Prova nu Läs SvD digitalt gratis i 2 månader

Prenumerera Logga in

Debatten om tvångsvård

”Risk för avtrubbning inom tvångsvården”

Foto: Magnus Hjalmarson Neideman

KULTURDEBATT | Endast en mindre del av alla tvångsvårdsdagar motiveras av att patienten utgör en akut fara för sig själv eller andra, skriver Stefan Sjöström, professor i socialt arbete vid Uppsala universitet.

Publicerad 2021-11-08

Idé- & kulturdebatt i SvD Kultur

Det här är en idé- & kulturdebattsartikel publicerad av SvD:s kulturredaktion. Åsikterna som uttrycks är skribentens egna. Om du har synpunkter eller vill delta i debatten kan du mejla kulturdebatt@svd.se

”Vad skulle du göra om du hade ett gevär och såg en beväpnad fiende som du *visste* skulle döda tio oskyldiga barn om inte du först dödade honom?”

Den frågan fick vi som i mitten av 80-talet sökte vapenfri tjänst. Den verkar litet naiv faktiskt, men syftet var väl att på något sätt försöka isolera ett ”rent” moraliskt ställningstagande från verklighetens komplexitet.

Detta påminner mig om en typ av pedagogiskt exempel som återkommit under de trettio år som jag forskat om och följt debatten om psykiatrisk tvångsvård.

”Vad gör du med en person som du *vet* kommer att ta livet av sig inom kort om du inte låser in personen?”

För de allra flesta är svaret på båda dessa frågor enkla. I det senare fallet skulle nog nästan alla argumentera för att ett tvångsingripande är befogat.

Problemet här: frågan om tvång i psykiatrin är så mycket större. Faktum är att endast en mindre del av alla tvångsvårdsdagar motiveras av att patienten utgör en akut fara för sig själv eller andra. Intagningskriterierna är betydligt vidare än så.

Tvångets potentiella fördelar måste alltid vägas mot dess biverkningar. Det är oomstritt att de mediciner som typiskt används för tvångsvårdade patienter har biverkningar. Men det finns också andra sorters biverkningar. Både Stina Oscarson och Josefin de Gregorio har i tidigare artiklar på denna plats beskrivit vad vi kan kalla humanitära biverkningar, om upplevelser av kränkt integritet.

Tänk på patienten som frivilligt söker hjälp, men som finner att dörren slår igen och låses. Här riskerar vi relationella biverkningar. Vad händer med tilliten till vården, med den terapeutiska relationen? Kommer personen alls tillbaka nästa gång?

Ur rättsstatens perspektiv är tvånget ett undantag. Men för dem som har den svåra uppgiften att praktisera tvånget, blir det till vardag. Och då uppstår biverkningar på vårdens sätt att bemöta patienter. Vilken vårdkultur uppstår när tvånget är det normala? Risken för avtrubbning inför det vi annars inte vill acceptera är uppenbar. Det måste också sägas: exemplen på rena övergrepp är tyvärr för många och drabbar även frivilligt vårdade.

Ett annat slags problem handlar om varför just psykiatrins patienter skyddas med tvång. Ett av sjukvårdens största dilemman är att patienter inte gör som doktorn säger. Trots bättre vetande kan patienter vara ovilliga att ta sin medicin, äta bättre, stressa mindre, eller sova och motionera mer.

Jag tänker att schizofreni är påfallande likt åkommor som diabetes, fetma eller kronisk inflammatorisk tarmsjukdom (IBD). Alla är svåra för vården att bota, vilket innebär att människor ofta lever hela liv med dem. Utan åtgärder kan följderna för hälsa och livskvalitet bli allvarliga, rentav livshotande. Tyvärr är många patienter dåliga på att följa vårdens rekommendationer, något som skapar oro och frustration bland anhöriga.

Hur hanterar vården bristande ”följsamhet”, som det heter? Inom somatisk vård talar man om upplysning, information, utbildning. Det finns hela forskningsfält om detta.

Foto: Håkon Mosvold Larsen/TT

Jag gör därför en högst ovetenskaplig sökning i den medicinska databasen PUBMED. Söker först på artiklar om ”patient education” tillsammans med ”diabetes”. Det blir 11504 vetenskapliga artiklar. Sedan ”patient education” och ”schizophrenia” – 752 träffar. En enskild illustration, javisst, men den stämmer också väl med mitt och andras intryck: jämfört med andra medicinska specialiteter, är psykiatrin betydligt mindre intresserad av att förstå patienters tveksamhet eller hur man ska göra för att motivera dem.

Det som för diabetesvården är ett kommunikationsproblem tycks för psykiatrin bli ett lydnadsproblem. Dialogen hamnar i bakvattnet av reaktionen, tvångsingripandet. Ytterligare en av tvångets sociala biverkningar.

Nästa problem: exemplen vi började med förutsätter att vi är någorlunda säkra på att något dåligt kommer att hända om vi inte använder tvång. Men det finns strängt taget ingen vetenskaplig evidens för att tvångsvård har de positiva effekter man hoppas på. Förvisso är det metodologiskt svårt att visa detta. Och frånvaron av evidens behöver inte betyda att tvånget inte fungerar som avsett. Teoretiskt förefaller det rimligt att akuta kriser kan avhjälpas bättre med tvång. Däremot är det vanskligt att på vetenskaplig grund hävda att långvarigt tvång är positivt.

När det gäller tvång i öppenvård utanför sjukhus börjar den internationella forskningen landa i konsensus om att eventuella positiva effekter är obetydliga. Då tvångsvård innebär så allvarliga frånsteg från demokratiska fri- och rättigheter, borde beviskraven på positiva effekter ställas mycket högt för att den ska tillåtas.

Tvivlen på tillförlitligheten i bedömningar om tvång blir inte mindre för den som vet att det i Sverige som i andra länder finns betydande regionala skillnader i tvångsanvändning. En variation som inte kan förklaras med att svåra psykiska sjukdomar skulle vara vanligare i vissa regioner än i andra. Det är helt enkelt så att bedömarna lägger ribban olika på olika platser. Olika tvångskulturer, alltså. Det är inte förvånande då forskningen knappast ger vägledning.

Jag skriver om problemen, det är lättast. För de är så uppenbara. Lösningar? Strama åt bestämmelser så att tvångsingripanden enbart tillåts i akuta situationer. Även begränsningar i tid kan vara rimligt. Redan 1982 lade Socialberedningen ett förslag om en strikt begränsning på tre månader. En annan förbättring: inför ett absolut krav på att den som tvångsvårdas ska sakna beslutsförmåga, vilket också Moa Kindström Dahlin argumenterade för.

Om diabetiker kan riskera liv och välmående genom att vara tjurskalliga, obildade, irrationella – mänskliga – bör vi erbjuda psykiskt sjuka samma mått av fri- och värdighet.

Stefan Sjöström är professor i socialt arbete vid Uppsala universitet

RELATERADE ÄMNEN

Tvångsvård Stina Oscarson Kulturdebatt

Schibsted SvD.se är en del av Schibsted. Schibsted är ansvarig för dina data på denna sida. Läs mer här