

Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Kartläggning och utvecklingsförslag

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2023-8-8681

Publicerad www.socialstyrelsen.se, augusti 2023

Förord

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen genomfört en kartläggning av den psykiatriska tvångsvården respektive den rättspsykiatriska vården. Baserat på kartläggningen lämnar myndigheten även utvecklingsförslag som syftar till en mer jämlik och rättssäker vård, ökade kunskaper kring tvångsförebyggande arbete, samt en trygg och säker vård av god kvalitet när tvångsvård blir aktuell. Rapporten riktar sig till regeringen men även till professionen och andra relevanta beslutsfattare.

Rapporten har tagits fram av Catrine Berglie (projektledare), Anna Bredin (projektledare) och Peter Salmi (huvudprojektledare). Sofia Collin (metodstatistiker), Ylva Ginsberg (medicinskt sakkunnig, tidigare medverkan), Charlotte Nymberg (projektledare, tidigare medverkan), Pontus Strålin (medicinskt sakkunnig) och Ulrika Söderman Wramsby (utredare) har ingått i projektgruppen. Projektgruppen har haft en styrgrupp på myndigheten till sitt förfogande. Ansvarig enhetschef och projektägare har varit Rickard Broddvall. Avdelningschef har varit Natalia Borg.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Kartläggning och utvecklingsförslag	7
Stora regionala skillnader i psykiatrisk tvångsvård	7
Vårdens innehåll	8
Omfattande behov av stöd	8
Socialstyrelsens bedömning	8
Bakgrund till Socialstyrelsens uppdrag	9
Behov av ökad kunskap	9
Centrala begrepp i uppdraget	10
Rättssäkerhet inom tvångsvården	11
Variationer i förekomst och vårdens innehåll	11
Metod och genomförande	13
Avgränsningar i regeringsuppdraget	13
Tre aspekter för kartläggningens upplägg	13
Registerstudier	14
Enkäter	15
Verksamhetsdialoger	16
Patient- och anhörigerfarenheter	17
Evidensläge och övrigt material	18
Förekomst och förebyggande av psykiatrisk tvångsvård – innan tvångsvård är aktuell	19
Översikt av psykiatrisk tvångsvård i riket	19
Regionala skillnader i psykiatrisk tvångsvård	22
Att arbeta förebyggande	27
Olika praxis och metoder	27
Six Core Strategies	27
Safewards	28
TERMA, RESIMA och Bergenmodellen	29
Peer support	29
Vårdens innehåll – när psykiatrisk tvångsvård pågår	30
Tvångsåtgärder	31
Effekter av tvångsåtgärder och patienters upplevelse av trygghet ..	32
Förebygga tvångsåtgärder	34
Förebygga återinläggning	35
Vikten av återhämtning	36

Arbetsätt inom öppenvården för patienter som vårdats i slutenvård psykiatrisk vård.....	41
Samverkan	41
Den fysiska vårdmiljön och lokalernas utformning	43
Delaktighet och inflytande	47
Patienternas delaktighet i sin egen vård	48
Metoder, kunskap och arbetsätt varierar.....	51
Efter utskrivning från psykiatrisk tvångsvård – när tvångsvård avslutas	52
Uppföljning av patienterna efter utskrivning från tvångsvård	52
Slutsatser och utvecklingsförslag.....	58
Huvudsakliga slutsatser	58
Socialstyrelsens bedömning och utvecklingsförslag	60
Nationellt kunskapsstöd för tvångsvård	60
Övriga utvecklingsförslag	60
Referenser	63
Metodbeskrivning registerstudier	65
Ordförklaringar och definitioner.....	65
Datakällor och variabler.....	65
Patientregistret (PAR), Socialstyrelsen.....	65
Kvalitetsregistret Rättpsyk	65
Utbildningsregistret, Socialstyrelsen	65
Dödsorsaksregistret (DORS), Socialstyrelsen	66
Insatser för barn och unga (BU), Socialstyrelsen	66
Tvångsvård av vuxna missbrukare (LVM), Socialstyrelsen	66
Befolkningsregistret (BEF), Socialstyrelsen.....	66
RAKS, Statistiska Centralbyrån	66
RTB, Statistiska Centralbyrån	66
Vennediagram.....	66
Uppföljning efter psykiatrisk tvångsvård	66
Grupp LPT	67
Jämförelsegrupp till LPT.....	67
Grupp LRV	67
Jämförelsegrupp till LRV.....	67

Sammanfattning

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen genomfört en kartläggning av den psykiatriska tvångsvården i syfte att säkerställa att tvångsvården är jämlik och rättssäker, samt att den är trygg och säker för patienterna och håller god kvalitet. Psykiatrisk tvångsvård avser här både vård som bedrivs med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. År 2021 vårdades omkring 11 000 patienter enligt LPT och omkring 2 000 patienter enligt LRV. Kartläggningen är en fortsättning på den delredovisning av uppdraget som Socialstyrelsen överlämnade till regeringen den 1 augusti 2021.

Kartläggning och utvecklingsförslag

Kartläggningen har omfattat registerstudier och ett utåtriktat arbete gentemot verksamheter i form av dialogmöten och enkätutskick. Patienterfarenheter och anhörig erfarenheter har på Socialstyrelsens uppdrag inhämtats av Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH, och evidensläget för vissa tvångsförebyggande metoder och arbetssätt har undersökts av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU.

Baserat på de erfarenheter och kunskaper som inhämtats inom ramen för kartläggningen lämnar Socialstyrelsen ett antal utvecklingsförslag. Målet är att den psykiatriska tvångsvården ska vara likvärdig i hela landet för de patienter som insjuknar i ett psykiatriskt tillstånd, att tvångsvården är av god kvalitet när den blir aktuell och att hälso- och sjukvård och socialtjänst beaktar det omfattande behovet av vård och omsorg som ofta föreligger efter utskrivning från psykiatrisk tvångsvård.

Stora regionala skillnader i psykiatrisk tvångsvård

Socialstyrelsen kan konstatera att det förekommer stora regionala variationer när det gäller andelen personer som vårdas med psykiatrisk tvångsvård. Skillnaderna mellan regionerna är också stora när det gäller i vilken utsträckning tvångsvård används vid ett första insjuknande i ett psykiatriskt tillstånd. I genomsnitt vårdas exempelvis omkring 35 procent av patienter som insjuknar med schizofreni och liknande tillstånd enligt LPT, och inte med frivillig vård. Andelen patienter varierar dock betydligt mellan regioner – i vissa regioner är det under 20 procent medan andra regioner vårdar närmare 60 procent av patienterna enligt LPT, vid första vårdtillfället på grund av schizofreni och liknande tillstånd. Det förefaller vara så att vissa regioner kan förebygga och undvika tvångsvård i större utsträckning än andra regioner, genom att i större omfattning använda sig av frivilliga vårdformer som specialiserad öppenvård eller heldygnsvård. Även skillnader i praxis vid verksamheterna kan bidra till regionala skillnader i förekomst av tvångsvård.

Kartläggningen visar att regionerna arbetar på olika sätt och med olika metoder för att förebygga tvångsvård och tvångsåtgärder. Med tvångsåtgärder menas här de särskilda åtgärder som under vissa förutsättningar får användas vid slutna psykiatrisk tvångsvård och slutna rättspsykiatrisk vård, inklusive fastspänning, behandling utan samtycke, och avskiljning. Användandet av tvångsåtgärder är reglerat i LPT och LRV.

Vårdens innehåll

Det finns också skillnader i hur verksamheterna i regionerna arbetar med patienternas delaktighet, trygghet och möjlighet till återhämtning. Det finns ett stort intresse i verksamheterna för att arbeta mer förebyggande och med ökat fokus på återhämtning, och det efterfrågas kunskap och stöd. Patienterfarenheterna visar att det finns mer att göra för att involvera patienterna i den egna vården samt att stödja patienternas återhämtning.

Psykiatriverksamheternas lokaler sätter ibland gränserna för hur verksamheten kan bedrivas, och begränsningar i lokalernas utformning kan till och med leda till att tvångsåtgärder inte kan förebyggas. Begränsningar i lokalernas utformning kan också skapa inskränkningar i tillgången till frisk luft och utemiljö för patienter i tvångsvård.

Omfattande behov av stöd

Det finns enligt kartläggningen ett omfattande behov av vård och omsorg efter utskrivning från tvångsvård. Olika socioekonomiska förhållanden som föreligger vid inskrivning förvärras inte sällan efter utskrivning. Två år efter utskrivning från vård enligt LPT har nästan 40 procent av patienterna ekonomiskt bistånd eller sjuk- eller aktivitetsersättning som sin huvudsakliga inkomstkälla. Motsvarande siffra för befolkningen är omkring 5 procent. Sämre socioekonomiska förhållandena jämfört med befolkningen förekommer också när det gäller patienter som har vårdats enligt LRV. Riskerna för suicid eller att avlida av andra orsaker inom två år efter utskrivning är också påtagligt förhöjda för personer som skrivs ut från psykiatrisk tvångsvård jämfört med befolkningen.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen lämnar ett centralt utvecklingsförslag kring ett nationellt kunskapsstöd för psykiatrisk tvångsvård och det tvångsförebyggande arbetet vid vård enligt LPT och LRV. Myndigheten har även identifierat ytterligare ett antal utvecklingsbehov. Bland annat behövs utveckling inom områdena statistik och uppföljning av tvångsvård, ökad kunskap kring de kraftigt förhöjda dödsfallen efter utskrivning från tvångsvård, och ökad kunskap om psykiatrins lokaler med fokus på lokaler där tvångsvård ges. Därtill har Socialstyrelsen identifierat ett behov att genomföra hälsoekonomiska analyser av psykiatrisk tvångsvård och dess konsekvenser, med syfte att skapa jämlik, trygg och rättssäker vård.

Bakgrund till Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården¹. En delredovisning av uppdraget skedde i augusti 2021².

Syftet med uppdraget är att regeringen vill öka kunskapen om psykiatrisk tvångsvård och om de personer som kan vara aktuella för vårdformen. Socialstyrelsen ska även lämna utvecklingsförslag mot bakgrund av kartläggningens resultat, i syfte att skapa förutsättningar för likvärdig psykiatrisk tvångsvård och en vård av god kvalitet.

Behov av ökad kunskap

Den psykiatriska tvångsvården regleras av två särskilda lagar beroende på vilken vårdform som är aktuell. Den ena är lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och den andra är lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV. Båda lagarna ger stöd att omhänderta en individ för behandling och vård mot sin vilja. När det gäller LRV tillämpas lagen endast på lagöverträdare som har en psykisk störning.

