Det diffusa tvånget

Patienters upplevelser av öppen tvångsvård

Socialstyrelsen

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

Artikelnr 2012-1-35

Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2012

Förord

Socialstyrelsen vill med den här rapporten uppmärksamma hur människor i särskilt utsatta situationer behandlas. Utgångspunkten är att ge en röst åt människor i öppen psykiatrisk tvångsvård att själva få berätta hur de upplever den nya vårdformen.

Öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård infördes den 1 september 2008 och syftar bland annat till att underlätta utslussningen av patienter som vårdas med sluten tvångsvård men som inte längre är i behov av slutenvård.

Studien har genomförts av Stefan Sjöström, Umeå Universitet, som har intervjuat patienter i öppen tvångsvård på uppdrag av Socialstyrelsen. Intervjuerna är ett av underlagen till rapporten ”Insatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar – Kommunernas användning av stimulansbidrag 2007-2010”.

Rapporten vänder sig till flera grupper:

- Politiker och ledningsansvariga i kommun och landsting
- Personer som arbetar med patienter i tvångsvård
- Patient-, brukare och anhörigorganisationer
- Medborgare

Socialstyrelsen hoppas att resultaten från rapporten ska stimulera till diskussioner om situationen för patienter i öppen tvångsvård i kommuner och landsting.

Eva Wallin
Enhetschef

Innehåll

Förord ***3***

Författarens förord ***7***

Sammanfattning ***8***

Allmän inställning till den öppna tvångsvården 8

Kännedom om rättsliga regler 9

Negativa upplevelser 9

Särskilda villkor 9

Vetenskaplig kunskap om öppen tvångsvård är begränsad ***11***

Den internationella forskningen av öppen tvångsvård 11

Studier om patienters upplevelse av öppenvårdstvång är sällsynta 12

Uppdraget ***13***

Syfte 13

Lagstiftning om öppen psykiatrisk tvångsvård 14
Öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) **14**
Öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV) **15**

Metod 16
Urval **16**
Genomförande av intervjuer **17**
Analys av data **18**
Material **18**
Forskningsetiska överväganden **19**

Upplevelser av öppen psykiatrisk tvångsvård ***20***

Allmän inställning till tvångsvården 20
Patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård **20**
Patienter i öppen rättspsykiatrisk vård **22**

Kännedom om rättsliga regler 23
Patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård **23**
Patienter i öppen rättspsykiatrisk vård **23**

Särskilda villkor 24
Patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård **24**
Patienter i öppen rättspsykiatrisk vård **24**

Samordnad vårdplan 25
Patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård **25**
Patienter i öppen rättspsykiatrisk vård **26**

Negativa upplevelser 26
Patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård **26**
Patienter i öppen rättspsykiatrisk vård **27**

Följsamhet och tvång 28

Patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård **28**
Patienter i öppen rättspsykiatrisk vård **29**
Övrigt 30
Diskussion ***31***
Allmän inställning till tvångsvården 31
Slutsats **32**
Kännedom om rättsliga regler 32
Slutsats **34**
Negativa upplevelser 34
Slutsats **34**
Följsamhet 34
Slutsats **35**
Referenser ***37***

Författarens förord

I arbetet med rapporten har jag varit beroende av hjälp från ett stort antal personer. Personer med olika funktioner i flera landsting och kommuner har hjälpt mig att finna och kontakta intervjupersoner. Många har lagt ner mycket tid på detta, vilket jag är tacksam för.

Nina Frohm på Socialstyrelsen har varit viktig för att diskutera praktiska aspekter av datainsamlingen och har även bidragit med synpunkter på innehållet i rapporten. Mina kollegor Urban Markström och Liv Zetterberg vid Institutionen för socialt arbete vid Umeå universitet har bidragit med värdefulla synpunkter som förtydligat och skärpt analyserna.

Det viktigaste i denna rapport kommer från de patienter som generöst berättat om sina upplevelser av den öppna tvångsvården och ibland även återgivit situationer och erfarenheter som varit känsliga eller jobbiga. Utan deras öppenhet hade inte rapporten varit möjlig och jag är skyldig ett stort tack till dem som tagit sig tid att samtala med mig.

Det är en grannlaga uppgift att skriva en text som presenterar andras upplevelser och erfarenheter. Även om jag själv måste stå för analyserna hoppas jag att de som intervjuats tycker att jag gjort rättvisa åt deras berättelser.

Umeå 2011-09-12

Stefan Sjöström

Sammanfattning

Rapporten är genomförd på uppdrag av Socialstyrelsen i samband med myndighetens uppföljning av införandet av öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) och öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV). Dessa nya former av tvångsvård infördes den 1 september 2008 och syftar bland annat till att underlätta utslussningen av patienter som vårdats med sluten tvångsvård som inte längre är behov av slutenvård.

Syftet har varit att undersöka patienters upplevelser av öppen tvångsvård utifrån tre frågeställningar:

1. Vilken är patientens vardagliga upplevelse av öppen psykiatrisk tvångsvård?
2. Vilken skillnad gör öppen psykiatrisk tvångsvård jämfört med andra vårdformer?
3. Vad gör patienter följsamma mot de särskilda villkor som ställs upp för vården?

Totalt har 21 kvalitativa intervjuer genomförts, vara nio patienter överförda enligt öppen psykiatrisk tvångsvård och tolv patienter överförda enligt öppen rättspsykiatrisk vård.

Allmän inställning till den öppna tvångsvården

När det gäller patienters allmänna inställning till den öppna tvångsvården är det svårt att isolera upplevelser av just öppenvårdstvånget från ett bredare sammanhang av annan tvångsvård liksom vården och livssituationen i stort. Det dominerande intrycket är en relativ likgiltighet, även om det finns enstaka individer som är antingen starkt negativa eller starkt positiva till tvångsvården. Den jämförelsepunkt som ligger närmast till hands för de intervjuade är sluten tvångsvård, och mot den bakgrunden uppfattas den öppna tvångsvården som positiv och friare. När det gäller patienter på öppen psykiatrisk tvångsvård, som per definition inte uppfyller rekvisiten för sluten tvångsvård, framstår dock denna jämförelse inte relevant. Om man bortser från de positiva upplevelser som bygger på en felaktig förståelse av vårdens förutsättningar blir slutsatsen av intervjustudien att patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård inte identifierar några fördelar med öppen tvångsvård.

För patienter i öppen rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning är det på grund av annorlunda rättsliga förutsättningar mer relevant att jämföra öppenvården med slutenvård, varför de upplevda positiva erfarenheterna av öppen rättspsykiatrisk vård kan ses som en faktisk fördel. Ett annat fynd är att flera av patienterna vistas på boenden som har en stark institutionsliknande karaktär där situationen endast marginellt skiljer sig från

sjukhusvård. För denna grupp ter sig beteckningen ”öppen” tvångsvård missvisande.

Kännedom om rättsliga regler

I fråga om kännedom om rättsliga regler har många patienter en oklar bild av vad som gäller i deras fall. De flesta kan inte redogöra för de särskilda villkor som är centrala för den öppna tvångsvården. I viss mån kompenseras detta av att patienterna själva skaffar sig information vid behov, till exempel genom att konsultera domar. Bristerna i förståelse kan i mycket liten utsträckning förklaras utifrån patienternas hälsotillstånd. En delförklaring till att patienter inte kan redogöra för vilka regler som gäller för dem kan vara att lagarna i sig är utformade på ett sätt som framstår som otydligt. Benämningen tvångsvård kan till exempel framstå som missvisande när vårdgivarna de facto inte har några tvångsmedel att vidta utan att patienten återintas i slutenvård.

En viktigare förklaring är att patienter inte får tillräcklig information från vårdgivarna. Patienter har inte i någon större utsträckning kritiserat vården för bristande information, men givet den integritetskränkande naturen av all tvångsvård är det inte acceptabelt att patienter inte informeras på ett mer utförligt sätt. Patienters bristande förståelse av regelverket måste också beaktas i tolkningen av deras allmänna värdering av tvångsvården. Det kan inte uteslutas att patienter skulle vara mer kritiska till vården om de hade en bättre förståelse för regelverket. Det finns alltså ett tydligt behov av att förbättra informationen till patienter under öppen tvångsvård.

Negativa upplevelser

Med avseende på negativa upplevelser är det positivt att inget i materialet tyder på allvarliga fall av kränkningar eller maktmissbruk. När det gäller negativa erfarenheter i bredare bemärkelse finns det några få patienter som är starkt kritiska mot tvångsvården i stort och nästan alla kan berätta om negativa upplevelser. Många berättar om en allmän obehagskänsla av att leva under tvång. Det torde vara svårt att undanröja sådana upplevelser, då de är uttryck för en faktisk verklighet som väcker obehag hos människor i allmänhet. Det förekommer också negativa synpunkter på medicinering. Några patienter i öppen rättspsykiatrisk vård är kritiska mot att de underkastas förbud mot att alls smaka alkohol.

Särskilda villkor

Frågan om patienters följsamhet till särskilda villkor är komplicerad och det förefaller finnas flera orsaker till att patienter i stor utsträckning följer de villkor som satts upp. För det första görs detta i stor utsträckning frivilligt, för att de delar vårdgivarens syn på vad som är nödvändigt, alternativt känner så stor tillit att de följer rekommendationer. För det andra följer patienter villkor på grund av att de tror att de annars skulle bli återintagna i slutenvård. Detta är en missuppfattning av de regler som gäller för patienter i öp-

pen psykiatrisk tvångsvård, medan det äger en viss giltighet för patienter i öppen rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

För dem som vistas på behandlingshem framstår beslut om permissioner som ett viktigare medel att skapa följsamhet än möjligheten till återintagning. Patienter i öppen rättspsykiatrisk vård talar i stor utsträckning i termer av att ”sköta sig”, vilket påverkar hur mycket friförmåner de får. Detta tänkande förefaller delvis komma från en kriminalvårdskultur som många har erfarenhet av. Ett tredje svar på varför patienter följer vårdgivarnas anvisningar är att de är osäkra på vad regelverket tillåter. Detta hänger samman med de brister i information som påtalats, och det är tänkbart att vårdgivare underlåter att informera om rättigheter för att lättare kunna förmå patienter att följa rekommendationer om vård i stället för att arbeta med att förklara värdet av föreslagna åtgärder och att motivera patienter. Ur ett rättssäkerhetsperspektiv är det viktigt att vårdgivarna säkerställer att patienter känner till sina rättigheter.

