2008-2017.

Vad gäller omfattningen av tvångsvården fann man en tjugofaldig skillnad mellan länderna med den lägsta omfattningen av tvångsvård, Italien och Portugal, och länderna med den högsta, Österrike och Tyskland. Tvångsvårdsstalet i Italien 2015 var 14,5/100 000 invånare och år och i Österrike 282/100 000. I England, Frankrike, Spanien och Holland ökade omfattningen av tvångsvård under perioden, medan den var relativt stabil i de nordiska länderna.

Svårt att förklara skillnaderna

Vad gäller lagstiftningen skiljer sig länderna så att vårdtvånget i hälften av länderna motiveras av farlighetsrekvisitet. När det gäller den som kan fatta beslut om tvångsvård skiljer sig länderna också åt. I ungefär en tredjedel av länderna är det någon rättslig representant, domare/borgmästare, som kan fatta beslutet, medan beslutet i de flesta andra länder (liksom Sverige) fattas av psykiater. Polisen har i de flesta länder också möjlighet att omhänderta psykiiskt sjuka.

När författarna försökte analysera i vad mån skillnader i lagstiftning kan förklara de stora skillnaderna i tvångsvårdens omfattning fann de inget säkert mönster.

Inte heller såg de några tydliga samband mellan tvångsvård och socioekonomiska och vårdorganisatoriska faktorer. De fann en viss evidens för att tvångsvård var positivt associerad med tillgången till psykiatriska vårdplatser, högre satsning på hälsovård och större andel av utrikesfödda personer i populationen.

I alla länder finns olika typer av rätts-säkerhetsmekanismer inbyggda i lagstiftningen, tex rätten att överklaga tvångsvården till någon form av domstol.

Andra studier ger i stort samma resultat

Sammanfattningsvis konstaterade författarna att det finns mycket stora skillnader i tvångsvårdstalen mellan länder-

»Det finns anledning att diskutera en del inslag i vår nuvarande tvångsvårds-lagstiftning ...«

na i Europa och att det finns stora svårigheter att göra jämförelser mellan olika länder eftersom rapporteringen inte är likartad i länderna och många gånger opålitlig.

Man har inte heller räknat in den grupp som döms till någon form av rättspsykiatrisk vård och inte heller till fängelserna i många länder fylls av psykiskt sjuka som gör sig skyldiga till brott.

Andra studier av tvångsvård i olika länder kommer i stort fram till samma slutsatser [2, 3].

Stora regionala skillnader i Sverige

Även i Sverige finns stora regionala skillnader i tvångsvården. Enligt Socialstyrelsens databas vårdas ca 12 000 personer årligen enligt lag om psykiatrisk tvångsvård

HUVUDBUDSKAP

- Det finns stora skillnader internationellt i den psykiatriska tvångsvårdens omfattning. Skillnaderna tycks vara oberoende av indikationerna för tvångsvård, vårdbehov eller farlighet och vem som beslutar: domare eller psykiater.
- Det finns även stora skillnader i omfattningen av tvångsvård i Sverige, trots samma lagstiftning.
- Det är inte lagändringar som ska minska behovet av tvångsvård utan vårdens praktik.
- Det finns skäl att forska om våra tvångsvårdslagar.



Foto: Shutterstock/TT

De regionala skillnaderna i omfattningen av psykiatrisk tvångsvård är stora i landet. Lagstiftningen är densamma, så sannolikt handlar det om olika tradition och praxis.

(LPT) och 1 600 enligt lag om rättspsykiatrisk vård (LRV).

När det gäller vård enligt LPT är könsfördelningen jämn. Stockholms län redovisar det högsta antalet patienter som vårdas enligt LPT (152/100 000 invånare) och Värmland det lägsta antalet (50/100 000 invånare). Även Gotland och Örebro har låga tal, medan Norrbotten har 140/100 000.

När det gäller antalet patienter som vårdas enligt LRV är statistiken mycket mer osäker, men i hela riket anges 29/100 000 invånare, och männen dominerar med 80 procent av alla vårdade.

När det gäller tvångsvård i öppen vård vårdas 11/100 000 invånare i riket. Norrbotten ligger högst med 38/100 000 invånare och Värmland och Kalmar ligger lågt med 3/100 000.

För närvarande pågår en översyn av inrapporteringen beträffande tvångsvård och tvångsåtgärder i vården. Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag till en gemensam journalmall för hela landet så att registreringen av tvångsvården blir likartad [4].

När det gäller bakgrunden till skillnaderna mellan landstingen finns ingen säker analys, men sannolikt handlar det om tradition och praxis på de olika klinikerna i landet, eftersom lagstiftningen är densamma.