Lagstiftningen bygger främst på ett bedömt vårdbehov hos patienten. Förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT är 1) att patienten lider av en allvarlig psykisk störning, 2) att patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk heldygnsvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller behöver iakttas särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård), och 3) att patienten motsätter sig vård eller att det på grund av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med patientens samtycke³. Även för rättspsykiatrisk vård krävs att patienten lider av en allvarlig psykisk störning. Förutsättningarna utöver det är lite olika angivna beroende på om personen ska ges rättspsykiatrisk vård efter beslut av domstol⁴ eller om personen t.ex. är anhållen, häktad, intagen i kriminalvårdsanstalt eller på särskilt ungdomshem⁵. Även enligt LRV kan tvångsvården ges som öppen rättspsykiatrisk vård.

Under pågående sluten tvångsvård finns det enligt både LPT och LRV ett antal tvingande åtgärder som vården har rätt att vidta om det finns skäl för det. Exempelvis kan en patient, när det finns en omedelbar risk att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan, kortvarigt spännas fast med

¹ Uppdrag att genomföra en kartläggning av den psykiatriska tvångsvården respektive den rättspsykiatriska vården. S2021/02640

² Delredovisning av. S2021/02640. Uppdrag att genomföra en kartläggning av den psykiatriska tvångsvården respektive den rättspsykiatriska vården.

³ Se 3 § LPT.

⁴ Se 1 § andra stycket 1 LRV och 31 kap. 3 § brottsbalken.

⁵ Se 1 § andra stycket 2-4 och 4 § LRV.

bälte⁶. En patient kan också ges behandling utan samtycke om det bedöms vara nödvändigt efter beslut av chefsöverläkare eller annan erfaren läkare med specialistkompetens och som har chefsöverläkardelegation⁷. Den vanligaste formen av behandling utan samtycke är med injektioner och sker inte sällan i praktiken under fasthållning eller fastspänning⁸.

Hur tvångsåtgärder får användas är reglerat i lag, och allt användande av tvångsåtgärder ska också dokumenteras. Tvångsåtgärder ska enligt lag utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten, och de får bara användas om kränkningen av individens frihet står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Både LPT och LRV specificerar dessutom att om mindre ingripande åtgärder räcker ska de användas i första hand⁹. Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta¹⁰.

Mot bakgrund av att grundlagsskyddade mänskliga friheter och rättigheter i vissa avseenden är begränsade vid tvångsvård ställs höga krav på rättssäkerhet och på att vården bedrivs med hänsyn till den enskilde och med respekt för patientens integritet.

Centrala begrepp i uppdraget

Syftet med kartläggningen har varit att frambringa resultat som kan ge slutsatser om huruvida vården bedrivs i enlighet med vissa centrala begrepp som nämns i uppdragets formulering. De utvecklingsförslag som myndigheten föreslår i och med kartläggningen har till syfte att leda vården i den riktning som dessa begrepp innebär.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, slår fast att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen¹¹. Det medför att den vård som ges ska vara jämlik – inte bara mellan regionerna utan också exempelvis mellan kön och socioekonomiska grupper. Andra centrala utgångspunkter för den svenska hälso- och sjukvården är att respektera och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet samt att vården ska vara säker och lätt tillgänglig, som uttrycks bland annat i patientlagen (2014:821), PL, och patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Även vård som ges med tvång enligt LPT och LRV omfattas av de grundläggande krav som gäller för hälso- och sjukvården.

För vård som ges med stöd av tvångslagstiftning ställs en del av dessa frågor på sin spets. Hur kan vården bereda möjlighet för patienten att vara delaktig och insatt om det samtidigt saknas samtycke? I en sådan situation är det extra viktigt att beakta hur vårdsituationen, trots inbyggda svårigheter, kan vara trygg och säker och hur vården kan respektera patientens integritet. I

⁶ Se 19 § LPT, 8 § LRV.

⁷ Se 17 § tredje stycket LPT, 6 § andra stycket § LRV och 23 § LRV.

⁸ Fasthållning är emellertid inte ett begrepp som är reglerat i LPT eller LRV. I bestämmelsen om fastspänning i 19 § LPT (som även gäller rättspsykiatrisk vård), omfattar rekvisiten för när fastspänning får användas inte uttryckligen ett medicineringsfall. Utredningen om vissa tvångsvårdsfrågor resonerar mer om detta i betänkandet God tvångsvård (SOU 2022:40) på s. 147.

⁹ Se 2 a § LPT och 2 a § LRV.

¹⁰ Se 2 b § LPT och 2 b § LRV.

¹¹ Se 3 kap. 1 § HSL.

denna kartläggning, och i utformandet av utvecklingsförslagen, har fokus därför varit på hur det går att säkerställa att vården är trygg och säker och av god kvalitet, samt att den är jämlik.

Rättssäkerhet inom tvångsvården

Inom psykiatrisk vård är det av största vikt att vårdens hantering av tvångsmedel, som tvångsvård och tvångsåtgärder, sker på ett rättssäkert sätt. I ett större perspektiv inbegriper rättssäkerheten inom tvångsvården alla de samhälleliga tvångsmedel som kan tas i anspråk, men i denna kartläggning har Socialstyrelsen begränsat uppdraget till att titta på de delar som faller under hälso- och sjukvårdens ansvar. Socialstyrelsen instämmer i att rättssäkerheten för tvångsvårdade patienter även inom de förvaltningsjuridiska processerna måste säkerställas, men har i denna granskning inte haft möjlighet att inkorporera dem.

De regionala skillnader inom psykiatrisk tvångsvård som har kartlagts under detta uppdrag, och som beskrivs utförligare nedan, skulle på ett övergripande plan kunna tyda på att vården inte är rättssäker för den enskilde. Om läkare tolkar förutsättningarna för tvångsvård olika, till exempel när det gäller bedömningen av vad som är en allvarlig psykisk störning, innebär det att alla inte behandlas lika inför lagen och att det inte går att förutse hur lagen kommer att tillämpas. Det är problematiskt utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv om skillnader mellan regionerna beror på olika arbetssätt när det gäller att undvika eller förebygga tvångsvård, exempelvis genom att förmå en patient att medverka till frivillig vård inom antingen öppen vård eller heldygnsvård istället. I dessa fall innebär det att ett specifikt arbetssätt blir avgörande för om en patient blir aktuell för psykiatrisk tvångsvård eller inte.

Variationer i förekomst och vårdens innehåll

Psykiatrisk tvångsvård regleras i de flesta länder av lagstiftning. Lagstiftningen kan dock skilja sig åt mellan länder när det exempelvis gäller vem som kan fatta beslut om tvångsvård [1]. Det har konstaterats stora skillnader i förekomst av tvångsvård mellan olika länder. Socialstyrelsen har inte inom ramen för denna kartläggning undersökt orsakerna till skillnaderna i tvångsvård i ett internationellt perspektiv. Det går dock inte att dra slutsatsen att sådana skillnader främst skulle ha sin grund i olika lagstiftning utan andra, i stor utsträckning, okända faktorer spelar roll [1].

I Sverige finns regionala skillnader i förekomst av psykiatrisk tvångsvård trots att lagstiftningen är lika. Skillnaderna kan vara svåra att förstå, liksom de skillnader i tvångsvård som finns mellan olika länder [2]. Det kan till exempel röra sig om praxisskillnader vid vårdinrättningarna, skillnader när det gäller tvångsförebyggande arbete mer generellt eller tillgången till vårdplatser.

Utöver skillnader i förekomst av tvångsvård konstaterades i ett betänkande från Bergwallkommissionen, en statlig offentlig utredning (SOU 2015:52), att det dessutom förekommer variationer mellan regioner när det gäller den vård och behandling som faktiskt erbjuds patienter som vårdas enligt LRV. En annan offentlig utredning har framfört liknande synpunkter med avseende på psykiatrisk heldygnsvård och tvångsvård (SOU 2017:111). Utredningen

efterfrågar exempelvis insatser som gör det möjligt att minska tvångsåtgärder och för att utveckla vården och dess innehåll.

Sammantaget finns således behov av ökad kunskap, inte bara om skillnader i förekomst av psykiatrisk tvångsvård utan också om skillnaderna i hur vården bedrivs och hur det tvångsförebyggande arbetet ser ut i regionerna.

Metod och genomförande

Avgränsningar i regeringsuppdraget

Enligt regeringsuppdraget gäller kartläggningen endast vuxna personer, 18 år och äldre, som vårdas eller kan bli aktuella för vård enligt LPT eller LRV. Vård enligt LPT och LRV kan ske i slutna och öppna specialiserad vård. I vissa fall redovisas sambanden mellan LPT och LRV med andra tvångsvårdslagstiftningar och frivillig vård.

Med specialiserad psykiatrisk vård generellt avses i denna kartläggning vård som innefattar utredningar, bedömningar, diagnostik, behandlingar och rådgivning till patienter med psykisk sjukdom och skadligt bruk eller beroende inom vuxenpsykiatri. I det inkluderas bland annat akuta och planerade besök, vård via mobila enheter och heldygnsvård. Utbudet kan variera mellan regionerna.

Under Socialstyrelsens föreliggande kartläggning av LPT och LRV lämnade Samsjuklighetsutredningen sitt slutbetänkande (SOU 2023:5). Utredningens uppdrag var att reformera insatserna till personer med samsjuklighet i skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska diagnoser, där ett centralt förslag är att renodla huvudmannskapet till hälso- och sjukvården när det gäller vård och behandling av personer med samsjuklighet. Utredningen har vidgats under arbetets gång och utredningen föreslår i slutbetänkandet att också den psykiatriska tvångsvården ska vara en del av reformen för personer med skadligt bruk eller beroende. Socialstyrelsen har därför beaktat samsjuklighetsutredningens slutsatser och förslag mot bakgrund av kartläggningens resultat.

Tre aspekter för kartläggningens upplägg

Socialstyrelsen har genomfört kartläggningen utifrån tre aspekter som följer patientens perspektiv i kronologisk ordning:

1. Förebyggande av psykiatrisk tvångsvård
2. Vårdens innehåll när tvångsvård blir aktuell
3. Hur det går för patienten efter utskrivning från tvångsvård

Syftet med denna uppdelning har varit att kunna sätta patientens upplevelse i fokus och utgå från att vården i högre grad ska organiseras och bedrivas med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar, som också uttrycks i omställningen till god och nära vård.