Vetenskaplig kunskap om öppen tvångsvård är begränsad

Sedan den 1 september 2008 råder nya bestämmelser som tillåter en ny slags användning av tvångsvård inom psykiatrin. I samband med att en patient skrivs ut från sjukhusvård enligt antingen Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) kan denna underkastas särskilda villkor efter beslut i förvaltningsrätt. I de respektive lagarna benämns detta som två nya vårdformer: öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. I denna rapport kommer båda dessa tvångsvårdsformer att benämnas med den gemensamma benämningen *öppen tvångsvård*.

Införandet av särskilda lagbestämmelser om tvång i öppenvård kan ses som en del av en internationell trend som pågått sedan 1990-talets början. Den vanligaste varianten innebär liksom i Sverige att öppenvårdstvånget endast kan komma ifråga i sammanhanget av att patienten först vårdats med tvång i slutenvård. I några länder, som till exempel Norge och Nya Zeeland, tillåter dock lagen att det öppna tvånget initieras utan att patienten först vårdats på sjukhus.

Den vetenskapliga kunskapen om öppen tvångsvård är relativt begränsad, både när det gäller hur den praktiseras och dess resultat (O'Brien, McKenna, & Kydd, 2009). Bortsett från en artikel som analyserar tillkomsten av öppen tvångsvård i vårt land (Sjöström, Zetterberg & Markström, 2011), finns inga svenska studier publicerade som berör hur denna form av tvång fungerar eller dess effekter. Internationellt finns studier från ett flertal länder. Ett problem i ett svenskt sammanhang är dock hur relevansen av dessa ska värderas. Dessa studier är utförda i välfärdssystem som i allmänhet är ganska olika det svenska. Utformningen av de konkreta lagar som reglerar öppenvårdstvånget varierar likaså, vilket ytterligare försvårar slutsatser av utfallet i dessa studier. Med dessa reservationer ges ändå här en kort orientering om den internationella forskningen.

Den internationella forskningen av öppen tvångsvård

Det har endast gjorts några få försök att med kontrollgruppsansatser mäta utfallet (Churchill, 2007; Kisely, Campbell, & Preston, 2007; O'Brien et al., 2009; Steadman et al., 2001; Swanson et al., 2001; Swartz, Swanson, Steadman, Robbins, & Monahan, 2009). Resultaten av dessa är något svåra att tolka, men tyder inte på några påtagliga effekter på patienters hälsa eller förstärkt skydd för allmänheten. Öppen tvångsvård kan alltså inte betraktas som en evidensbaserad insats. En annan fråga som diskuterats är om lagstiftning om öppenvårdstvång lett till en ökad omfattning av tvångsvård genom att personer som tidigare levt utan formellt tvång nu i stället kommit

att utsättas för tvång i öppenvård (Geller, Fisher, Grudzinskas, Clayfield, & Lawlor, 2006; Swartz et al., 2009). Alternativt skulle öppen tvångsvård kunna medföra en minskning av tvång genom att patienter som tidigare skulle ha vårdats på sluten avdelning nu kan åtnjuta den relativt sett friare formen av tvång ute i samhället. Forskningen ger inte några entydiga svar på detta. På en del håll förefaller införandet av tvångsvård inte ha påverkat omfattningen av tvång särskilt mycket, medan det i till exempel England och Wales medfört att det totala antalet personer under tvångsvård ökat kraftigt.

Det finns en bredare forskning om olika etiska aspekter av öppenvårdstvånget, där somliga pekar på hur det kan ses som en mildare form av tvång, medan andra varnar för att det uppstår nya former av integritetskränkningar när tvånget flyttas ut i människors vardagsmiljöer (Dennis & Monahan, 1996; Sjöström, 1997).

En annan gren av forskningen har intresserat sig för relationen mellan formellt och informellt tvång. Det har visat sig att vid sidan av tvång som utövas med stöd i lagstiftning förekommer också informellt tvång (i litteraturen ofta benämnt ”leverage”) i form av till exempel hot om formellt tvång eller att vård och välfärdstjänster villkoras (Kjellin, 1996; Redlich & Monahan, 2006; Sjöström, 2006; Szmukler & Appelbaum, 2008).

Studier om patienters upplevelse av öppenvårdstvång är sällsynta

Den kanske viktigaste forskningsfrågan på tvångsvårdsfältet är hur de människor som utsätts för tvång upplever och reagerar på detta. I fråga om tvång i slutenvård finns en forskningstradition etablerad (bland annat om svenska förhållanden (Östman, 2000)), medan studierna om upplevelser av öppenvårdstvång ännu så länge är sällsynta. Merparten av dessa studier har intresserat sig för patienters allmänna värdering av tvångsvården, och då ofta funnit en ganska bred variation alltifrån de som är starkt kritiska till dem som är positiva till att ha vårdats med öppet tvång (Borum et al., 1999; Gault, 2009; A. Gibbs, Dawson, Ansley, & Mullen, 2005; Anita Gibbs, Dawson, & Mullen, 2006; Schwartz et al., 2010 ; Swartz, Wagner, Swanson, Hiday, & Burns, 2002).

Vid sidan av kvalitativa intervjustudier har det också gjorts försök att skapa kvantitativa mått på patienters upplevelser (Høyer et al., 2002; Steadman & Redlich, 2006). En försvårande omständighet för jämförelser med denna internationella forskning är dels att lagregler kan skilja sig åt på ett sätt som skapar olika förutsättningar, dels att det i vissa länder kan vara så att patienter med öppenvård får mer resurser än andra patienter.

Uppdraget

Denna rapport syftar till att undersöka patienters[1] upplevelser av öppen tvångsvård. Den har kommit till inom ramen för Socialstyrelsens uppföljning av lagändringarna som beskrivs i slutrapporten *Insatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar – Kommunernas användning av stimulansbidragen 2007-2010*.

Syfte

Undersökningens syfte formuleras i tre övergripande frågeställningar.

1) Vilken är patientens vardagliga upplevelse av öppen tvångsvård?
2) Vilken skillnad gör öppen tvångsvård jämfört med andra vårdformer?
3) Vad gör patienter följsamma mot de särskilda villkor som ställs upp?

Den första frågeställningen behöver kanske inte motiveras särskilt, den kunskapen är central för vår kunskap om hur öppen tvångsvård fungerar och vilket värde den har. Det är dock värt att notera att det kan vara svårt att förstå upplevelser av öppen tvångsvård som isolerad företeelse, tvånget utspelar sig alltid i ett bredare sammanhang av tidigare vård, såväl frivillig som med tvång.

Detta motiverar den andra frågeställningen, vilken gör det möjligt att diskutera den öppna tvångsvården i sammanhanget av andra möjliga alternativ, som sluten tvångsvård, frivillig vård eller det tidigare bruket av långtidspermission med bevarande av tvångsstatus.

Den tredje frågeställningen är relevant mot bakgrunden av att kriterierna för återintagning är relativt tandlösa. Det spelar till exempel liten roll om patienten följer de särskilda villkor som ställs upp av rätten, och i princip gäller samma kriterier för en patient som återintas med öppen psykiatrisk tvångsvård som för en patient utan tvångsvård. Dessa rättsliga förutsättningar återspeglas i att Socialstyrelsen konstaterat att det är ytterst sällsynt att patienter med öppen tvångsvård återintas (Socialstyrelsen, 2010). Detta leder till frågan om vilka mekanismer som gör att patienter under öppen tvångsvård följer sina särskilda villkor trots att risken för återintagning i realiteten förefaller ytterst liten.

[1] I rapporten används termen ”patient” för de personer som vårdas med öppen tvångsvård eftersom ansvaret för tvångsvården vilar på hälso- och sjukvården och det är läkare som fattar beslut om att ansöka om tvångsvård och vårdens upphörande.

Lagstiftning om öppen psykiatrisk tvångsvård

Öppen tvångsvård regleras i två lagar: Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). LPT berör tvångsvård för personer med en allvarlig psykisk störning som har särskilda behov av psykiatrisk vård medan LRV primärt berör personer som dömts till vård som påföljd av ett brott. Den öppna tvångsvård som bedrivs enligt den förstnämnda lagen kallas öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT), medan den tvångsvård som bedrivs med stöd av den senare benämns öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV). Även om dessa lagar behandlar olika patientgrupper har lagstiftaren strävat efter att i så stor utsträckning som möjligt reglera den öppna tvångsvården så likartat som möjligt i LPT och LRV (Proposition, 2007). För båda lagarna gäller att tvångsvården alltid inleds med en fas i sluten sjukhusvård och att en förvaltningsrätt i ett senare skede kan bevilja öppen tvångsvård för en patient som skrivs ut från tvångsvård på sjukhus. Detta sker efter ansökan från den vårdansvarige chefsöverläkaren. Vid en första ansökan kan beslut fattas om en vårdtid på maximalt fyra månader, vilket efter förnyade beslut i förvaltningsrätt kan förlängas i upprepade perioder av maximalt sex månader. Öppen tvångsvård ger inte vården någon möjlighet till direkta tvångsåtgärder, sådana kan endast tillgripas efter en återintagning på sjukhus.

Öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT)

Lagstiftning

Syftet med vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård är att ”sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård” (2 § LPT). Förutsättningen för att *sluten psykiatrisk tvångsvård kan initieras* regleras i 3 § LPT som föreskriver att tre villkor ska vara uppfyllda, nämligen att patienten

- ”lider av en allvarlig psykisk störning”
- ”har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård)”
- ”motsätter sig sådan vård som sägs i först stycket [det som anges ovan], eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.”

Det andra ledet i det tredje villkoret brukar i kliniska sammanhang ofta betecknas som att patienten saknar sjukdomsinsikt.

Förutsättningen för att *överföra en patient från sluten psykiatrisk tvångsvård till öppen sådan*, är att patienten dels uppfyller kriterierna 1 och 3 ovan, dels att hon eller han

- ”behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård)” (3 § LPT)

Chefsöverläkaren har möjlighet att lämna in en *ansökan till länsrätten* om att låta den slutna tvångsvården övergå i öppen form. En sådan ansökan ska

ange de särskilda villkor som bedöms nödvändiga för vården samt en samordnad vårdplan. *Vårdplanen* ska innehålla uppgifter om det bedömda behovet av insatser från såväl landsting som kommun, beslut om insatser, vilka enheter som ansvarar för aktuella insatser samt eventuella åtgärder som vidtas av andra aktörer (7 § LPT).

Ett beslut om öppen tvångsvård måste alltid innehålla minst ett *särskilt villkor*. Rätten fattar beslut om dessa, men får också överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om dessa. Lagstiftaren anger följande särskilda villkor som tillämpliga:

- Skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling
- Skyldighet att hålla kontakt med en viss person
- Skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten
- Vistelseort, bostad, utbildning eller arbete
- Förbud mot att använda berusningsmedel
- Förbud mot att vistas på en viss plats eller att ta kontakt med en viss person, eller:
- Annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen (26 § LPT)

Chefsöverläkaren kan ansöka om att en patient som ges öppen psykiatrisk tvångsvård *återintas* i sluten psykiatrisk tvångsvård om de tre ovan nämnda kriterierna för sluten psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda. I de undantagsfall då patientens vårdbehov förändras mycket snabbt kan chefsöverläkaren självständigt fatta ett beslut om återintagning, varpå han eller hon ska göra en ansökan till förvaltningsrätten inom fyra dagar.