Viktigt och möjligt att minska behovet

Tvångsvården måste ske med största respekt för personen ifråga och hens integritet. Avgörande för vårdens legitimitet är ett gott bemötande. Det är också viktigt och fullt möjligt att minska behovet av tvångsvård genom tidiga insatser i öppen

och slutna vård och ökad tillgänglighet i såväl barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri.

Bekymmersamt är det omfattande behovet av tvångsåtgärder när det gäller barn och unga med svåra åtstörningar och självskadebeteenden, särskilt flickor. Här behövs definitivt mer forskning och utvecklingsarbete för att förbättra vården och minska stigmatiseringen.

Lagstiftningen behöver diskuteras

Vår nuvarande tvångsvårdslagstiftning bygger på synen att vårdtvånget är ett undantag från frivillighetsprincipen och därför ska minimeras så mycket som möjligt. Lagstiftningen bortser i stort sett från tvångsvårdens mera långsiktiga betydelse som stöd för en patient med begränsad insikt. Bestämmelsen om öppen psykiatrisk tvångsvård, ÖPT, var tänkt för detta men den medger inte tvångsåtgärder i öppen vård och möjliggör inte heller intagning av patienter som inte följer föreskrifterna.

Det finns anledning att diskutera en del inslag i vår nuvarande tvångsvårdslagstiftning, som sannolikt bidrar till att lagarna om tvångsvård tillämpas olika vid landets psykiatriska kliniker. Farlighetsrekvisitet vid konvertering är ett sådant. Det bidrar sannolikt till stigmatiseringen av psykiskt sjuka som potentiellt farliga och uppfattas också av många psykiatrer som diskriminerande. Varför ska frivilligt intagna som försämrats behöva bedömas som farliga för att få nödvändig vård?

När konverteringsmöjligheterna infördes var förslaget ursprungligen att samma regler som vid andra beslut om tvångsvård skulle gälla.

Ett annat grundproblem är synen på tvånget som ett undantag. Tvånget skulle kunna byggas på principen om presumerat samtycke som sjukvården tillämpar i många situationer då en person på grund av sjukdom/skada inte kan lämna ett informerat samtycke till vård. Det är stor skillnad att genomföra tvångsvård om den ses som ett undantag eller som en självklarhet i vissa situationer.

LVM borde vara överspelad

När lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) tillkom sågs alkohol- och narkotikamissbruk som ett socialt problem, som skulle skötas av Socialtjänsten. Men alkohol- och narkotikamissbruk uppfattas numera allmänt som sjukdomstillstånd. En konsekvens av detta skulle vara att miss-

bruksvården sköttes av psykiatrin, som alla andra psykiska sjukdomstillstånd, och då skulle LVM vara överspelad. LVM-vården sköts dessutom inte av Socialtjänsten själv utan av Statens institutionsstyrelse.

Socialtjänsten administrerar alltså en vård som man inte har någon kontroll över eller närmare kunskap om.

LRV principiellt intressant

Lagen om rättspsykiatrisk vård är principiellt intressant, eftersom den avviker från det synsätt som dominerar internationellt: att svårt psykiskt sjuka som begår brott inte är tillräkneliga och därför inte ska dömas. I Sverige uppfattas man som i grunden ansvarig och döms för brottet, men påföljden blir rättspsykiatrisk vård.

Inget politiskt intresse

Det finns för närvarande inget politiskt intresse av att i grunden revidera våra nuvarande tvångsvårdslagar. Men det finns tillräckligt många skäl att diskutera ändamålsenligheten i lagstiftningen. Några borde ta sig an att forska om såväl de humanistiska, medicinska och psykiatriska förutsättningarna för tvångsvård av psykiskt sjuka som de legala förutsättningarna.

Då borde man också se på hela bilden av tvånget i vården, inklusive tvånget i öppenvård och LVM. LPT och LVM tillkom under en period då klimatet präglades av starka antipsykiatriska stämningar.

Systemet med gode män och framför allt förvaltare är också en form av omvårdnadstvång, där det däremot finns ett politiskt intresse att se över lagstiftningen. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FR9P

REFERENSER

1. Sheridan Rains L, Zenina T, Dias MC, et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(5):403-17.
2. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry*. 2004;184:163-8.
3. de Stefano A, Ducci G. Involuntary admission and compulsory treatment in Europe: an overview. *Int J Ment Health*. 2008;37:10-21.
4. Förbättrad uppföljning av tvångsvården. Alternativa metoder för att samla in data. Stockholm; Socialstyrelsen; 2018. Artikelnr 2018-12-32.