Kartläggningen har fokuserat på regionernas ansvar i det förebyggande arbetet, med fokus på det som sker i den specialiserade psykiatrin, men även i viss mån inom primärvården. Vad gäller den tredje delen har framförallt det regionala ansvaret samt övergången mellan regionalt och primärkommunalt

ansvar beaktats. Kommunernas ansvar och verksamheter har enbart undersökts översiktligt i uppdraget.

Kartläggningen har huvudsakligen genomförts a) med registerstudier b) med ett mer utåtriktat arbete med dialogmöten med, och utskick av enkäter till, verksamheter som bedriver specialiserad psykiatrisk vård, och c) genom ett uppdrag till Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH, för att inhämta erfarenheter från patienter och anhöriga.

Registerstudier

De registerstudier som Socialstyrelsen har genomfört inom ramen för kartläggningen har syftat till att 1) ge en översikt av den psykiatriska tvångsvården, 2) belysa geografiska skillnader, och 3) beakta demografi och hur det går för patienterna efter utskrivning från psykiatrisk tvångsvård.

Uppgifter har hämtats från flera nationella register. Förutom uppgifter i Socialstyrelsens egna register har även uppgifter om rättspsykiatrisk vård hämtats från kvalitetsregistret RättspsyK och uppgifter om olika socioekonomiska variabler från Statistiska centralbyrån (SCB). För en närmare beskrivning av detaljer kring genomförande av registerstudierna hänvisas till bilaga (Metodbeskrivning).

Avgränsningar på grund av statistikens kvalitet och tillförlitlighet

Socialstyrelsens nationella register, som patientregistret, utgör grund för myndighetens officiella statistik. När det gäller information om psykiatrisk tvångsvård från hälso- och sjukvården finns vissa brister i inrapportering, som innebär att uppgifter inte kan ingå i den officiella statistiken på grund av osäkerheter.

Registerstudierna har i denna kartläggning avgränsats till slutna psykiatrisk tvångsvård och utskrivning efter sådan. Den öppna psykiatriska tvångsvården har inte beaktats i registerstudierna, då Socialstyrelsen kan konstatera att vissa regioner inte rapporterar in öppen psykiatrisk tvångsvård. Öppen psykiatrisk tvångsvård är i dag inte heller lika omfattande som den slutna vårdformen och förhållandevis få patienter vårdas enligt vårdformen. Även när det gäller den rättspsykiatriska vården har den öppna vårdformen inte särskilt beaktats och redovisas inte som en separat vårdform. Utskrivning från vård enligt LRV innebär här att rättspsykiatrisk vård i sin helhet är avslutad.

Statistik om exempelvis antal personer som vårdas enligt psykiatrisk tvångsvård och vilka diagnoser som kan föranleda tvångsvård är allmänt mer tillförlitlig än statistik om tvångsåtgärder, vilka inrapporteras ofullständigt och av varierande kvalitet till Socialstyrelsen. Myndigheten redovisar därför inte resultat om tvångsåtgärder från registerstudierna då det har varit svårt att dra några säkra slutsatser om sådana vårdåtgärder.

Svårigheter finns också att exempelvis beskriva vårdkedjor inom slutenvården, där analyser av konverteringar från frivillig heldygnsvård till vård enligt LPT är svåra att följa och beskriva. Det finns vidare svårigheter att närmare beskriva förloppet från att vårdintyg har utfärdats till att vård enligt LPT blir aktuellt eller inte. I en sådan vårdkedja kan även beslut om

kvarhållning på vårdinrättningen förekomma. Sådana vårdkedjor beskrivs därför inte närmare i rapporten.

Tillförlitliga inrapporterade uppgifter till patientregistret, när det gäller omfattningen av psykiatrisk tvångsvård, är dessutom i hög grad avgörande för slutsatser om reella skillnader i psykiatrisk tvångsvård mellan regionerna – skillnader som har analyserats inom ramen för denna kartläggning. Socialstyrelsen har i kartläggningen arbetat med att säkerställa kartläggningens resultat, exempelvis genom att i oberoende analyser enbart använda sig av uppgifter från regioner som anses ha en säkerställd inrapportering. På så vis har det varit möjligt att garantera exempelvis att ett samband kvarstår. Myndigheten har även underbyggt resultaten från registerstudierna med dialogmöten med ett antal regioner. Likväl kan osäkerhet kvarstå på grund av skillnader i inrapporteringen från regionerna.

Det pågår inom Socialstyrelsen arbete på området, bland annat i ett regeringsuppdrag rörande den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården inklusive den psykiatriska tvångsvården (S2019/01522), som har ett tilläggsuppdrag avseende att säkerställa en god kvalitet i patientregistret vad gäller statistik om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, även för vuxna. Syftet är att statistiken på ett tillförlitligt sätt kan användas i uppföljnings syfte och som officiell statistik.

Det finns även pågående arbete inom Socialstyrelsen kring en nationell informationsstruktur där myndigheten bidrar till e-hälsa 2025. Arbetet rör strukturerad dokumentation och standardisering vid verksamheterna innan data skickas in till myndighetens register. Socialstyrelsen ser ett behov av en bredare översyn av hur en informationsstruktur bör se ut i olika led av datahantering av beslut som rör tvångsvård inklusive tvångsåtgärder och öppen psykiatrisk tvångsvård. Socialstyrelsen erfar att korrekt data på detta område både är viktigt ur ett kvalitetsutvecklingsperspektiv och ur ett rättssäkerhetsperspektiv, och betonar att även andra myndigheter, som IVO, är beroende av pålitliga data på detta område.

Socialstyrelsen konstaterar således olika behov av utveckling på området statistik och möjligheter till förbättrad uppföljning. Från verksamhetsdialogerna konstaterar myndigheten dessutom att det finns ett stort önskemål hos verksamheterna att ta del av tillförlitlig och användbar statistik, både när det gäller den egna verksamheten och för att kunna jämföra egna resultat med övriga regioner. Socialstyrelsen bedömer att det finns stor potential att bidra till regionernas kvalitetsutvecklingsarbete genom ökad tillgång till tillförlitliga data och relevant statistik¹².

Enkäter

Utifrån tolkningen av vilka uppgifter som behövde inhämtas enligt formuleringarna i regeringsuppdraget tog Socialstyrelsen fram en enkät. I det arbetet hade myndigheten hjälp av flera olika externa personer med bred och djup kunskap om psykiatrisk tvångsvårdsverksamhet, inklusive sakkunniga på

"Jag frågade verksamhetsutvecklaren om vi kunde få fram antal nyinsjuknade unga vuxna/år men det gick inte. I vårt system kan vi inte se detaljerna."
– verksamhetsföreträdare från en region

¹² Se exempelvis <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikdatabasen/>

Sveriges kommuner och regioner, SKR. Enkäten genomgick även den förordningsstyrda samrådsprocessen med SKR.

Enkäten färdigställdes i två i princip identiska versioner, en avsedd att fyllas i online av LPT-verksamheter och en annan avsedd för LRV-verksamheter. De två enkätlänkarna skickades till de olika verksamheterna den 21 november 2022. Utskick och påminnelser skickades per mejl och administrerades av SKR. Efter tre påminnelser och förlängningar avbröts insamlingen den 18 januari 2023.

Efter att några av de inkomna svaren i efterhand visade sig ha varit ifyllda i ”fel” enkät och därför vid databearbetningen flyttades till ”rätt” enkät, befanns totalt sett 34 svar från LPT-inrättningar och 14 svar från LRV-inrättningar ha inkommit. Den totala svarsfrekvensen går inte att ange exakt, eftersom det är oklart till hur många adressater i respektive målgrupp som SKR skickade mejlen med länkarna. Sett till fördelningen av svaren går det dock att konstatera att LPT-enkäten har besvarats av inrättningar i 20 av de 21 regionerna; endast från Region Jämtland/Härjedalen saknas svar. Det går också att konstatera att verksamheterna som har besvarat LPT-enkäten täcker närmare 70 procent av alla disponibla vårdplatser för heldygnsvård inom psykiatrin. För LRV-verksamheter är enkätens vårdplatstäckningsgrad 75 procent.

I enkäterna har Socialstyrelsen bland annat ställt frågor om ett antal arbetsmetoder som används för tvångsförebyggande arbete, patientdelaktighet, och återhämtning. Det har inte bifogats definitioner av respektive metod, och det har inte heller ingått frågor huruvida respektive metod har implementerats fullt ut av verksamheterna, vilket kan leda till att olika respondenter har gjort olika tolkningar.

Verksamhetsdialoger

Inom ramarna för kartläggningen har Socialstyrelsen genomfört ett antal verksamhetsdialoger, huvudsakligen uppdelat på två omgångar.

Under våren 2022 genomfördes dialoger med representanter för LRV-verksamheter i elva regioner¹³. och med representanter för LPT-verksamheter i nio regioner¹⁴. Vidare genomfördes också dialoger med företrädare för socialtjänsten i fjorton primärkommuner¹⁵. Temaområdena för dialogerna med verksamheterna inom LPT och LRV var samverkan, resurser/utbud av insatser, organisation/ledning samt bemanning/kompetens. Dialogerna fokuserade främst på vilka utmaningar respektive vilket behov av stöd som verksamheterna upplever finns inom respektive område. Temat för dialogerna med kommunerna var samverkan, och de fokuserade på nuläge respektive önskat läge, samt vilka hinder som upplevdes finnas däremellan.

I den andra omgången genomfördes åtta dialoger med verksamhetsrepresentanter från sju olika regioner¹⁶. Regionerna representerades exempelvis av verksamhetschefer, enhetschefer, chefsöverläkare och

¹³ Stockholm, Västra Götaland, Sörmland, Västernorrland, Kronoberg, Västerbotten, Skåne, Östergötland, Uppsala, Norrbotten och Jönköping.

¹⁴ Västra Götaland, Uppsala, Kronoberg, Dalarna, Skåne, Västerbotten, Kalmar, Stockholm och Jönköping.

¹⁵ Färgelanda, Sotenäs, Nykvarn, Malmö, Munkedal, Tyresö, Laholm, Trelleborg, Stockholm, Eslöv, Nora, Västerås, Sigtuna och Åmål.

¹⁶ Sörmland, Västmanland, Kalmar, Uppsala, Jönköping, Värmland och Blekinge.

verksamhetsutvecklare. Temat för omgång två var regionala variationer inom den vård som ges med stöd av LPT samt vårdens innehåll, inklusive förebyggande arbete, samverkan med andra aktörer, med mer. I ett urval av dialogerna deltog även representanter för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU.

Patient- och anhörigerfarenheter

Som ett komplement till myndighetens egna arbete inom denna kartläggning har Socialstyrelsen gett Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH, i uppdrag att inhämta patienters och anhörigas upplevelse av och behov inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Arbetet omfattade liksom kartläggningen i övrigt, ett helhetsperspektiv på upplevelser före, under och efter vårdtillfället.