För all vård enligt LPT gäller att chefsöverläkaren löpande ska överväga om tvångsvården kan upphöra. Om något av kriterierna för tvångsvård inte längre är uppfyllt ska vården genast upphöra. Vården kan också avslutas som följd av ett domstolsbeslut, antingen då chefsöverläkaren har fått avslag på en ansökan om tvångsvård eller då patienten fått bifall på ett överklagande om vården. Om rätten avslår en ansökan om öppen tvångsvård, ska även eventuellt sluten tvångsvård omedelbart upphöra. Anledningen till detta är att chefsöverläkaren innan en ansökan om öppen tvångsvård måste göra bedömningen att det inte längre föreligger ett oundgängligt behov av psykiatrisk sjukhusvård (Proposition, 2007).

Öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV)

Lagstiftning

Patienter som vårdas enligt Lagen om rättspsykiatrisk vård har kommit till vården i ett annorlunda sammanhang, som följd av att de utfört brottsliga handlingar. I stort eftersträvas dock att regleringen av den rättspsykiatriska vården samordnas med den som gäller för den psykiatriska tvångsvården i övrigt (Socialstyrelsen, 2008). Lagen om rättspsykiatrisk vård berör primärt

patienter som efter beslut av domstol ges rättspsykiatrisk vård som påföljd för ett brott (1 § LRV).[2]

När någon döms till rättspsykiatrisk vård fattar domstolen också beslut om särskild utskrivningsprövning, vilket används för patienter där risken för återfall i grov brottslighet bedöms stor. För *patienter utan särskild utskrivningsprövning* är reglerna i LRV mycket lika de som gäller i LPT. Grunderna för fortsatt vård är likartade, liksom de restriktioner och tvångsåtgärder som kan komma ifråga under slutenvård. Ansökan om ÖRV går till på samma sätt som för ÖPT och kriterierna för återintagning till slutenvård från öppenvård är desamma i LRV som i LPT. Liksom i LPT är chefsöverläkaren är också skyldig att avskriva tvångsvården så snart kriterierna för tvångsvård inte längre är uppfyllda.

För *patienter med särskild utskrivningsprövning* gäller att beslut om vårdens upphörande, liksom beslut om friförmåner som permissioner, fattas av förvaltningsrätt. Chefsöverläkaren kan alltså inte själv fatta beslut om vårdens upphörande, och tvångsvården kan inte upphöra genom att chefsöverläkaren avstår från att göra en ansökan om förlängning av tvångsvården. Till skillnad från LPT och LRV utan särskild utskrivningsprövning, leder inte ett avslag på chefsöverläkarens ansökan om överföring till ÖRV för en patient med särskild utskrivningsprövning till att tvångsvården avslutas. En viktig skillnad är att risken för återfall i brottslighet kan vägas in vid bedömning av om en patient med särskild utskrivningsprövning ska återintas till sluten vård – således är det något lättare att återinta patienter med särskild utskrivningsprövning till sluten vård.

Metod

Urval

Målet för datainsamlingen har varit att genomföra ett tjugotal kvalitativa intervjuer med patienter som upplevt öppen tvångsvård.[3] Vid rekryteringen har en spridning eftersträvats på ett antal egenskaper och omständigheter: kön, etnicitet, diagnostyp, ålder, civilstånd, typ av boende, samt klinik. Arbetet med att rekrytera intervjupersoner har varit svårt och mycket tidskrävande. Det finns inget register i vilket det är möjligt att urskilja alla patienter som vårdas med öppen tvångsvård. I utgångsläget har därför kontakt tagits med omkring 25 instanser på olika håll i landet som kan tänkas ha kontakt med patienter med öppen tvångsvård: psykiatriska kliniker, behandlingshem, öppenvårdsenheter i landstingsregi samt kommunala instanser med administrativt ansvar för människor med psykiska funktionshinder. Dessa har ombetts att kontakta patienter som har eller nyligen haft öppen

[2] LRV också berör personer som är anhållna, häktade, under rättspsykiatrisk undersökning, intagna på kriminalvårdsanstalt eller särskilt ungdomshem.

[3] I det ursprungliga uppdraget låg också att genomföra fokusgruppintervjuer med närstående till patienter, denna del av projektet har dock inte kunnat genomföras då det inte varit möjligt att rekrytera närstående. Ett problem har varit att identifiera närstående och därefter kontakta dem på ett etiskt godtagbart sätt. Strategin har här varit att kontakta organisationer för anhöriga/närstående för hjälp med rekrytering. Dessa ansträngningar har dock inte lett till att någon enda person anmält intresse för att delta i studien.

tvångsvård för att fråga dessa om intresse att delta i studien och i så fall godkänna att den ansvarige forskaren kontaktat dem för ytterligare information och eventuellt bestämma tid för en intervju. I fråga om patienter i öppen rättspsykiatrisk vård fungerade denna metod för rekrytering av intervjupersoner relativt bra. Det har emellertid varit svårt att rekrytera patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård. I några fall har engagemanget i att hjälpa till med studien från vårdgivarens sida förefallit litet. Det största problemet har varit att vårdgivarna ofta inte haft någon samlad kunskap om vilka patienter som är aktuella och att det har varit omständigt att sprida information nedåt i organisationen så att personer som känner patienterna har kunnat informera om studien. Till detta kommer att relativt många av de patienter som till sist blivit tillfrågade tackat nej till deltagande i studien. Tre patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård rekryterades genom att ansvarig forskare kontaktade patienter som förekommer i domar som samlats in inom ramen för ett annat forskningsprojekt.

Den spridning i egenskaper och omständigheter som eftersträvats bland intervjupersonerna har i stort realiserats genom att ansvarig forskare kunnat meddela dem som hjälpt till med rekrytering om vilka egenskaper/omständigheter som är önskvärda att fånga upp bland de som tillfrågas. Det tydliga undantaget är civilstånd, då endast en av de intervjuade, en man som sedan lång tid bott på behandlingshem, lever i en parrelation. I viss mån är även utrikes födda och kvinnor underrepresenterade.

Det är viktigt att överväga i vilken utsträckning sättet att rekrytera informanter på något sätt kan snedvrida materialet så att utfallet av studien kan påverkas. En viss snedvridning har skett genom att personer som på grund av sitt psykiska tillstånd bedömts svåra att prata med inte har tillfrågats. En frågeställning är hur det faktum att företrädare för vården tagit den första kontakten med patienter kan ha påverkat. Det är tänkbart att det i vissa fall skett en gallring så att personer som är särskilt kritiska till vården i mindre utsträckning tillfrågats. Givet att studien inte syftat till att utvärdera enskilda vårdgivare torde dock dessa i liten utsträckning låtit sådana hänsyn påverka vilka patienter som tillfrågats.

Intrycket från den ansvarige forskaren är att någon gallring i syfte att lyfta fram positiva exempel inte skett i någon nämnvärd utsträckning. En annan fråga är hur studien påverkats av att ett relativt stort antal patienter tackat nej till deltagande. Det har inte varit möjligt att skaffa kunskap om vilka dessa är eller vilka motiv de haft. Det är tänkbart att de personer som avböjt deltagande i större utsträckning har mått sämre, haft sämre relationer till vården och varit mer negativa till tvångsvården. Det är dock också tänkbart att personer som är negativt inställda kan vara särskilt intresserade av att delta i en något som uppfattas som en utvärderande studie.

Genomförande av intervjuer

Samtliga intervjuer har genomförts av den ansvarige forskaren. Platsen för varje intervju har valts av intervjupersonen. I de allra flesta har det inneburit ett samtal i dennes bostad, några intervjuer har genomförts på caféer. Intervjuerna har varit relativt informella. Forskaren har inlett med att berätta vilken typ av erfarenheter han velat lära sig om, varpå ett relativt fritt samtal

vidtagit. Under intervjuerna har forskaren använt en intervjumall för att stämma av att ett antal centrala frågeområden berörts under intervjun (se bilaga). Längden har varierat mellan 30 minuter och två timmar, de flesta intervjuer har varat ca 45-60 minuter. Samtliga intervjuer utom två har spelats in och transkriberats. I kompletterande syfte har forskaren fört anteckningar i anslutning till intervjuerna om omständigheter, miljöer och samtal som förts med personal.

Analys av data

Materialet har analyserats genom en tematisk innehållsanalys där merparten av teman bestämts utifrån studiens syfte, men några uppkommit sedan analysarbetet påbörjats. I ett första skede har innehållet i varje enskild intervju kondenserats utifrån 10 beskrivande bakgrundskategorier (ålder, kön, lag, eventuellt brott, aktuell vårdstatus, tidigare tvångsvård, tidigare psykiatrisk vård, tidigare annan vård/omsorg, typ av diagnos, medicinering) samt 10 teman (allmänt om vården, värdering av tvångsvården i stort, påfallande negativa erfarenheter, kunskap om regelverk, särskilda villkor, konsekvenser av att inte följa villkor, medicinering, vårdplan, domstolsprövningen, relationer utanför vården).

I ett andra skede har utgångspunkten varit att utifrån sex teman gå igenom alla intervjupersoner. Dessa teman bildar utgångspunkt för den kommande redovisningen av resultat och har varit: allmän inställning till tvångsvården, negativa upplevelser, vårdplan, särskilda villkor, kännedom om rättsliga regler samt följsamhet. Syftet med att arbeta i dessa separata steg är att i det senare kondensera och abstrahera mönster, samtidigt som det första ger förutsättningar att belysa hur dessa abstraherade teman alltid måste förstås i sammanhanget av det totala sammanhang som den upplevande individen lever i.

I analysen av teman har framför allt signifikanta skillnader och olika typfall av erfarenheter lyfts fram. Inom temat ’allmän inställning till tvångsvården’ har det till exempel kommit fram att bland patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård är några tydligt kritiska, några mycket positiva, några ser fördelar men känner allmänt obehag medan några framstår som relativt likgiltiga.

Syftet har varit att belysa olika sorters upplevelser av detta slag och att diskutera innebörden av dem. Hur många intervjupersoner som beskrivit det ena eller det andra är av mindre intresse i denna typ av studie.