NSPH genomförde enkätundersökningar, intervjuer och fokusgrupper med patienter och anhöriga under pågående tvångsvård samt efter utskrivning. NSPH:s resultat och slutsatser [3] har ingått i det material som legat till grund för Socialstyrelsens analyser och bedömningar under kartläggningen¹⁷.

NSPH sammanfattar de viktigaste slutsatserna från rapporten i ett antal punkter uppdelade på allmänna slutsatser och särskilda lärdomar kring läkemedelsbehandling och trygghet.

NSPH:s allmänna slutsatser:

- Tre fjärdedelar av de svarande har en ganska eller mycket *negativ* syn på psykiatrisk vård i allmänhet.
- Nästan hälften av dem har förståelse för att man valde att vårda dem med tvång (senaste gången det hände) men bara ca en fjärdedel håller med om att vården man fick under tvång var för ens bästa.
- Många tycker att tvångsvården kan vara nödvändig, att den kan – och har – räddat liv. Men mindre än en fjärdedel av de svarande tycker att tvångsvården (vid det senaste tillfället) påverkade det psykiska måendet positivt.
- Patienter med affektiv sjukdom och psykosjukdom får mer positiv effekt (bättre mående) och mindre negativa upplevelser av den vård som ges med tvång.
- Män upplever mer positiv effekt (bättre mående) och mindre negativa upplevelser än kvinnor.
- De som vårdats med tvång fler än tio gånger upplevde påtagligt of-tare inget förbättrat mående och hade mer negativa upplevelser av det senaste tvångsvårdstillfället.

¹⁷ För att ta del av rapporten i sin helhet, kontakta Socialstyrelsen. Se även <https://nsph.se/2023/07/03/ny-nsph-rapport-mycket-att-forbatta-inom-psykiatrisk-tvangsvard/>

NSPH:s slutsatser om fungerande läkemedel och upplevelsen av trygghet:

- Det starkaste sambandet mellan att uppleva att tvångsvården påverkar det psykiska måendet positivt är att man också upplevt att de läkemedel man får fungerar bra.
- Bara *en* tredjedel av alla patienterna upplever dock att läkemedlen fungerade bra den senaste gången de vårdades med tvång. Men *två* tredjedelar av de patienter som också känt sig trygga på avdelningen upplever att läkemedlen fungerat bra.
- De patienter som upplevt att läkemedlen fungerat bra men ändå känt sig otrygga på avdelningen har i lägre grad upplevt att vården påverkat måendet till det bättre.
- Nästan alla (95 procent) av de som vårdats utan läkemedel har känt sig otrygga på avdelningen.
- Det som i dagsläget, förutom fungerande läkemedel, har starkast samband med att man känner sig trygg är god kommunikation med personalen och att stämningen och miljön på avdelningen är bra.
- Patienter med positivt resultat (bättre mående) har oftare också upplevt att det övriga vårdinnehållet (förutom läkemedel) varit bra.
- Oavsett hur man tyckte att tvångsvården påverkade måendet är det väldigt få patienter som upplevt att tillgången på aktiviteter och utvistelse varit god, att de känt sig delaktiga i planeringen av framtida vård eller att de haft inflytande över vilka behandlingar de fick.

Evidensläge och övrigt material

Socialstyrelsen har för denna kartläggning gett Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, i uppdrag att bedöma evidensläget när det gäller ett urval av metoder att minska tvångsåtgärder inom slutna psykiatrisk tvångsvård. SBU:s svar [4] finns i sin helhet att ta del av på deras hemsida¹⁸ och refereras till i kommande kapitel.

Under kartläggningen har Socialstyrelsen även tagit del av övrigt underlag som har skickats in av bland andra privatpersoner och föreningar för patienter och anhöriga. Myndigheten har också granskat anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, protokoll från JO:s Opcat-enhet¹⁹, med mer.

¹⁸ Se <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbus-upplysningstjanst/metoder-for-att-minska-tvangsatgarder-inom-psykiatrisk-slutenvard-safewards-och-six-core-strategies/>

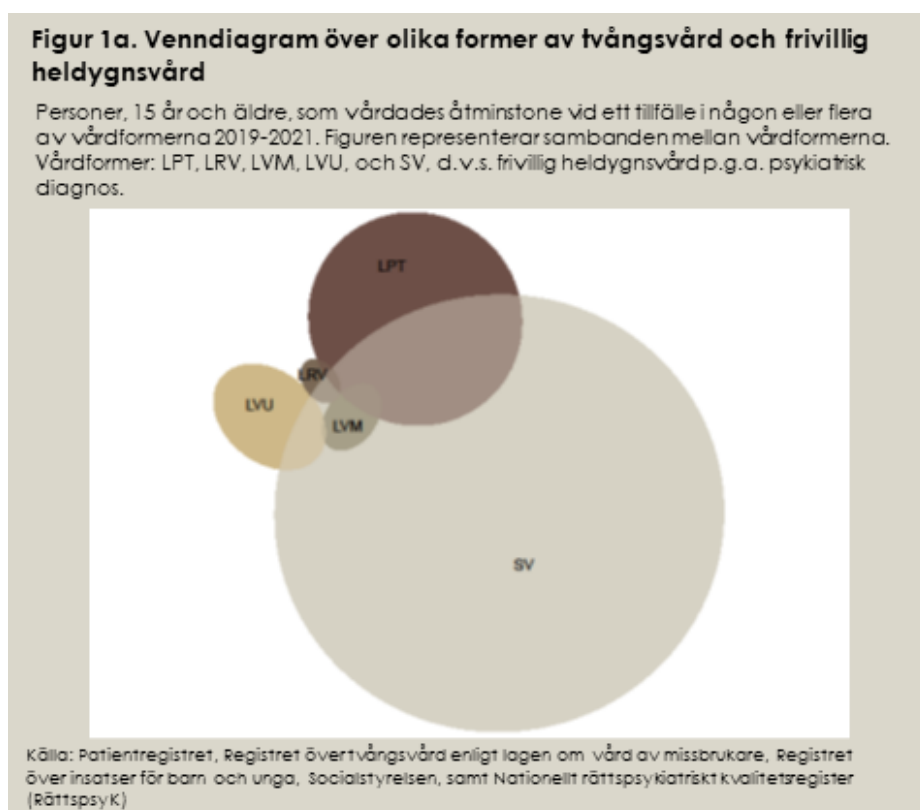
¹⁹ Opcat är det fakultativa protokollet till FN:s konvention mot tortyr och annan omänsklig behandling. Protokollet kräver att staterna har ett nationellt system, National Preventive Mechanism (NPM), på svenska kallat Nationellt beredningsorgan, för att övervaka frågan, och i Sverige är det placerat hos Justitieombudsmannen (JO). Se även <https://www.jo.se/opcat/>.

Förekomst och förebyggande av psykiatrisk tvångsvård – innan tvångsvård är aktuell

I kapitlet nedan redovisas en översikt av psykiatrisk tvångsvård i riket och regionala skillnader. Kapitlet beskriver bland annat förekomst av tvångsvård och hur den kan variera mellan regioner. I kapitlet beaktas vidare olika aspekter av förebyggande av tvångsvård.

Översikt av psykiatrisk tvångsvård i riket

Figur 1a visar i ett så kallat venndiagram de samband som föreligger mellan heldygnsvård (slutenvård) på grund av ett psykiatriskt tillstånd, det vill säga frivillig vård som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, och olika former av tvångsvård bland personer 15 år och äldre. I denna figur har Socialstyrelsen utöver den vuxna befolkningen även inkluderat personer från 15 år som kan ha vårdats enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Utöver LPT, LRV och LVU redovisas även tvångsvård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Därmed kan flera kombinationer av tvångsvård och frivillig vård redovisas, samt i vilken mån personer har vårdats enligt respektive vårdform och vilka kombinationer därav. Figur 1b redovisar dessa samband med exakta värden.



Personerna har vårdats åtminstone en gång under minst en av vårdformerna mellan 2019 och 2021. Drygt 70 procent av personerna hade enbart vårdats inom frivillig heldygnsvård. Omkring tio procent hade enbart fått vård enligt LPT och lika många, tio procent, hade haft både frivillig heldygnsvård och vård enligt LPT. Övriga vårdformer och kombinationer var betydligt ovanligare.

Figur 1b. Antal och andelar representerade i venndiagrammet

Här redovisas antal och andelar för de olika kombinationerna av vård som visualiseras i venndiagrammet (figur 1a). För vissa kombinationer redovisas inte siffror då de utgörs av så få individer. Vårdformer: LPT, LRV, LVM, LVU, och SV, d.v.s. frivillig heldygnsvård på grund av psykiatrisk diagnos. 2020–2021.

Inkluderade i venndiagrammet			Ej synliga i venndiagrammet		
Vårdform(er)	Antal	Andel (%)	Vårdform(er)	Antal	Andel (%)
LVU	5 236	3,77	LVM	47	0,03
SV	101 868	73,4	LRV, LVU	-	-
LVU, SV	1 470	1,06	LRV, SV, LVU	-	-
LVM, SV	1 519	1,09	LRV, SV, LVM	-	-
LVU, LVM, SV	32	0,02	LPT, LVU	98	0,07
LRV	435	0,31	LPT, LVM	21	0,02
LRV, SV	334	0,24	LPT, SV, LVU	314	0,23
LPT	13 838	9,97	LPT, SV, LVM, LVU	18	0,01
LPT, SV	12 775	9,20	LPT, LRV, SV, LVU	-	-
LPT, SV, LVM	634	0,46	LPT, LRV, SV, LVM	-	-
LPT, LRV	66	0,05			
LPT, LRV, SV	105	0,08			

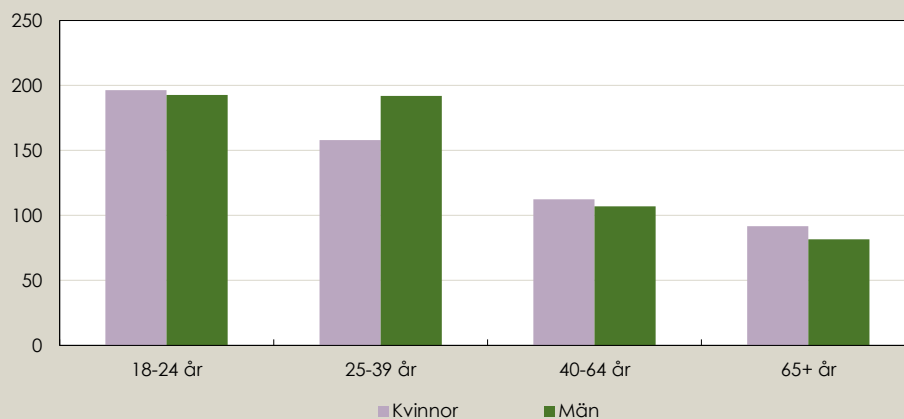
När det gäller vård enligt LPT i riket redovisas i Figur 2 förekomst av (befintlig) vård enligt LPT efter ålder och kön. Förekomsten visar sannolikheten för att ha vårdats enligt LPT under 2021 och avser unika personer som har haft åtminstone ett tvångsvårdstillfälle. Antalet som totalt vårdades enligt LPT under 2021 var omkring 11 000 personer.

Vårdtiderna är enligt denna kartläggning förhållandevis korta vid vård enligt LPT, där 50 procent av patienterna vårdades mellan tre och 19 dagar och där medianvårdtiden var åtta dagar. Det finns generellt inte några större skillnader mellan könen avseende vård enligt LPT.

Figur 2. Förekomst av vård enligt LPT

Andel personer som vårdades åtminstone vid ett tillfälle enligt sluten LPT, efter kön och ålder. 2021.

Antal personer per
100 000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Förekomst av vård enligt LRV är betydligt lägre än vård enligt LPT. Knappt 2 000 patienter vårdades enligt LRV 2021. Däremot är vårdtiderna betydligt längre än vid vård enligt LPT där medianvårdtid för LRV är omkring fem år för dem vars vård enligt LRV eller dom är avslutad [5]. Vårdtiderna kan dock vara ännu längre om personer som fortfarande får vård beaktas [6].

Psykiatriska tillstånd som föranleder vård enligt LPT kan vara flera men schizofreni och liknande tillstånd är den diagnos som oftast utgör grund för vård enligt LPT, både för män och kvinnor. Andra diagnoser kan vara depressioner, ångestsyndrom och substansbruk. Samsjuklighet är dock vanlig och ofta finns fler än två samtidiga psykiatriska diagnoser, där substansbruk är en mycket vanlig diagnos vid samsjuklighet, i synnerhet bland män. Schizofreni och substansbruk är ofta samtidiga diagnoser som också förekommer vid vård enligt LRV.

Socialstyrelsen har utöver andelen personer som har tvångsvårdats under ett år även undersökt hur många som vid ett första insjuknande debuterar med vård enligt LPT, snarare än med en frivillig vårdform i den specialiserade psykiatrin. Tabell 1 visar andelen personer som debuterar enligt respektive vårdform vid något psykiatriskt tillstånd. Omkring 2,5 procent debuterade med vård enligt LPT vid första insjuknandet, medan omkring 14 procent vårdades frivilligt inom heldygnsvården och 84 procent inom den öppna specialiserade vården. Män hade i något större utsträckning än kvinnor sin första vårdkontakt enligt LPT.

Vid schizofreni och liknande tillstånd, det vill säga den vanligaste orsaken till vård enligt LPT, var dock andelen som debuterade med tvångsvård betydligt högre. Omkring 35 procent debuterade med vård enligt LPT istället för med frivillig vård. Dessa mått, förekomst av LPT och debut enligt LPT, analyseras närmare i avsnittet nedan om regionala skillnader, för att belysa i vilken utsträckning psykiatrisk tvångsvård används i olika regioner.

Tabell 1. Första vårdkontakt på grund av ett psykiatriskt tillstånd fördelat på vårdform.

Andel personer som vid sitt första insjuknande i ett psykiatriskt tillstånd debuterade enligt respektive vårdform. 2020–2021.

	LPT	Specialiserad öppenvård	Heldygsvård
Riket	2,4 %	83,7 %	13,9 %
Kvinnor	2,0 %	85,7 %	12,3 %
Män	2,8 %	81,4 %	15,7 %

Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen.

När det gäller en första vårdkontakt enligt LPT (Tabell 1) fanns inte sällan tidigare uttag av psykofarmaka före vårdkontakten, där förskrivningen i majoriteten av fallen skett inom primärvården. Drygt 35 procent har haft en sådan primärvårdskontakt före sin debut med vård enligt LPT. Det absolut vanligaste läkemedlet som har förskrivits är antidepressiva läkemedel, där omkring 70 procent av all psykofarmaka som förskrevs på primärvårdsnivå var antidepressiva. När dessa patienter senare debuterade i den specialiserade psykiatrin med vård enligt LPT var schizofreni eller liknande tillstånd den vanligaste diagnosen. Omkring en av tre patienter fick diagnosen, bland dem som hade haft antidepressiva förskrivet på primärvårdsnivå.

Resultaten om tidigare vårdtillfällen på primärvårdsnivå bland tvångsvårdade patienter med schizofreni och liknande tillstånd, kan tyda på att primärvården kan ha haft svårt att bedöma tidiga symtom och besvär vid sjukdomsförloppet. Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård av schizofreni och liknande tillstånd rekommenderar att primärvården ska ha tillgång till konsultation och stöd från specialistpsykiatri vid misstänkta psykotiska symtom [7]. Resultaten i denna kartläggning pekar således på att sådan konsultation kan vara viktig också när det gäller att i ett tidigt skede förebygga psykiatrisk tvångsvård. Från de verksamhetsdialoger som Socialstyrelsen genomfört med anledning av denna kartläggning finns tydliga exempel på att specialistpsykiatrin i olika regioner arbetar mycket olika med samverkan och konsultationsmetoder med primärvården. Socialstyrelsen har ett pågående regeringsuppdrag som rör primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa generellt (S202202309), där dessa aspekter kan beaktas, utöver de som redan tas upp i de Nationella riktlinjerna för vård av schizofreni och liknande tillstånd.

Regionala skillnader i psykiatrisk tvångsvård

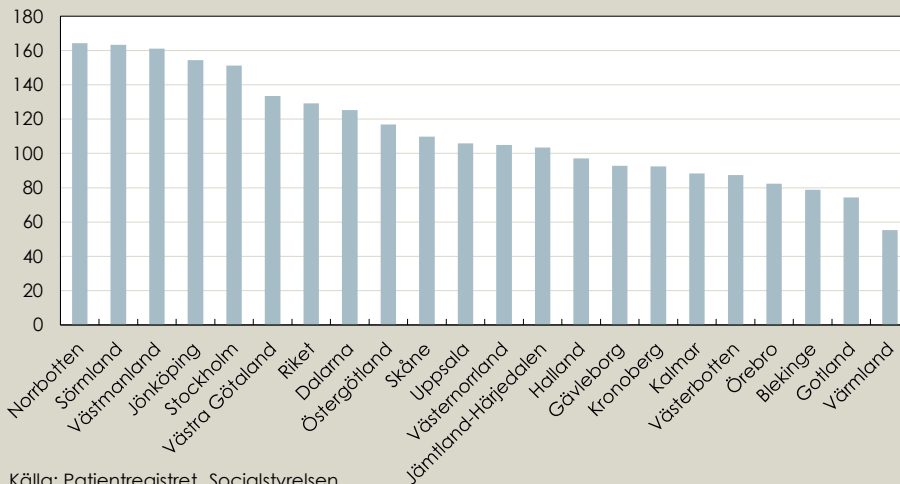
Socialstyrelsen har närmare studerat regionala skillnader avseende andelen personer som har vårdats åtminstone vid ett tillfälle med tvångsvård under 2021 och andelen som debuterar med vård enligt LPT, snarare än med frivillig vård, vid ett insjuknande (det vill säga de mått som introducerades och redovisades i avsnittet ovan för riket).

Figur 3 visar andelen personer som åtminstone vid ett tillfälle har vårdats enligt LPT under 2021, där regionala skillnader i förekomst tydligt framstår.

Figur 3. Regionala skillnader i förekomst av vård enligt LPT

Andel personer som åtminstone vid ett tillfälle vårdades enligt slutna LPT, efter region. År 2021.

Antal personer per
100 000 invånare



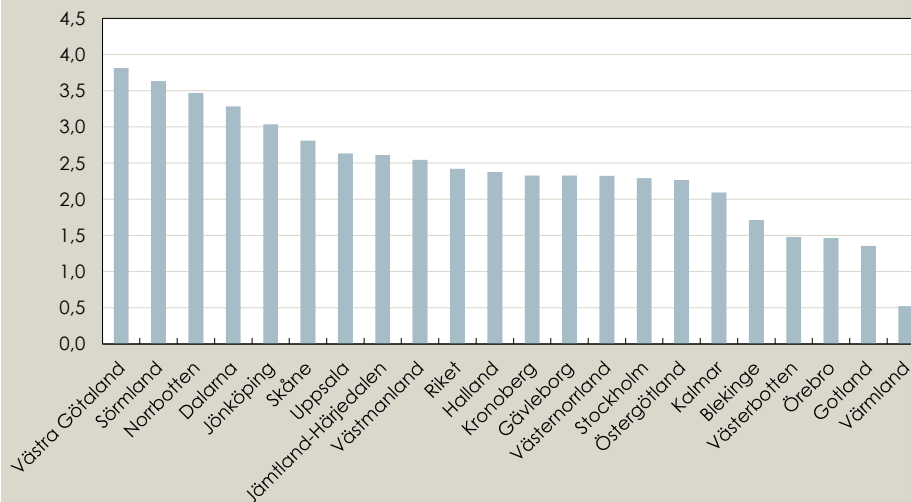
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Liknande skillnader mellan regionerna finns även när det gäller debut med vård enligt LPT snarare än med en frivillig vårdform. Figur 4 visar andelen personer som debuterade med vård enligt LPT vid ett insjuknande i något psykiatriskt tillstånd.

Figur 4. Andel personer som debuterade med vård enligt LPT

Andel personer som vid sitt första insjuknande i ett psykiatriskt tillstånd vårdades enligt slutna LPT. Övriga vårdades inom frivillig vård. År 2020-2021.

Debut enligt
LPT (%)



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

När det gäller schizofreni och liknande tillstånd är det inte ovanligt att debut sker enligt LPT, där drygt en av tre patienter i genomsnitt i riket debuterar

med tvångsvård. Av Figur 5 framgår att skillnaderna avseende debut enligt LPT vid schizofreni och liknande tillstånd dock kan vara påfallande mellan regionerna.