Material

Totalt har 21 intervjuer genomförts, varav nio där LPT varit aktuellt och 12 där LRV varit aktuellt. Även om en del vid intervjutillfället fått sin tvångsvård avskriven kommer intervjupersonerna i den fortsatta framställningen att refereras till som antingen ”ÖPT-patienter” eller ”ÖRV-patienter”. Intervjupersonerna har varit hemmahörande i sju olika kommuner och fyra landsting. Åtta av de intervjuade kommer från storstadsområden. Den följande beskrivningen av egenskaper och omständigheter bygger i huvudsak på vad intervjupersonerna själva uppgivit och vad forskaren kunnat sluta sig till utifrån detta.

Fem av de intervjuade ÖPT-patienterna hade fortfarande denna vårdform, medan fyra numera inte hade någon tvångsvård. Samtliga ÖRV-patienter utom en hade denna vårdform, varav en vid tillfället för intervjun bodde på en sjukhusavdelning i väntan på en lägenhet.

Medelåldern bland ÖPT-patienterna var 48 år, median 49. Två var kvinnor. Fyra bodde i egen lägenhet, medan övriga fem bodde i någon form av gruppbostad.

Medelåldern bland ÖRV-patienterna var 44 år, median 45. Två var kvinnor. Sju bodde i egen lägenhet, åtta i gruppbostad, fem på behandlingshem medan en bodde på en vårdavdelning.

Bland ÖPT-patienterna behandlades samtliga utom en för någon form av psykostillstånd, den återstående uppgav att hon hade en personlighetsstörning. I tillägg till detta uppgav dessutom två patienter att de hade missbruksproblem och en bipolär sjukdom.

Bland ÖRV-patienterna hade nio någon form av psykostillstånd, av de återstående tre uppgav två personlighetsstörning och en depression. I tillägg till detta uppgav tre personer att de hade missbruksproblem, två ADHD och en depression.

Forskningsetiska överväganden

Studien har genomförts under iakttagande av sedvanliga forskningsetiska principer där informerat samtycke och anonymitet är centralt. I denna studie har det funnits några aspekter som förtjänar särskild belysning. Själva rekryteringen av intervjupersoner har företrädesvis skett indirekt, genom att företrädare för vården tagit den första kontakten med patienter. Forskaren har vid intervjutillfället informerat mer utförligt om syftet med studien, att deltagande är frivilligt, att intervjupersoner anonymiseras i presentation av data och att forskaren har tystnadsplikt även i förhållande till vårdgivarna. Deltagarna har också fått ett skriftligt informationsbrev. När det gäller de personer som rekryterats direkt av forskaren finns det en viss risk att personer kan ha reagerat negativt på att bli uppringda av en okänd person som har kännedom om att de vårdats inom psykiatrin. Det har dock inte framkommit några sådana reaktioner från patienter. En annan risk kan vara att särskilt patienter som kontaktats via företrädare för vårdgivare känt sig pressade att delta i studien. Eftersom många patienter tackat nej till deltagande förefaller detta inte varit något större problem i denna studie.

I presentationen av resultat har namn på individer ändrats. Likaså har konkreta omständigheter som skulle kunna leda till identifikation utelämnats. Studien har godkänts av etikprövningsnämnden i Umeå.

Upplevelser av öppen psykiatrisk tvångsvård

I det följande beskrivs studiens empiriska utfall utifrån sex teman. För varje tema behandlas patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård respektive patienter i öppen rättspsykiatrisk vård separat.

En övergripande iakttagelse om intervjuerna är att det varit svårt för intervjupersonerna att uttala sig om öppen tvångsvård i sig. Den öppna tvångsvården diskuteras nästan alltid i ett vidare sammanhang av upplevelser av tvång i stort tillsammans med upplevelser av vården i stort. Detta kan tolkas på flera sätt: För det första som att frågan om öppen tvångsvård i regel inte är central i patientens egen värld, det är andra frågor och omständigheter som är mer centrala för upplevelsen av tvång, vård och livssituation. För det andra kan det tolkas som att det finns brister i information och medvetenhet om vad den öppna tvångsvården innebär, något som närmare belyses under temat om kännedom om rättsliga regler.

Allmän inställning till tvångsvården

Patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård

På frågor om hur intervjupersoner ställer sig till den öppna tvångsvården i allmänhet finns fyra typer av svar: Ett par intervjupersoner är tydligt kritiska, ett par är mycket positiva, några ser vissa fördelar samtidigt som de upplever ett visst allmänt obehag att leva under tvång, medan en sista grupp är tämligen likgiltig till öppenvårdstvånget. De fyra typerna av grundinställning kan illustreras med följande exempel:

Tydlig kritisk

Ingemar är den intervjuperson som ger uttryck för den tydligaste negativa upplevelsen av tvångsvården. Han bor i en egen lägenhet där han får hjälp av hemtjänsten med städning. Han är ganska uppgiven inför tvångsvården, som han anser mest är till för den medicinering som han tror kommer att fortsätta i många år. Framför allt är han kritisk till hur han blivit behandlad inom slutenvården, där han menar att personal provocerat honom och han blivit lagd i bälte flera gånger.

Mycket positiv

Agneta är inte längre under tvång och är tacksam för all hjälp hon fått. Hon menar bestämt att man inte kunnat använda mindre tvång än vad som varit fallet. Möjligen skrevs tvånget av för tidigt, säger hon, även om vården också måste se till att hon utsätter sig för saker för att utvecklas. Nils menar att den öppna tvångsvården innebär aktivering och ”frihet under ansvar.”

Vissa fördelar men allmänt obehag

Hanna, som över sommaren bor hos sin mamma, beskriver hur tvånget även om det är kränkande också innebär en trygghet:

”*Både det här att man blir beskyddad men också att de kränker mitt självbestämmande. Så att… ja. Det är väl så det har varit. En dubbel känsla.*

[/…/]

Det är integritetskränkande med LPT:n, var den än är nånstans. Oavsett om det är hemma eller på sjukhus, men samtidigt så kunde jag känna att jag visste att jag behövde det och att jag kände att de tog sitt ansvar. Jag tog mitt ansvar genom att se till de, det sa jag inte då, det kan jag säga efteråt, jag såg hela tiden till att någon fick veta att det var kris. Sen fortsatte jag agera utifrån mitt tvång, men då fanns det folk som kunde bryta in och skydda mig. Det var trots allt bra. Så det är den där dubbla känslan. Det diffusa med att tvångsvård [är att det] faktiskt är integritetskränkande.”

Relativt likgiltig

Fredrik bor i ett gruppboende och ser liksom Ingemar många år av fortsatt tvång framför sig. Även om tvånget inte påverkar hans vardagsliv särskilt mycket tycker han att det vore möjligt att minska på några inslag, som till exempel hur ofta han behöver träffa sin case manager. Han tycker att ÖPT är litet poänglöst, att man lika gärna kunde ge honom frihet nu och i stället skriva vårdintyg om han inte klarar av att sköta sig.

För att närmare förstå hur upplevelsen av öppen tvångsvård kontextualiseras av informanterna, har de fått frågor om hur de ser på öppenvårdstvånget i förhållande till andra former av vård. I relation till de långtidspermissioner som tidigare användes menar Hanna att det inte är så stor skillnad, möjligen är det en fördel att ÖPT tvingar vårdgivarna att samordna sig bättre. Nils framhåller däremot att en fördel med ÖPT är att vården nu inte kan återinta honom lika lättvindigt. Joakim jämför i stället med sluten vård, som han tycker är sämre.

Några intervjupersoner lyfter fram hur statusen som tvångsvårdad får en vårdadministrativ betydelse som påverkar dem. Ett exempel är att Nils berättar att han inte behöver betala för sina mediciner så länge han är tvångsvårdad. Ingemar säger att han skulle bli tvungen att promenera längre för att hämta sina mediciner om tvångsvården skrevs av.

En synpunkt som kommer upp är att det är ganska meningslöst med ÖPT eftersom det i praktiken inte får några större konsekvenser för den patient som inte följer sina särskilda villkor. Fredrik sätter ord på detta när han efter tio sekunders betänketid besvarar en fråga om vad som är bra med att ha öppen tvångsvård: ”*Ingenting. Det tjänar inget syfte liksom, det finns ingen mening i det. Man skulle lika gärna [enbart] kunna ha sluten tvångsvård. Och sen om personen missköter sig [efter utskrivning] så blir han intagen igen. Om man inte vill bli intagen i flera månader så därför så, så skulle man ta medicin*.”

Patienter i öppen rättspsykiatrisk vård

Svaren från patienterna i öppen rättspsykiatrisk vård kan kategoriseras i samma fyra huvudtyper som för patienterna i öppen psykiatrisk tvångsvård: tre är övervägande kritiska, en person är mycket positiv, några ser fördelar även om de känner obehag av att vara under tvång medan några är tämligen liktiltiga inför tvånget medan.

Tydligt kritisk

Lilian vistas på ett kommunalt gruppboende med påtaglig institutionskaraktär. Hon är en av de få intervjupersoner som under intervjun förefaller påtagligt påverkad av sin sjukdom och medicinering och berättar att hon inte vill ha sin medicin. Dessutom menar hon att personalen bestämmer för mycket (när intervjun ska genomföras introduceras forskaren av en anställd som säger åt Lilian att intervjun inte får utföras i Lilians egen lägenhet utan att vi ska hålla till i boendets dagrum).

Mycket positiv

Henrik har efter tre och ett halvt års vård fått sin rättspsykiatriska vård avskriven sedan ett drygt halvår. Han beskriver hur han alltid blivit bemött med stor respekt, hur vården varit noggrant planerad med successivt utökade friförmåner. ”*Som jag ser det, jag kan inte komma på något sätt att på ett smidigare sätt successivt fasa ut någon i samhället. Det går inte. För de har hela tiden en jättebra kontroll samtidigt som jag har en fruktansvärd frihet. För jag får ta hand om mig själv, jag får laga min egen mat, jag får städa mitt egna hem. Stå på egna ben, liksom, utan att jag blir fri som du och jag är nu.*”

Vissa fördelar med allmänt obehag

Joakim bor i en egen lägenhet knuten till ett stödboende. Även om han i stort är nöjd med vården och ”hänger med ” på den vård som erbjuds och föreslås, finns det en bakomliggande känsla av att han är tvångsvårdad.

Relativt likgiltig

Erik har många års erfarenhet av vård och kriminalvård och bor nu på ett behandlingshem där han trivs bra. Han upplever tvångsvården som vare sig särskilt krävande eller kränkande: *”Här känner jag inget tvång och det är därför jag trivs så pass bra /…/ följer man enkla regler som finns så får man göra i stort sett vad man vill och är det något speciellt man vill så går det alltid att resonera med personalen.”*

I intervjuerna diskuteras positiva erfarenheter av öppen psykiatrisk tvångsvård. I det sammanhanget tar fyra intervjupersoner med öppen rättspsykiatrisk vård spontant upp att de upplever tvångsvården som ett stöd eller trygghet. Det gäller till exempel Anders, som trots att han är missnöjd med mycket och vill få tvånget avskrivet uttrycker sig så här: *”Jag har ju inte direkt tänkt springa och göra dumma grejer. Men man vet ju aldrig, det kan*

ju vara som en trygghet också, eller jag kan bolla saker och ting med vården och folk /.../ det är ju litet som Stockholmssyndrom i det hela, att man blir vän med förövaren."