Socialstyrelsen har svårt att se vad som kan motivera sådana skillnader när det gäller att debutera med vård enligt LPT vid ett insjuknande i schizofreni och liknande tillstånd, eller för den delen något annat psykiatriskt tillstånd. Regioner som har en låg andel patienter som debuterar enligt LPT kan möjligen ha bättre förutsättningar att handlägga patienterna inom den frivilliga vården innan ett sjukdomsförlopp förvärras. Det kan även finnas skillnader i praxis vid vårdinrättningarna när det gäller hur tvångsvård tillämpas.

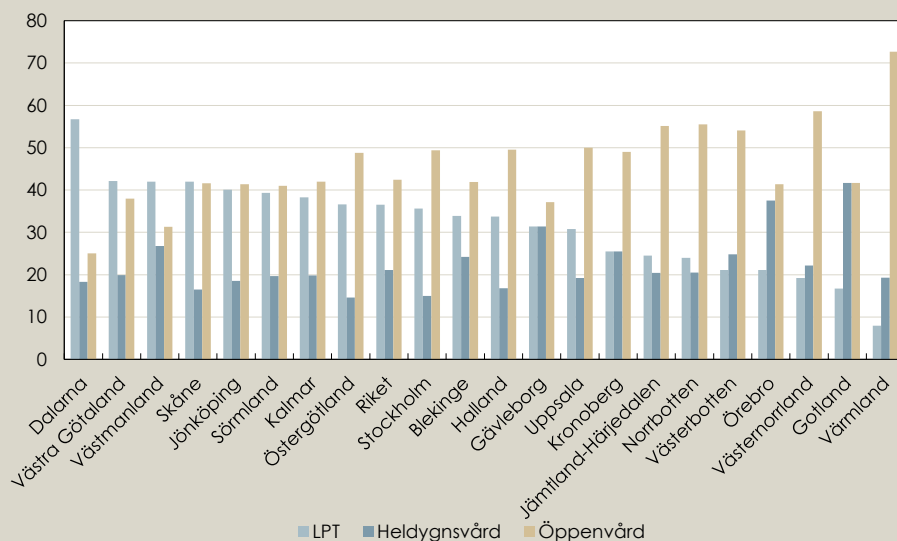
"I mitt tänk är patienterna öppenvårdens, även om de ibland hamnar i slutenvården."
– öppenvårdsrepresentant från en region

I verksamhetsdialogerna lyfte representanter för bland annat LPT-verksamheter frågor som huruvida regioner med stora studentbefolkningar eller stora flyktinganläggningar kunde riskera att inte fånga upp vissa patienter med psykiatriska behov i tid, med hänvisning till att de potentiellt har en högre andel population som både är i en ålder där schizofreni och liknande tillstånd ofta debuterar, samtidigt som patienterna har lågt stöd av sitt nätverk och därtill inte riktigt kommit in i den nya hemregionens vårdssystem. Det är oklart i vilken utsträckning sådana förhållanden bidrar till de regionala skillnaderna, men det visar på vikten av att arbeta för att undanröja systembarriärer som förhindrar patienter att etablera en primärvårdskontakt, och att söka vård, innan vårdbehovet blir akut. Det visar också hur nödvändigt det är för verksamheterna att få tillgång till adekvat statistik som kan hjälpa dem att identifiera grupper vars behov måste tas om hand bättre. Det är i sammanhanget värt att notera att många verksamhetsföreträdare uttryckte stort intresse för siffror rörande att debutera med tvångsvård, samt uttalade att de inte tidigare sett statistiken nedbruten på det här sättet.

Figur 5. Debut enligt LPT eller frivillig vård bland personer som insjuknar i schizofreni eller liknande tillstånd

Patienter som debuterar med vård enligt LPT eller frivillig vård (haldygsvård eller öppenvård) vid ett insjuknande i schizofreni eller liknande tillstånd. År 2020-2021.

Debut inom vårdform (%)



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

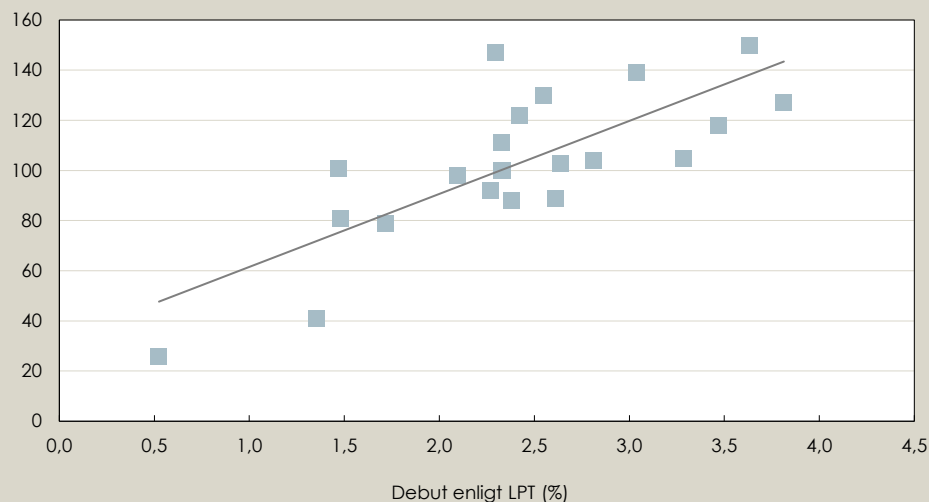
Det förefaller finnas ett samband mellan andelen som debuterar enligt LPT och andelen som har psykiatrisk tvångsvård under en given tidsperiod i en region, även om kausalitet inte kan fastställas inom ramen för denna kartläggning²⁰. Figur 6 visar detta samband, där en låg (eller hög) andel personer som debuterade enligt LPT är förknippad med låg (eller hög) andel personer som har vårdats enligt LPT under given tidsperiod (det vill säga förekomst). Det kan således finnas skäl att tro att den befintliga psykiatriska tvångsvården generellt kan minska i omfattning om det allra första vårdtillfället kan ske med frivillig vård, istället för att vården ges enligt LPT.

²⁰ Socialstyrelsen understryker att ett sådant samband skulle kunna uppstå exempelvis på grund av själva inrapporteringen av tvångsvård till myndigheten, där exempelvis en bristfällig inrapportering resulterar i låg debut och låg förekomst av tvångsvård. Myndigheten har dock säkerställt att sambandet kvarstår genom att undersöka regioner där inrapporteringen anses vara god.

Figur 6. Samband mellan debut enligt LPT och förekomst av LPT

Sambandet mellan andel som debuterade med vård enligt LPT och andelen personer som vårdades enligt LPT. För att säkerställa oberoende mellan individer har olika tidsperioder använts för att beräkna debut (2020-2021) och förekomst (2019). Därmed bidrar inte samma personer till sambandet.

Förekomst.
Antal per 100 000
invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

"Vi önskar ju att det är färre som inleder sin vårdkarriär med LPT. Förloppet är ofta smygande. Vi är ändå liberala med att ta remisser från primärvården, men vi är en studentstad, ungdomar kan hinna bli rejält sjuka innan de fångas upp."
– verksamhetsföreträdare från en region

De verksamhetsdialoger som Socialstyrelsen har genomfört med fokus bland annat på dessa variationer har både visat på stora skillnader i hur verksamheterna betraktar tvångsvården samt hur de arbetar med samverkan mellan primärvård och öppen och slutna psykiatrisk specialistvård. Olika regioner använder olika metoder för det tvångsförebyggande arbetet, men mycket tyder på att det viktiga är att alls arbeta tvångsförebyggande.

Resultaten från registerstudien och verksamhetsdialogerna tillsammans med NSPH:s enkät visar att det är befogat att sträva efter att förebygga psykiatrisk tvångsvård i ett tidigt skede och använda sig av frivillig vård, om möjligt, vid en första vårdkontakt med psykiatri. Det förefaller kunna medföra att psykiatrisk tvångsvård totalt sett kan minska i omfattning i samhället, samtidigt som patienter får en bättre upplevelse av vården och minskar risken för att skapa en förtroendeproblematik som leder till underkonsumtion av vård. Detta kräver gott samarbete och god samordning mellan de olika vårdnivåerna, inklusive primärvård och akutmottagning. Psykiatrisk vårddebut med

stöd av tvångsvård kommer inte gå att undvika i samtliga fall, men det är viktigt att vara medveten om de risker som det medför och att det är prioriterat att arbeta förebyggande.

Att arbeta förebyggande

Olika praxis och metoder

Att framgångsrikt arbeta förebyggande mot både tvångsvård och tvångsåtgärder är på samma gång en fråga om hur verksamheten ser på tvångsvården som vårdform och samtidigt en fråga om att hitta och använda sig av adekvata modeller och metoder för att uppnå de resultat som önskas.

Bättre vård, mindre tvång²¹ [8] är ett exempel på ett genomgripande arbete där nationella resurser fokuserades på att hitta metoder och arbetsformer för att minska användandet av tvång och tvångsåtgärder inom psykiatrin. Från verksamhetsdialogerna som Socialstyrelsen genomfört är det tydligt att praxis och organisation skiljer sig mellan regionerna, men också tydligt att resultaten av det tvångsförebyggande arbetet som gjordes inom ramarna för Bättre vård, mindre tvång fortfarande lever kvar i många verksamheter.

Många verksamheter efterfrågar i dialogerna mer information och statistik kring hur andra regioner bedömer tvångsvårdsfrågor, och det är tydligt att det finns ett stort intresse från verksamheterna att kunna sätta de egna resultaten i en kontext. Det efterfrågas både möjlighet att kunna jämföra sig med andra verksamheter och att lära av goda exempel. Endast enstaka verksamhetsföreträdare nämner under dialogerna att de har regelbundna utbyten med representanter från andra regioner kring tvångsvårdsfrågor, även om det kan ske på andra nivåer i organisationen. Socialstyrelsen konstaterar att bristen på informationsöverföring mellan regionerna skulle kunna leda till att verksamheterna gör olika bedömningar i exempelvis frågor om när tvångsmedel bör användas. Detta kan leda till ojämlik och icke rättssäker vård.

Forskning visar att engagemang från både regionledningen och den lokala verksamhets- och avdelningsledningen är avgörande för att skapa – eller ändra – en praxis i syfte att minska användandet av tvång och tvångsåtgärder. Att därtill engagera patient- och brukarföreträdare ökar effektiviteten i förändringsprocessen ytterligare [9]. Det finns ett antal olika modeller och program för att arbeta förebyggande mot både tvångsvård och tvångsåtgärder, både i form av primärprevention och sekundärprevention. Nedan beskrivs ett urval av dem.

Six Core Strategies

Six Core Strategies är ett program som ursprungligen utvecklades av den amerikanska organisationen National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD), med syfte att minska behovet av

"Vi har haft en väldigt duktig läkare som har varit väldigt drivande i detta. Det genomsyrar hela verksamheten. Vi lägger stor vikt vid att lära känna alla nya patienter, alla i laget är engagerade i detta. Vi utgår från patienten. 'Vad vill du? Vilka styrkor och svagheter har du?'" – verksamhetsföreträdare från en region

²¹ Bättre vård, mindre tvång var ett projekt som drevs av dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, genom en överenskommelse med regeringen om ett systematiskt utvecklingsarbete inom den psykiatriska heldygnsvården. Projektet genomfördes under tre år och bestod av tre delar – kunskap och kompetens, uppföljning och förbättring av data samt praktiskt förbättringsarbete. Det senare omfattade nio Genombrottsprogram och 135 team från hela landet deltog i arbetet med målen att minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder, öka kunskapen och kompetensen, förbättra patientens upplevelser i samband med tvångsåtgärder.

tvångsåtgärder av typen fastspänning, fasthållning och avskiljning i den psykiatriska slutenvården.

Programmet bygger på sex olika huvudstrategier som tillämpas på olika nivåer i verksamheten, men som tillsammans blir ett förebyggande arbete som genomsyrar organisationen. Varje strategi går sedan att bryta ned till olika verktyg som är applicerbara i vardagen. De sex strategierna är:

1. Ledarskap med fokus på förändring
2. Datainsamling som underlag för förändring av lokala rutiner och arbetsformer
3. Kompetensutveckling för hela personalstyrkan
4. Användning av olika förebyggande verktyg mot tvångsåtgärder
5. Patient-, brukar- och anhörigdelaktighet på alla nivåer
6. Debriefing och händelseanalyser efter tvångsåtgärder, för både patienter och personal [10]

Safewards

Safewards är en modell som är sprungen ur vålds- och konfliktpreventivt arbete, och är fokuserat på hur trygghet på avdelningen leder till bättre vårdmiljö för patienterna liksom bättre arbetsmiljö för personalen. Det är utvecklat i Storbritannien.

Safewards innefattar ett antal olika riskområden och risksituationer som kan leda till våld och konflikt, samt hur personalen i de situationerna kan arbeta för att hindra att konfliktsituationen uppstår. Modellen inbegriper både primärprevention och sekundärprevention och kan sammanfattas i tio insatser fördelat på tre olika områden [11]:

Safewards tio insatser:

Område

Social gemenskap

Prata med och om brukare

Stöd vid svåra känslor och situationer

Insats

Utskrivningshälsningar
Lära känna varandra
Gemensamma förväntningar
Gemensamt stödmöte

Vänliga ord
Positiv rapportering

Stöd vid svåra besked
Lugnande stöd
Nedtrappning
Återskapa trygghet

SBU har på uppdrag av Socialstyrelsen undersökt vilken sammanställd forskning och vetenskapliga studier som finns om Safewards och Six core strategies som metoder för att minska tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård. SBU konstaterar att antalet studier är förhållandevis litet, men vad gäller

Safewards finns det vetenskapligt stöd för att införandet av modellen kan minska användandet av tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård. Dock behövs fler och större studier för att utvärdera effekten inom alla de vårdinstanser där programmet används, samt för att bättre kartlägga patienternas upplevelser [4]. SBU har även gjort en egen förstudie där de tittat på alternativ till tvångsåtgärder inom tvångsvård. I den konstaterar de bland annat att det finns kunskapsluckor när det gäller förekomst av, och långsiktiga konsekvenser av, användningen av tvång (inklusive att bevittna tvång) [12].

TERMA, RESIMA och Bergenmodellen

TERMA²², RESIMA²³ och Bergenmodellen är olika namn på, och variationer av, en vetenskapligt baserad, våldsförebyggande metod som fokuserar på att med hjälp av icke konfrontativt bemötande och etiskt och juridiskt utarbetade tekniker hantera konfliktsituationer med så lite våld som möjligt. En huvudtanke är att i möjligaste mån undvika att konfliktsituationer uppstår. Metoden utvecklades ursprungligen vid universitetssjukhuset i Bergen, och har sedan kommit att vidareutvecklas bland annat av Region Stockholm och Region Skåne [13].

Peer support

Peer support är en metod för återhämtning och för att förebygga både tvångsåtgärder och återinläggning med tvång. Den går ut på att personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa får utbildning så att de kan arbeta som stödpersoner inom verksamheter som arbetar med psykisk ohälsa på olika nivåer. Peer support kan användas både i verksamheter som bedriver tvångsvård och i anknutna verksamheter. Peer support finns i flera olika länder, och kan ha varierande inriktning beroende på hur respektive lands sjukvårdsystem är uppbyggt, men bygger alltid i grunden på att personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa med hjälp av utbildning sedan fungerar som stöd och resurs för patienter under pågående vård och rehabilitering.

I Sverige har NSPH tagit fram en modell för hur regioner och primärkommuner kan arbeta med peer support. Utvärderingar som genomförts där metoden används visar på tydliga positiva effekter för patienterna [14].

²² Terapeutiskt möte med aggression

²³ Resurser i möte med aggression

Vårdens innehåll – när psykiatrisk tvångsvård pågår

Kartläggningen visar på skillnader i hur den psykiatriska tvångsvård som ges ser ut och vilka förutsättningar som finns att ge personcentrerad vård, samt att arbeta förebyggande mot tvångsåtgärder inom tvångsvården.

"Visst tvång är oundvikligt, till exempel när det gäller mediciner av psykopatienter, men bältesläggning och avskiljning skulle kunna minskas rejält med rätt lokaler och rätt antal personal."
– verksamhetsföreträdare från en region

Tvångsvård enligt LPT ges i syfte att "sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver"²⁴. Syftet med tvångsvården är således inte att patienten ska klara sig utan vård, utan att den kränkning av grundläggande fri- och rättigheter²⁵ som tvångsvården innebär ska kunna upphöra och att vården ska kunna ges på frivillig basis.

Motsvarande skrivningar saknas i LRV, då utskrivning från sådan vård sker enligt en helt egen process. Medelvårdtiden där är avsevärt längre, då många har så kallad särskild utskrivningsprövning som innebär att endast förvaltningsdomstol kan besluta om att vården ska upphöra. Skillnaderna i förväntad vårdtid medför att förutsättningarna att bedriva långsiktig vård skiljer sig åt mellan de två tvångsvårdsformerna.

I både LPT och LRV slår lagstiftaren dock fast att tvånget som utövas under pågående tvångsvård i form av tvångsåtgärder ska vara så litet som möjligt och måste stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden.

2 a § Tvångsåtgärder vid vård enligt denna lag får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden.

Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, skall de användas.

Tvång skall utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

2 b § Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.

Vården som ges inom psykiatrisk heldygnsvård²⁶ är komplex och innefattar många olika delar och kontaktytor. Den psykiatriska vård som bedrivs som tvångsvård ska, liksom övrig offentligt finansierad vård, ges enligt hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf som slår fast att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen²⁷. Tvångsvården omfattas liksom övrig vård av omställningen till god och nära vård, med det fokus på personcentrerad vård som det innebär. Att erbjuda

²⁴ Se 2 § andra stycket LPT.

²⁵ Se 2 kap. 6 och 8 §§ Regeringsformen.

²⁶ Psykiatrisk slutenvård, oavsett om den ges frivilligt eller med tvång.

²⁷ Se 3 kap. 1 § HSL.

personcentrerad vård inom tvångsvården medför dock andra utmaningar än inom den frivilliga vården. I dialoger med verksamheter har frågan till och med ställts om det över huvud taget går att arbeta personcentrerat om en förutsättning för vården är att den inte kan ges på frivillig basis. Andra verksamheter har tvärtom fört fram att det är ännu viktigare att arbeta personcentrerat när vården ges under tvång. Studier visar att utmaningarna är stora, men att ett personcentrerat arbetssätt leder till bättre vård, även för grupper där sjukdomsbilden leder till extra stora utmaningar, exempelvis psykospatienter [15].

Vårdens innehåll ser också olika ut mellan olika verksamheter. En del av skillnaderna beror på de förutsättningar som respektive patientunderlag innebär, men även faktorer som vårdlokalernas utformning, den lokala verksamhetskulturen och användandet av olika modeller för att arbeta tvångsförebyggande bidrar till skillnader över landet. Vad gäller tvångsåtgärder som används under pågående slutenvård finns det idag brister i datainrapporteringen, som medför att Socialstyrelsen inte kunnat använda de uppgifterna i kartläggningen. I viss mån går det också att hävda att det saknas kunskap kring hur vården bedrivs idag, samt vilka modeller och arbetssätt som är effektiva, vilket leder till att enskilda individers engagemang och drivkraft kan få stort inflytande på hur verksamheten bedrivs. I detta kapitel kommer dessa frågor belysas ytterligare.

"Förutsättningarna för relevanta diskussioner med regionledningen är att kunna visa bra statistik som underlag för resonemanget. Då tar det skruv i verksamheten"
– verksamhetsföreträdare från en region

Tvångsåtgärder

Tvångsåtgärder är de, i lag reglerade, tvångsmedel som kan användas under pågående tvångsvård. De kan exempelvis bestå av fastspänning eller behandling utan samtycke. Tvångsåtgärder kan även bestå av avskiljning från övriga verksamheten eller restriktioner kring elektronisk kommunikation. NSPH:s undersökning visar dock att de tvångsåtgärder som inbegriper fasthållning eller fastspänning är de som upplevts som svårast och att patienterna ofta upplever dessa tvångsåtgärder som en stor kränkning av den personliga integriteten. Samtidigt visar NSPH:s undersökning att det även bland patienter och anhöriga finns en förståelse för att tvångsåtgärder kan vara nödvändiga och att de kan rädda liv.

Från Socialstyrelsens verksamhetsdialoger är det tydligt att användningen av tvångsåtgärder, likväl som hur det förebyggande arbetet mot tvångsåtgärder går till, ser olika ut inom olika verksamheter. Vissa arbetar systematiskt med alternativa metoder, och har kanske inte haft några fall av en viss typ av tvångsåtgärd på flera år, medan andra verksamheter upplever det som ett mera näraliggande verktyg att använda sig av.