När patienter med rättspsykiatrisk vård sätter den öppna tvångsvården i relation till andra vårderfarenheter konstaterar tre att det inte är någon större skillnad jämfört med den tidigare ordningen med långtidspermissioner. Flera, framför allt de som befinner sig på behandlingshem, framhåller att den nuvarande situationen är långt bättre än att vara på avdelning. I det sammanhanget beskriver Peter hur han snarast upplever behandlingshemmet som ett hem med stora inslag av frihet. Inför utsikten att så småningom bli utskriven säger Ted att han kommer att uppleva att kraven blir annorlunda än nu.

Några intervjupersoner uppfattar att tvångsvården också har en betydelse för patienten som har att göra med vårdadministrativa omständigheter och hur den dagliga vården organiseras. Till exempel är Erik orolig över att han ska tvingas flytta från sitt nuvarande behandlingshem där allt fungerar bra när tvångsvården kan komma att avskrivas inom kort. Han menar att kostnaden för behandlingshemmet är för stor för att han ska kunna bo kvar och att han då måste flytta till en lägenhet där risken att han återfaller i missbruk är stor.

Kännedom om rättsliga regler

Vårdgivarna har ett generellt ansvar att i tillräcklig utsträckning informera patienter om de regler som kringgärdar vården. Detta är särskilt viktigt när det gäller de rättigheter patienter har under tvångsvården. Offentliga biträden och förvaltningsrätterna fyller också en viktig funktion i detta avseende.

Patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård

Bara två av patienterna i öppen psykiatrisk tvångsvård upplever att de har god kunskap om vad som gäller för vården, under intervjuerna ger dessa också intryck av att vara relativt väl insatta i regelverk. En patient (Staffan) är osäker på om han vårdas enligt LPT eller LRV. Sex av patienterna känner inte till för den öppna tvångsvården grundläggande begrepp som särskilda villor och samordnad vårdplan, även om de efter en förklaring i viss utsträckning kan berätta om restriktioner och vårdplanering.

Några berättar att de fått information från sin läkare, vården, sitt offentliga biträde eller domstolen. Kurt tar fram den senaste domen för att kolla när han får frågor om detta under intervjun. Trots att kunskapen om regelverk är svävande är det ingen av intervjupersonerna som ger uttryck för kritik mot att de inte fått tillräcklig information eller att de inte fått svar på frågor.

Patienter i öppen rättspsykiatrisk vård

Bara någon enstaka patient i öppen rättspsykiatrisk vård förefaller ha god kunskap om regelverk i den meningen att de är bekanta med begreppen samordnad vårdplan och särskilda villkor. Några verkar i övrigt relativt väl

insatta och kapabla att självständigt förhålla sig till regelverket och i någon mån driva egna intressen. Erik hade inte hört talas om öppen rättspsykiatrisk vård förrän han fick en förfrågan om att delta som intervjuperson i denna studie.

När det gäller ett par patienter – Lilian och Hakim – kan deras svårigheter att svara på dessa frågor ha att göra med aktuellt hälsotillstånd, medicinpåverkan och språksvårigheter. Ett par av de intervjuade är osäkra på om de har LRV eller LPT, eller rentav om tvångsvården är avskriven. Ytterligare ett par är osäkra på om de har särskild utskrivningsprövning – Ingemar kollar i den senaste domen och konstaterar att han fortfarande har det.

På frågor om hur de fått kunskap berättar ett par patienter i öppen rättspsykiatrisk vård att de i huvudsak fått information från läkare eller personal.

Ingemar och Lukas framhåller däremot att de aktivt skaffat sig information, bland annat från Internet. De menar att personalen på deras respektive boenden har dålig kunskap om regelverk. Lukas hävdar till och med att all personal inte vet om att han har tvångsvård. Henrik beskriver att han visserligen fått information på formell väg, men också att han snappat upp en hel del viktigt om hur lagen fungerar i praktiken genom att lyssna på vad som sagts mellan personal på vårdavdelningen.

Särskilda villkor

Begreppet särskilda villkor kan sägas vara kärnan i den öppna tvångsvården. Behovet av villkor är det rättsliga rekvisit som skiljer den öppna tvångsvården från den slutna. Dessutom utgör de särskilda villkoren det konkreta uttrycket för det tvång som patienten underkastas.

Patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård

Trots den centrala roll som särskilda villkor spelar uppger sex av patienterna i öppen psykiatrisk tvångsvård att de inte känner till begreppet som sådant. När de under samtalet får en förklaring av begreppet och exempel på vad som kan ingå kan de flesta räkna upp åtminstone någon eller några saker de uppfattar är särskilda villkor.

En patient (Hanna) insisterar på att hon inte haft några villkor alls, vilket utifrån lagstiftningen inte är möjligt. Ingen av intervjupersonerna har en klar bild av vilka villkor som gäller (eller gällt) för henne eller honom. Sju av intervjupersonerna nämner dock åtminstone något som förefaller kunna vara särskilda villkor, till exempel att ta medicin, avhålla sig från alkohol, ta emot besök från öppenvården och följa regler som uppställts i boendet.

Patienter i öppen rättspsykiatrisk vård

Sju av patienterna i öppen rättspsykiatrisk vård förefaller bekanta med begreppet särskilda villkor. Två (Lilian och Hakim) verkar inte alls veta vad detta handlar om när de får en beskrivning, medan Erik bestämt hävdar att han inte har några särskilda villkor alls.

De flesta kan räkna upp några saker som verkar vara villkor, till exempel att ta medicin, Antabus, acceptera blodprov eller att blåsa för kontroll av

berusningsmedel, att bo på anvisat boende och att följa regler knutna till boendet. Flera nämner i detta sammanhang saker som inte förefaller vara formella villkor, till exempel att inte få arbeta, inte få röka inomhus, förbud mot att skaffa pass eller att inte begå brott.[4] Åtta intervjupersoner nämner att de har villkor som handlar om berusningsmedel, antingen i form av ett förbud som inte kontrolleras, att man måste lämna någon typ av prov eller att ta Antabus. Medan Ingrid tycker att det är bra att hon tvingas lämna urinprov ställer sig tre frågande till varför de har villkor om alkohol eller missbruk. Niklas har över huvud taget aldrig haft några missbruksproblem, medan Peter och Ingemar har sina missbruksproblem långt bak i tiden. Ingemar har fått det felaktiga intrycket att villkor om berusningsmedel är obligatoriskt enligt lag.[5] Med några specifika undantag är patienterna i öppen rättspsykiatrisk vård inte särskilt negativt inställda till de villkor som de är underkastade.

Samordnad vårdplan

Den samordnade vårdplanen är det andra centrala begreppet för den öppna tvångsvården. Den är obligatorisk och ska klargöra hur vården ska gå till, vilka mål som finns och hur landsting, kommun och eventuella andra aktörer ska samverka för patientens bästa.

Patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård

De intervjuade patienterna i öppen psykiatrisk tvångsvård förefaller vara mer bekanta med detta begrepp än särskilda villkor. Det är bara två som säger att de inte alls vet vad detta är. Innebörden av termen vårdplan är inte alltid tydlig för de intervjuade. När Joakim får en fråga om detta reser han sig upp för att visa en lapp som sitter på hans kylskåp med ett schema över tvätt- och städtider för veckan. Åtminstone fyra patienter berättar om att de deltagit i möten för vårdplanering och tre av dessa har också upplevt att de aktivt deltagit i processen. När Fredrik berättar om detta kommer han på att det finns två sorters möten, han är osäker på vilket av dessa som berör den samordnade vårdplanen. Agneta berättar att hon i ett senare skede av sin vårdtid önskat inkludera sin mamma i vårdplanmöten eftersom hon velat att mamman skulle få träffa de personer som hjälpt henne. Hon är också den enda av de intervjuade patienterna i öppen psykiatrisk tvångsvård som pekar på ett konkret exempel där hon har haft inflytande över vårdplanens inne-

[4] I denna studie har patienters berättelser om villkor inte kunnat jämföras med de villkor som domstolarna har fattat beslut om. Inom ramen för en omfattande studie av förvaltningsrättsdomar om öppen tvångsvård har den forskargrupp där rapportförfattaren ingår faktiskt funnit enstaka exempel på särskilda villkor som förbjuder patienten att skaffa pass eller begå brott. Författarens bedömning i de här aktuella fallen är dock att sådana villkor sannolikt inte funnits.

[5] En genomgång av förvaltningsrättsdomar som gjorts inom ramen för ett annat projekt visar att förvaltningsrätten där Ingemar bor rutinmässigt föreskriver villkor rörande berusningsmedel för alla ÖRV-patienter utan några resonemang om det är nödvändigt i det enskilda fallet.

håll, nämligen att hon fått gehör för att slippa ta emot besök från boendestöd i sin lägenhet.

Patienter i öppen rättspsykiatrisk vård

Även om bara ungefär hälften av patienterna i öppen rättspsykiatrisk vård förefaller vara bekanta med begreppet samordnad vårdplan, kan alla utom fyra berätta om innehåll i vårdplaneringen. Två personer känner inte igen begreppet och kan inte alls redogöra för planeringen (Lilian och Hakim). Ett par intervjupersoner säger att de känner att vårdgivarna lyssnar på dem i planeringssammanhang. Knappt någon framstår som aktivt initiativtagande i planeringsprocessen. Ett sällsynt exempel på att någon berättar om att själv ha drivit något i planeringshänseende är när Niklas utan framgång försökt få acceptans för att få röka i sin egen lägenhet. De flesta patienter pratar bara med sin ansvarige läkare i samband med domstolsförhandling. Även om det inte klart framgår av patienternas utsagor förefaller det sannolikt att vårdgivaren betraktar dessa träffar som den vårdplanering som föreskrivs i LRV.

Negativa upplevelser

All tvångsvård innebär en kränkning av integriteten för den individ som utsätts för den. Det ojämlika maktförhållandet som finns inbyggt i tvånget medför också en ökad risk för maktmissbruk och övergrepp. Det har därför varit viktigt att ställa specifika frågor om negativa upplevelser. Varje intervjuperson har också fått en direkt fråga om de upplevt att de blivit kränkta. Även om patienten direkt svarat nej på sådana frågor har intervjuaren ställt fler frågor och aktivt försökt få intervjupersoner att komma ihåg negativa upplevelser.

Patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård

Ingen av patienterna i öppen psykiatrisk tvångsvård har spontant berättat att hon känt sig kränkt. Det är bara Ingemar som ger uttryck för en starkt negativ upplevelse av tvångsvården, framför allt genom att han påtvingas medicin som bland annat lett till en kraftig viktuppgång, trötthet och passivitet. Frånsett medicinen har han dock inget negativt att säga om det öppna tvånget i sig. Nils är den ende patienten i öppen psykiatrisk tvångsvård som inte kan komma på någonting alls som är negativt med att vara tvångsvårdad. De övriga har inga starka negativa upplevelser av tvångsvården, även om tre berör ett obehag över den allmänna känslan av att vara under tvång. Agneta menar att det visserligen varit nödvändigt med tvång i hennes fall, men hon beskriver också negativa känslor:

”*– Inte arg utan jag hade på något sätt sjunkit under värdeskalan, att jag inte bestämmer över mitt liv längre, det gör dom.*

– Ja just det, du var resignerad eller hur ska man beskriva det?

– Ja besviken kanske litet grann, att jag inte får ta hand om mitt liv, det gör dom. Det spelar ingen roll vad jag säger, det kommer ändå bli så. Så att, litet tufft var det.”

Fyra av de intervjuade har synpunkter på medicinering, att de har biverkningar som ger stort obehag, att de vill sluta med något preparat eller minska dosering. Ett par patienter har tagit upp obehag av saker som skrivits i journal eller annan dokumentation, sådant som antingen varit felaktigt eller inte relevant att ta upp där. Andra negativa upplevelser som omtalas är en känsla av att bli omyndigförklarad, att rättssäkerheten är dålig på så sätt att domstolsförhandlingarna fungerar dåligt, att det är kränkande när vården anses att man saknar sjukdomsinsikt samt att tvingas ha förvaltare.

Tre av de intervjuade har också tagit upp händelser som inträffat under slutenvård, dessa förefaller ha varit allvarligare än det som upplevts under öppna psykiatriska tvångsvården. Några har tagit upp händelser som inte tycks direkt relaterade till statusen som tvångsvårdad, till exempel när Örjan berättar om sitt intresse för hundar och att han skulle vilja vara hundvakt åt bekanta, vilket förhindras av att boendet har regler som förbjuder detta.

Patienter i öppen rättspsykiatrisk vård

Inte heller någon patient i öppen rättpsykiatrisk vård har spontant tagit upp kränkningar. Lilian är den enda som ger uttryck för en starkt negativ inställning till tvångsvården som helhet, även om ytterligare ett par personer är ganska kritiska. På den direkta frågan om kränkningar nämner tre personer något. Roger och Peter nämner händelser där de känt sig kränkta av andra boende på behandlingshemmet medan Erik tar upp sådant som hänt inom slutenvård där enstaka individer bland personal burit sig illa åt.

Av saker som tas upp som negativa nämner fem intervjupersoner med öppen rättspsykiatrisk vård mediciner: några av dessa vill inte alls ha medicin medan några beskriver biverkningar och skulle vilja diskutera justeringar av medicineringen. Fem patienter berör problem med personal som antingen betett sig illa eller saknar kunskaper. De flesta av dessa berör dock enstaka individer och dessa betonar att de inte har generella klagomål på personal i stort. Tre nämner onödiga förbud mot alkohol som negativt, medan ett par lyfter fram en övergripande känsla av tvång, något som Ted beskriver på följande sätt: *”Det är ju det som egentligen låser en hela tiden, det här med tvångsvård. Det känns som tvångsvård i alla fall i och med att jag liksom, det är klart jag har ju alltid önskat vara medicinfri och se om jag kan sköta mig, men nu var det så länge sen jag varit utan medicin.”*

Precis som några patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård berättar patienter i öppen rättspsykiatrisk vård om hur statusen som tvångsvårdad får konsekvenser på ett vårdadministrativt plan, eller att den innebär problem som inte har att göra med innehållet i eller syftet med lagen. Lilian klagar på att personalen förbjuder henne att arbeta, Ingrid känner sig förhindrad att åka och hälsa på sin familj i ett nordiskt grannland, Anders skulle vilja kunna arbeta mer utan att hans pension påverkas och Lukas önskar att det vore möjligt för hans flickvän och kompisar att sova över i hans lägenhet. Likaså skulle han önska att han kunde sova över hos dem.

Övriga enstaka negativa saker som nämns är att: bli hindrad från att skaffa jobb (två personer); att inte förstå varför saker händer; att medicin tagits bort efter ett återfall i missbruk; stress av att det är stökigt på vårdavdelningen; önskemål om längre permission; alla juridiska turer och godtycke;

att ständigt måsta ha koll på klockan för att inte missa tider; att personalen förhalar utskrivning; att personal på kommunalt boende kräver anpassning till regler trots att det inte finns villkor om detta och att en patient under en inledningsfas inte alls fått lämna det kommunala gruppboende där han vistades.

Följsamhet och tvång

Den orsak som i allmänhet utlöser en episod av tvångsvård är att patienten inte är beredd att acceptera den vård som bedöms som nödvändig. Tvånget gör att patienten tvingas underkasta sig vård som hon annars kanske inte skulle acceptera. Inom den slutna vården är tvånget påtagligt, dels genom att hon är tvungen att vistas på en sjukhusavdelning, dels genom att vården kan använda tvångsmedel som att ge medicin med tvång, lägga patienten i spännbälte, isolera henne och att begränsa hennes kommunikation med världen utanför.

Några motsvarande tvångsmedel finns inte när det gäller den öppna tvångsvården. I sådan vård förutsätts att patienten och vårdgivarna i stora delar är överens om vårdens inriktning (Socialstyrelsen, 2008). Det finns förvisso en möjlighet att återinta en patient på öppen psykiatrisk tvångsvård till sluten tvångsvård, men kriterierna för sådan återintagning är i princip desamma som om patienten inte alls haft någon tvångsvård. För patienter i öppen rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivning ska även risken för återfall i brott vägas in, vilket gör ribban för återintagning lägre för denna grupp. Men särskilt för patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård kan alltså tvånget sägas vara tämligen tandlöst, och det har därför varit intressant att fråga sig vad det är som gör att patienter är följsamma i förhållande till vad som föreskrivs från vårdens sida. I den utsträckning de gör så, varför följer man sin samordnade vårdplan och sina särskilda villkor?

Patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård

De flesta patienterna under öppen psykiatrisk tvångsvård i studien förefaller ha få invändningar mot innehållet i den öppna tvångsvården. Den detalj som flera nämner som problematisk är medicinering. Dock rör det sig i de flesta fall då om mindre justeringar och inte om att helt sätta ut mediciner eller byta till en annan typ av preparat. I övrigt finns önskemål om att träffa case manager mindre ofta, inte ta Antabus, inte gå på sysselsättningsverksamhet och att få dricka alkohol ibland. På det stora hela är intrycket att patienterna följer sina villkor eller de regler som de uppfattar finns uppsatta för dem. De brott mot regler de berättar om är antingen enstaka händelser eller avvikelser från någon regel som de uppfattar som mindre viktig och som de också uppfattar att personalen ser mindre allvarligt på.

Exempelvis har Nils villkor om alkohol som han bryter mot emellanåt. Likaså går han inte på den arbetsträningsverksamhet som han är anvisad. I stället går han till en verksamhet som arrangeras av kyrkan. Han har inte diskuterat detta med sin öppenvårdspersonal, men tror inte att de tycker något av dessa avsteg är särskilt allvarligt. Beroende på omständigheter tror

han dock att han skulle kunna bli återintagen om han bryter mot andra särskilda villkor.

Vid sidan av villkor tar några patienter upp förhållanden som de är missnöjda med och som de själva uppfattar har med tvångsvården att göra. Till exempel berättar Örjan att han för ett antal år sedan velat köpa ett hus på landet och flytta dit. Han såg själv detta som ett sätt att komma ifrån de sammananhang och sällskap som gjorde att han drack för mycket. Enligt Örjan hade dock hans läkare inte tillåtit en flytt.

I intervjuerna har patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård också tillfrågats om deras uppfattning om vad som skulle hända om de inte följer sina särskilda villkor. Fem av dem svarar tydligt att de skulle kunna bli återintagna om de inte följer sina villkor, några ytterligare tror att det skulle kunna få någon typ av konsekvenser.

På frågan om hur de vet vad konsekvenserna blir varierar svaren och flera är osäkra på vad som egentligen gäller. Agneta är den enda som berättar om att personal uttryckligen hotat med att hon skulle bli återintagen om hon inte följer villkoret om medicinering, detta har skett på vårdplaneringsmöten. För de övriga är det mer oklart hur de har fått sina uppfattningar om varför de måste följa sina villkor: Hanna säger att det är ”underförstått” att det skulle få konsekvenser, Ingemar att han insett detta ”intuitivt”, medan Örjan berättar att han tidigare varit med om att han fick stanna på en rättspsykiatrisk avdelning i ett år som en följd av att han kommit tillbaka alkoholpåverkad efter en permission. Några redogör också för situationer där det verkar som att de sett sig som moraliskt bundna att följa villkor, till exempel berättar Agneta att hon vid ett vårdplaneringsmöte fått lova att hon ska ta sin medicin.

Patienter i öppen rättspsykiatrisk vård

Inte heller patienter i öppen rättspsykiatrisk vård känner sig tvingade till annat än enstaka inslag i vården. Det vanligaste är att patienter säger att de skulle dricka alkohol om de fick, därefter att de inte skulle vilja ta medicin eller ändra medicinering. Fem intervjupersoner berättar att de någon gång brutit mot villkor. Niklas tog inte medicin tidigare, när han inte förstod att han var sjuk. För de andra tre handlar det om alkohol: efter att ha ”supit till” på en permission från sitt behandlingshem har Ted nu fått inskränkningar i sina permissioner, Roger fick en tillsägelse när han på sitt behandlingshem blivit ertappad med att dricka, medan Anders – som bor i egen lägenhet – dricker alkohol utan konsekvenser. Sannolikt har boendestödjarna inte kännedom om när detta, tror han. Peter – som också han bor på ett behandlingshem – illustrerar hur konsekvenser av att bryta mot villkor är beroende av sammanhanget: *”- Jo, dom vet att jag inte tar den, men de kan ju inte heller tvinga i mig den. Men jag dricker ju ingen alkohol. /…/ Nej de säger ingenting. Det gör dom faktiskt inte. Det är bra det. /…/ Det går inte att övertala mig. Men däremot, när jag går på permission härifrån då tar jag den. Så då vandrar vi halva vägen var liksom.*”

För patienterna i öppen rättspsykiatrisk vård finns det tydligare mönster i hur de tänker om följsamhet till vården. Flera talar i termer av att man måste ”sköta sig”, det förefaller som att man tänker sig att vården fungerar likt

kriminalvård, där man belönas med friförmåner om man sköter sig, medan man bestraffas med indragna friförmåner om man inte är följsam. Fem patienter säger uttryckligen att återintagning på sjukhus kan bli konsekvensen om man inte följer villkor. Samtliga de fem som bor på behandlingshem berättar hur omständigheter knutna till hemmet blir centrala för deras följsamhet. Om de bryter mot villkor blir en direkt konsekvens att de går miste om permissioner. Dessutom uppfattar de att de måste följa villkor för att på sikt kunna bli utskrivna från behandlingshemmet.

Övrigt

Utöver de huvudteman som i stor grad strukturerats av studiens syfte har en del teman spontant dykt upp i materialet. Enstaka individer har också berättat om upplevelser som är värda att nämna.

Ett förhållande som många berör är att man har en svag ekonomisk ställning. En svag ekonomi begränsar givetvis individens möjligheter att realisera en vardagssituation som hon önskar. Bristen på ekonomiska resurser kan vara nog så begränsande som tvångsvården i sig. I synnerhet blir valfriheten i fråga om boende starkt kringskuren, särskilt i storstadsområden. Flera informanter upplever också att antingen tvångsvården i sig, socialförsäkringssystemet eller andra regelverk begränsar deras möjligheter att själva skaffa sig (extra) inkomster. Ett par intervjupersoner har upplevt sig aktivt motarbetade i sina strävanden att skaffa eget arbete.

Diskussion

I det följande diskuteras hur det empiriska utfallet kan förstås utifrån det syfte som formulerats. Därutöver diskuteras också om öppen tvångsvård fungerar enligt lagstiftarens intentioner och om det finns problem som behöver analyseras vidare eller påkallar förändringsåtgärder.

Allmän inställning till tvångsvården

När det gäller patienters allmänna värdering av tvångsvården är det som dominerar en relativ likgiltighet, även om det finns enstaka individer som är antingen starkt negativa eller starkt positiva till tvångsvården.

Både metodologiskt och upplevelsemässigt för patienten är det svårt att isolera upplevelsen av den öppna tvångsvården från ett bredare sammanhang av annan tvångsvård, det allmänna intrycket av vården i stort och livssituationen rent allmänt. Givet att många av intervjupersonerna har en lång historia av tidigare tvångsvård med de autonomiförluster det innebär kan man heller inte utesluta att det finns en viss avtrubbning eller likgiltighet till nya erfarenheter av tvång.

Både patienter i den öppna psykiatriska tvångsvården och öppna rättspsykiatriska vården har jämfört det öppna tvånget med sluten tvångsvård, och båda grupper föredrar då det öppna. För patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård är dock jämförelsen med slutenvård sakligt sett inte särskilt relevant, då de inte uppfyller de rättsliga rekvisiten för sådan. I den mer relevanta jämförelsen med frivillig vård är det bara ett par patienter som menat att den öppna tvångsvården varit nödvändig. I detta sammanhang är det värt att notera att de positiva kommentarer som patienter gör sällan har direkt med den öppna tvångsvården i sig att göra, utan handlar om vården i stort eller vissa inslag i den.

För patienter i öppen rättspsykiatrisk vård – särskilt den stora majoritet som har särskild utskrivningsprövning – är jämförelsen med slutenvård mer relevant, eftersom alternativet för dem många gånger skulle vara att vistas på vårdavdelning. Att den öppna tvångsvården för dem upplevts som bättre än sluten tvångsvård kan därför tolkas som att införandet av öppen rättspsykiatrisk vård inneburit fördelar för dessa patienter.

Eftersom flertalet intervjuer genomförts i patientens boende har forskaren själv kunnat bilda sig en uppfattning om patientens omständigheter i vidare bemärkelse. Även om patienter inte själva påtalat detta, har forskaren ibland uppfattat vårdmiljön som mycket institutionslik och att den inte skiljer sig särskilt mycket åt från många sjukhusavdelningar. Särskilt tydligt är detta när det gäller de behandlingshem för patienter med öppen rättspsykiatrisk vård som ligger avsides belägna långt utanför någon mindre tätort. Men detsamma gäller för flera kommunala gruppboenden och till och med sådana boenden som beskrivs som egen lägenhet med boendestöd. I termer av frihet i form av möjligheter att röra sig fritt, att ha ett socialt liv och utöva egna

intressen och bedriva en sysselsättning torde skillnaden mellan dem som bor under sådana förhållanden och den som vistas på en sjukhusavdelning med frigångsmöjligheter vara mycket liten. I den meningen förefaller det missvisande att tala om ”öppen” tvångsvård.

Slutsats

Slutsatsen här blir att patienter givet ett större sammanhang av annan vård och tvångsvård är relativt likgiltiga till sin öppna tvångsvård. Patienter i öppen rättspsykiatrisk vård upplever att den öppna tvångsvården är bättre än alternativet sjukhusvård. För patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård är det däremot svårt att alls se några fördelar med denna form av tvångsvård. För den grupp som vistas på institutionsliknande boenden är benämningen ”öppen” tvångsvård missvisande.

Kännedom om rättsliga regler

Ett tydligt övergripande intryck av intervjuerna är att såväl patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård som patienter i öppen rättspsykiatrisk vård har svårt att redogöra för vilka regler som egentligen gäller för vården. Oklarheter finns på många centrala områden: huruvida man över huvud taget har tvångsvård eller ej, om man har särskild utskrivningsprövning eller innebörden av grundläggande begrepp som särskilda villkor och samordnad vårdplan. I viss utsträckning uppfattar patienter omständigheter som formellt inte regleras i deras tvångsvård som att det hänger samman med deras tvångsstatus (t.ex. att inte kunna söka arbete, att inte få ha husdjur eller inte kunna skaffa pass). Få patienter är klara över det mest centrala för den öppna tvångsvårdens utövning, nämligen vilka särskilda villkor de har, och dessutom är patienterna oklara över vad som händer om de inte följer sina särskilda villkor.

Denna brist på förståelse för den rättsliga situationen är givetvis problematisk. Frågan är hur den ska förstås, vilka orsaker som finns, vilka följder som uppstår och vad som kan göras för att åtgärda brister. En möjlig förklaring skulle kunna vara att patienters hälsotillstånd gör att de har svårt att ta till sig information. Intrycket från de samtal som förts är dock att det, möjligen med ett par undantag, varit fullt möjligt att föra rationella samtal med intervjupersonerna. Detta ligger i överensstämmelse med det allmänna antagande man kan göra om denna grupp, nämligen att det rör sig om patienter som inte bedömts ha ett oundgängligt behov av sjukhusvård och som därför knappast är akut psykotiska.

För att bedöma om patienters kunskaper om regelverk är tillfredsställande är det nödvändigt att ta hänsyn till hur människor i allmänhet tillägnar sig och använder liknande kunskaper. Perspektivet blir för snävt om man enbart ser till om patienterna kan redogöra för rättsliga begrepp eller räkna upp samtliga särskilda villkor de är underkastade i läxförhörsliknande frågor.

Det förefaller mer relevant att ställa frågan om patienterna har tillräcklig förståelse för regelverket så att de känner centrala principer, vet hur de kan skaffa sig mer kunskap om detaljer när det känner behov och att de på ett relevant sätt kan agera utifrån sina intressen. Här behöver inblandade aktö-

rer också väga in att patienter ofta accepterar eller ställer sig positiva till betydande delar av vården. Det är inte konstigt om det är irrelevant för den enskilde att hålla i minnet om ett visst inslag i vården står som särskilt villkor om det rör sig om något som hon själv gärna gör. Trots bristerna i formell kunskap om särskilda villkor förefaller många patienter medvetna om vissa villkor, till exempel om medicinering, bruk av berusningsmedel och boende. Här blir det dock ofta oklart om hur de uppfattar den formella situationen. Detta får konsekvenser för deras följsamhet till behandling, vilket diskuteras mer utförligt nedan.

En annan omständighet som gör den bristande kunskapen om regelsystem förståelig är att lagstiftningen i sig inte är alldeles lätt att begripa. Hur ska en patient få ihop informationen om att hon vårdas enligt en tvångslag, att hon underkastas särskilda villkor men att det inte finns några tvångsmedel som egentligen tvingar henne att följa villkoren och att lagen inte ger vårdgivaren någon möjlighet att återinta henne enbart för att hon inte följer villkoren? Detta kan illustreras med ett citat från Ted, som vårdas på ett behandlingshem under öppen rättspsykiatrisk vård:

”Jag kommer i alla fall att kalla det som att jag är försöksutskriven när jag blir utskriven. Fast det är definitivt. För jag har dom här kraven på mig.”

Ted, som har lång erfarenhet av psykiatrisk vård, använder det formellt förlegade begreppet ”försöksutskrivning” och hävdar att det i praktiken inte spelar någon roll för honom om han har öppen rättspsykiatrisk vård eller inte. I en möjlig framtid då han är fri från öppen rättspsykiatrisk vård inser han att han riskerar återintas till sjukhusvård om han inte längre ”sköter sig”. Hans beskrivning är på samma gång formellt felaktig som den sannolikt är korrekt när det gäller praktiska konsekvenser.

Ett annat förhållande som blir oklart för några patienter är skillnaden mellan särskilda villkor och andra omständigheter som innebär inskränkningar i deras frihet. Det kan handla om vilken typ av boende som kommunen kan erbjuda, om hur socialförsäkringssystemet gör det olönsamt att förvärvsarbeta eller att det finns regler i boendet som patienten måste underkasta sig. För patienten kan alla dessa företeelser upplevas som att man i allmänhet förhindras att leva sitt liv som man vill av samhället.

På frågor om hur patienter fått information framgår att även om flera berättar att de fått information från företrädesvis läkare och biträden, upplever de inte att de får löpande information om vad som gäller för tvångsvården. Många har glesa kontakter med sin läkare, knappt någon anger att man pratar med den personal man möter dagligdags om tvånget. Några påpekar att boendepersonal är okunnig om tvångsvården.

Även om sammanhanget för förståelsen av regelverkets relevans vägs in går det inte att komma ifrån att de flesta patienter i studien inte kan sägas ha en god förståelse av regelverket. Patienter har inte i någon större utsträckning kritiserat vården för bristande information, men givet den integritetskränkande naturen av all tvångsvård är det inte acceptabelt att patienter inte informeras på ett mer utförligt sätt. Patienters bristande förståelse av regelverket måste också beaktas i tolkningen av deras allmänna värdering av tvångsvården. Det kan inte uteslutas att patienter skulle vara mer kritiska till vården om de hade en bättre förståelse för regelverket.

Slutsats

Slutsatsen av detta måste bli att vården behöver bli bättre på att informera patienter och säkerställa att de faktiskt förstår innebörden av tvångsvården, i synnerhet med avseende på rättigheter. Chefsöverläkarna har som ytterst ansvariga för vården ett uppenbart ansvar för detta, men det torde också vara nödvändigt att den personal som möter patienterna mer regelbundet i deras vardag tar större ansvar för patienters förståelse av innebörden av den öppna tvångsvården.

Negativa upplevelser

Det första som måste sägas angående negativa upplevelser är att det trots uttryckliga frågor om kränkningar endast finns enstaka kommentarer om starkt negativa upplevelser av den öppna tvångsvården. Det finns inget i materialet som tyder på allvarliga fall av kränkningar eller maktmissbruk. Negativa upplevelser hänförs i viss utsträckning till vad som tidigare inträffat i slutenvård. De få exempel på direkt negativa händelser som tas upp rörande den öppna tvångsvården berör medpatienter eller enskilda individer bland personal. När patienter berättar om negativa händelser vill de samtidigt ofta betona att det rör sig om isolerade företeelser.

När det gäller negativa erfarenheter i bredare bemärkelse finns det några få patienter som är starkt kritiska mot tvångsvården i stort och nästan alla kan berätta om negativa upplevelser. Dessa är av varierande karaktär, men här bör nämnas en allmän obehagskänsla av att leva under tvång, synpunkter på medicinering, och för några patienter i öppen rättspsykiatrisk vård onödigt förbud mot att alls smaka alkohol.

Det är förvisso tänkbart att urvalet av intervjupersoner lett till att resultatet blir mer positivt än för populationen som helhet, likaså att intervjupersoner under en kort intervju inte varit benägna att ge uttryck för kritik. Intrycket under intervjuerna har dock varit att intervjupersonerna varit öppna och intervjuaren har inte haft någon känsla av att de har känt sig hämmade i att ge uttryck för kritik.

Slutsats

Slutsatsen blir att den öppna tvångsvården endast i liten utsträckning lett till kränkande upplevelser. Att den ändå gett upphov till negativa upplevelser är troligtvis oundvikligt då det faktiskt är frågan om tvångsvård.

Följsamhet

En särskild frågeställning i studien har varit vilka mekanismer som gör att patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning följer de särskilda villkor som ställs upp, trots att lagen i praktiken inte ger vården några befogenheter att tvinga patienter.

Det första svaret på frågan är de flesta patienter i studien inte har några kraftiga invändningar mot huvudinriktningen på den vård som föreskrivs. De är överens med vårdgivarna om vilka behov och åtgärder som är viktiga,

alternativt har de tillräckligt förtroende för vården för att acceptera de rekommendationer som ges.

Det andra svaret på frågan är att patienter i stor utsträckning uppfattar att de skulle kunna bli återintagna på sjukhus om de inte följer sina särskilda villkor. Detta är formellt sett en felaktig föreställning när det gäller patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning. Patienter berättar att de fått denna uppfattning genom vad som är underförstått, från erfarenheter av vad som inträffat tidigare eller genom direkta hot från personal.

Även om patienter i öppen rättspsykiatrisk vård inte med automatik kan återintas för att de brutit mot villkor, är ribban för återintagning lägre. För dem som vistas på behandlingshem framstår dock beslut om permissioner som ett viktigare medel att skapa följsamhet än möjligheten till återintagning. Men kanske viktigare för dessa patienters följsamhet är deras förståelse av att vården helt enkelt går ut på att man ska sköta sig. Genom att sköta sig kan man successivt förtjäna utökade friförmåner, alternativt bestraffas avsteg med minskade friförmåner. Detta tänkande förefaller delvis komma från en kriminalvårdskultur som många har erfarenhet av.

Ett tredje svar på varför patienter följer vårdgivarnas anvisningar är att de är osäkra på vad regelverket tillåter. Det finns ett flertal exempel på att patienter är följsamma mot inslag i vården som de egentligen ogillar utan att dessa kan sägas vara direkta inslag i tvångsvården. Liksom i fråga om missuppfattningar om möjligheterna till återintagning blir det här viktigt att diskutera vilken information patienter får från vårdgivarna. Tidigare har det konstaterats att det finns påfallande brister i informationen. Det förefaller troligt det ibland kan ligga strategiska överväganden bakom att inte ge fullständig information eller korrigera patienters missuppfattningar. Då öppen psykiatrisk tvångsvård inte ger några utökade möjligheter att tvinga patienten att följa villkor, kan det ur behandlarens synvinkel te sig positivt för patienten om hon inte känner till att hon kan bryta mot villkor utan omedelbara konsekvenser.

Ett fjärde svar kan vara att oavsett hur patienter uppfattar de formella konsekvenserna av att inte följa särskilda villkor, så uppfattar de dessa bindande på ett moraliskt plan. Det faktum att en domstol fastställt villkoren ger en symbolisk tyngd åt dem. Detta kan liknas vid att människor tenderar respektera förbud mot att gå mot röd gubbe vid ett övergångsställe även om detta inte leder till böter. I sammanhanget av att patienten ofta har en långvarig relation med psykiatri och socialtjänst är det också sannolikt att många patienter upplever att de i stor utsträckning vill tillmötesgå de krav som ställs på dem i denna relation.

Slutsats

Slutsatsen blir att patienter i stor utsträckning följer sina särskilda villkor frivilligt. I de fall de inte vill följa villkor förefaller missuppfattningen att brott mot villkor ger vården rätt att återinta dem till sjukhus vara en viktig faktor. Vidare förefaller patienters okunskap i vidare mening göra dem följsamma. Ur ett rättssäkerhetsperspektiv är det därför viktigt att vårdgivarna

säkerställer att patienter känner till sina rättigheter och vilka följder som är möjliga när de väljer att följa sina egna överväganden i fråga om vården.

Referenser

Borum, R., Swartz, M., Riley, S., Swanson, J., Hiday, V. A., & Wagner, R. (1999). Consumer perceptions of involuntary outpatient commitment. *Psychiatric Services, 50*(11), 1489-1491.

Churchill, R., Owen, G., Singh, S., & Hotopf, M. (2007). *International experiences of using community treatment orders*: UK Department of Health.

Dennis, D. L., & Monahan, J. (Eds.) (1996). *Coercion and Aggressive Community Treatment. A New Frontier in Mental Health Law*. New York, N.Y.: Plenum Press.

Gault, I. (2009). Service-user and carer perspectives on compliance and compulsory treatment in community mental health services. *Health & Social Care in the Community, 17*(5), 504-513.

Geller, J. L., Fisher, W. H., Grudzinskas, J. A. J., Clayfield, J. C., & Lawlor, T. (2006). Involuntary outpatient treatment as "desintitutionalized coercion": The net-widening concerns. *International Journal of Law and Psychiatry, 29*(6), 551-562.

Gibbs, A., Dawson, J., Ansley, C., & Mullen, R. (2005). How patients in New Zealand view community treatment orders. *Journal of Mental Health, 14*(4), 357-368.

Gibbs, A., Dawson, J., & Mullen, R. (2006). Community Treatment Orders for People with Serious Mental Illness: A New Zealand Study. *Br J Soc Work, 36*(7), 1085-1100.

Høyer, G., Lidz, C. W., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Kjellin, L., & Sigurjonsdottir, M. (2002). Measurements of perceived coercion; methodological problems. *European Psychiatry, 17*, 89S-89S.

Kisely, S., Campbell, L. A., & Preston, N. (2007). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders (Review). *The Cochrane Library* (1).

Kjellin, L. (1996). *Coercion in Pscyhiatric Care. Formal and informal - justification and ethical conflicts*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

O'Brien, A. J., McKenna, B. G., & Kydd, R. R. (2009). Compulsory community mental health treatment: Literature review. *International Journal of Nursing Studies, 46*(9), 1245-1255.

Proposition. (2007). *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården (Government bill: New form of care in compulsory psychiatric care)*. Stockholm.

Redlich, F. C., & Monahan, J. (2006). General Pressures to Adhere to Psychiatric Treatment in the Community. *International Journal of Forensic Mental Health, 5*(2), 125-131.

Schwartz, K., O'Brien, A.-M., Moral, V., Armstrong, M., Fleming, C., & Moore, P. (2010). Community Treatment Orders: The Service User Speaks. Exploring the Lived Experience of Community Treatment

Orders. *International journal of psychosocial rehabilitation, 15* (1), 39-50.
Sjöström, S. (1997). *Party or Patient? Discursive Practices Relating to Coercion in Psychiatric and Legal Settings*. Umeå: Boréa bokförlag.
Sjöström, S. (2006). Invocation of coercion context in compliance communication - power dynamics in psychiatric care. *International Journal of Law and Psychiatry, 29*(1), 36-47.
Sjöström, S. Zetterberg, L. & Markström, U. (2011). Why community compulsion became the solution. Reforming mental health law in Sweden. *International Journal of Law and Psychiatry,* 34(6), 419-428.
Socialstyrelsen. (2008). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmäna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättsspsykiatrisk vård*. Stockholm: Socialstyrelsen, SOSFS 2008:18.
Socialstyrelsen. (2010). *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården*. Stockholm.
Steadman, H., & Redlich, A. D. (2006). A Scale to Measure Perceived Coercion in Everyday Life:
A Concept to Inform Research on the Legal Issues of Coerced Treatment. *International Journal of Forensic Mental Health, 5*(2), 167-171.
Steadman, H. J., Gounis, K., Dennis, D., Hopper, K., Roche, B., Swartz, M., & Robbins, P. C. (2001). Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatric Services, 52*(3), 330-336.
Swanson, J. W., Borum, R., Swartz, M. S., Hiday, V. A., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (2001). Can Involuntary Outpatient Commitment Reduce Arrests Among Persons With Severe Mental Illness? *Criminal Justice and Behavior, 28*(2), 156-189.
Swartz, M., Swanson, J., Steadman, H. J., Robbins, P. C., & Monahan, J. (2009). *New York State Assisted Outpatient Treatment Program Evaluation*. Durham, NC: Duke University School of Medicine.
Swartz, M. S., Wagner, H. R., Swanson, J. W., Hiday, V. A., & Burns, B. J. (2002). The perceived coerciveness of involuntary outpatient commitment: Findings from an experimental study. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 30*(2), 207-217.
Szmukler, G., & Appelbaum, P. S. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health, 17*, 233-244.
Östman, M. (2000). *Family burden and participation in care. A study of relatives to patients admitted to voluntary and compulsory psychiatric care.* Unpublished PhD, Lund University, Lund.