Det finns farhågor om att minskad användning av en typ av tvångsåtgärd skulle kunna leda till ökad användning av en annan, men inrapporteringskvaliteten för tvångsåtgärder är inte av tillräckligt hög kvalitet för att ha kunnat genomföra sådana registerstudier inom ramarna för denna kartläggning. Socialstyrelsen har ett pågående regeringsuppdrag att se över inrapporteringen av tvångsåtgärder, som en del av uppdraget rörande

"Bättre vård, mindre tvång lever kvar i vår region. Trygghet är viktigt!"
– verksamhetsföreträdare från en region

den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården inklusive den psykiatriska tvångsvården, dnr S2019/01522/FS. Vissa förbättringar har också redan trätt i kraft, exempelvis avseende förbättringar av klassifikationskoderna för vårdåtgärder, KVÅ-koderna, för just tvångsåtgärder. Bland annat har Socialstyrelsen tagit fram nya koder som gör det enklare att rapportera in händelser där två olika tvångsåtgärder använts samtidigt, exempelvis sondmatning under fastspänning.

Effekter av tvångsåtgärder och patienters upplevelse av trygghet

Både LPT och LRV medger användandet av tvångsåtgärder inom tvångsvården i situationer där de, trots att de innebär en kränkning av personens fri- och rättigheter, bedöms vara motiverade för att till exempel undvika att en

patient skadar sig själv eller någon annan. Ibland finns det situationer där tvångsåtgärder är oundvikliga, där de kanske till och med räddar liv. Men de måste användas med försiktighet, då de samtidigt riskerar att medföra negativa konsekvenser. Precis som en föreslagen läkemedelsbehandling måste väga nyttan av behandlingen mot risken för biverkningar.

NSPH:s undersökning visar tydligt att erfarenheterna av tvångsåtgärder i huvudsak inte är positiva. Över hälften av de svarande upplever att tvångsåtgärder som innebär någon form av fasthållning är de som är svårast att hantera. De personerna uppger att upplevelsen av den senaste tvångsåtgärden i hög utsträckning har bidragit till att de har en negativ syn på den psykiatriska vården. Över lag är det tydligt att patienterna upplever att den senaste tvångsåtgärden de utsattes för hade kunnat undvikas, även om vissa patienter har förståelse för att den genomfördes.

En majoritet av patienterna har svarat att de inte kände sig trygga under den senaste tvångsåtgärden. Av de som upplever en annan tvångsåtgärd än fastspänning eller fasthållning som svårast är det ca 75 procent som inte har känt sig trygga, och bland de som uppgett att en tvångsåtgärd som innebär fastspänning eller fasthållning är svårast att hantera är andelen otrygga ca 90 procent. Samtidigt uppger en majoritet av de svarande att de tror att tvångsåtgärden hade kunnat undvikas, men endast en liten andel upplever att personalen ansträngde sig för att göra det. NSPH:s slutsats är att situationen kring tvångsåtgärder alldeles för ofta blir otrygg för patienterna, vilket minskar möjligheten till en god dialog mellan patienten och vårdgivaren, och i förlängningen leder till mindre personcentrerad vård.

Just de negativa effekter som tvångsåtgärder kan få på tilliten i vårdrelationen är en anledning till att det alltid är viktigt att arbeta för att i mesta möjliga mån förebygga behovet av tvångsåtgärder, men även en viktig signal om att vården även måste arbeta för att återvinna förtroendet efter att tvångsåtgärder använts. Detta är en av orsakerna till att lagstiftaren har slagit fast en skyldighet att, så snart patientens tillstånd tillåter det, erbjuda uppföljningsamtal efter genomförd tvångsåtgärd²⁸. Det riskerar dock att bli ett inbyggt

"Vi har väldigt lite tvångsåtgärder på våra allvårdsavdelningar. Vi känner våra patienter och vet vad som funkar tidigare, då minskar behovet av tvångsåtgärder. Men det bygger också på tillit från patienterna."
– verksamhetsföreträdare från en region

²⁸ Se 8 a § LPT och 8 § första stycket LRV.

dilemma om patienten inte har tillit till den part som erbjuder uppföljnings-samtal. Det är också en utmaning att identifiera när patienten kan ha störst nytta av ett sådant samtal. Socialstyrelsen erfar att processen kring uppföljningssamtal behöver bli tydligare och fokusera mer på patienternas behov, av varierande art.

NSPH har i sin undersökning uppmärksammat att många patienter upplever att de inte fått stöd att bearbeta tvångsåtgärder, även om de kanske formellt erbjudits uppföljningssamtal. I sin undersökning valde NSPH att vända på frågan och istället för att fråga om patienten erbjudits eller haft uppföljningssamtal fråga om de upplever att de haft möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelserna i samband med tvångsåtgärden för personalen. En majoritet av de svarande menar att de inte haft den möjligheten. Från verksamhetsdialogerna framgår att verksamheterna arbetar på olika sätt med uppföljningssamtal, där en del exempelvis följer upp de som tackat nej till uppföljningssamtal och erbjuder dem en ny chans vid ett senare tillfälle. Socialstyrelsen erfar att detta är en viktig del av uppföljningsarbetet. Myndigheten menar vidare att stödpersoner²⁹ som utses av patientnämnden och är oberoende i relation till vårdpersonalen på avdelningen på ett tydligare sätt skulle kunna få ett uppdrag att ge stöd vid uppföljningssamtal efter tvångsåtgärder, och även att deras uppdrag skulle kunna utsträckas längre efter utskrivning, för att säkerställa att de ska kunna vara ett stöd även i uppföljningssamtal som kommer senare i vårdprocessen.

"Vi gör uppföljnings-samtal, men vi kan bli bättre på att ta upp tvångsåtgärder och trauma kring det även efter att patienterna är utskrivna."
– verksamhetsföreträdare från en region

NSPH konstaterar i sin undersökning att den starkaste kopplingen med att uppleva att tvångsvården påverkar det psykiska måendet i en positiv riktning är huruvida patienten också upplevt att deras läkemedel fungerar bra. Totalt sett är det bara en tredjedel av de svarande som uppger att deras läkemedel fungerade bra vid det senaste tvångsvårdstillfället, men två tredjedelar av de patienter som känt sig trygga på avdelningen upplever att läkemedlen fungerat bra. Att skapa trygga miljöer och situationer på en vårdavdelning sker på många olika sätt, och beror av många olika faktorer, men Socialstyrelsen understryker vikten av att uppmärksamma behovet av trygghet på vårdavdelningen.

Organisationen Civil Rights Defenders, CRD, genomför vartannat år en enkätundersökning om mänskliga rättigheter i tvångsvård. I 2022 års undersökning har de bland annat ställt frågor om upplevelsen av trygghet, och 37 procent av de svarande som vårdats i slutet psykiatrisk tvångsvård uppgav att de känt sig trygga under det senaste tvångsvårdstillfället. Hela 44 procent svarade att de utsatts för oönskade närmanden, ofredanden eller trakasserier. CRD uppger att det var lika vanligt att ha utsatts av annan patient som av personal. Av de som utsatts uppgav 39 procent att vården inte hade vidtagit några åtgärder när de fick vetskap om vad som hänt. Dessutom uppgav 73 procent av respondenterna att de utsatts för indirekta hot om främst tvångsåtgärder om de inte medverkade i vården [16].

²⁹ Den som tvångsvårdas enligt LPT eller LRV har rätt att få en stödperson under tiden tvångsvården pågår (30 § LPT och 26 § LRV). Uppdraget kan idag utsträckas upp till fyra veckor efter avslutad tvångsvård. Patientnämnden i respektive region hanterar stödpersonsverksamheten.

I NSPH:s undersökning framgår det att många av de svarande upplever vårdens bemötande som negativt. Här skiljer det sig mellan olika diagnosgrupper; det är exempelvis vanligare med en negativ upplevelse bland patienter som vårdats till följd av avsiktlig självdestruktiv handling än bland andra grupper.

Förebygga tvångsåtgärder

Det finns ett antal olika metoder och modeller som på olika sätt stöttar verksamheterna i att arbeta tvångsförebyggande. Det tvångsförebyggande arbetet går att dela in i två olika delar – att förebygga tvångsvård och att förebygga tvångsåtgärder under pågående tvångsvård. Därtill går det att skilja mellan det primärpreventiva och sekundärpreventiva perspektivet på både det tvångsvårdsförebyggande arbetet och det tvångsåtgärdsförebyggande arbetet.

I Socialstyrelsens enkät till verksamheter som bedriver vård med stöd av LPT respektive LRV har frågan ställts vilka metoder och modeller som används för att arbeta tvångsförebyggande³⁰.

Samtliga svarande verksamheter arbetar med minst två av de angivna modellerna, och den verksamhet som använde flest arbetade i någon utsträckning med alla utom en angiven metod. I genomsnitt arbetar verksamheterna med sex olika metoder.

De två vanligaste åtgärderna som LPT-verksamheterna uppger används är dagliga samtal med varje patient samt upprättandet av krisplaner, som endast ett fåtal uppger sig inte arbeta med alls. Därtill uppger hälften av alla verksamheter att de genomför regelbundna våldsriskbedömningar med strukturerade instrument³¹ på samtliga eller de flesta avdelningarna och ytterligare en tredjedel av verksamheterna uppger att de arbetar med regelbundna våldsriskbedömningar på vissa avdelningar. Endast en sjättedel av verksamheterna uppger att de inte alls arbetar med regelbundna våldsriskbedömningar. Inom LRV-verksamheterna är regelbundna våldsriskbedömningar den vanligaste åtgärden, där samtliga svarande uppger att det finns på alla eller nästan alla avdelningar. Den näst vanligaste metoden är upprättande av krisplaner som endast två verksamheter uppger att de inte alls arbetar med. Bland både LRV-verksamheterna och LPT-verksamheterna uppger fyra av fem verksamheter att de använder sig av minst en av Bergenmodellen och TERMA, och ytterligare någon verksamhet nämner det som en potentiell modell att införa.

De minst vanliga metoderna inom LRV-verksamheterna är responsteam samt peer support, som ingen verksamhet uppger att de arbetar med. Inom

"Vi firar alla högtider och kollar på alla VM och EM – alla ska känna att man får vara med på det som händer i samhället, även om man är här"
– verksamhetsföreträdare från en region

³⁰ Frågorna rörde om verksamheten arbetade med någon av följande modeller. Det fanns även utrymme för fritextkommentarer.

Safewards

Bergen-modellen

TERMA

Respons team-modell

Upprättande av krisplaner eller motsvarande

Regelbundna våldsriskbedömningar med strukturerade instrument (t.ex. BVC, HCR-20, START)

Dagligt samtal med varje patient

Psykoeducativa program (t.ex. avseende stresshantering eller hälsosamma levnadsvanor)

Erbjudande om stöd till vuxna närstående för alla patienter i samband med tvångsvård

Peer support

³¹ Exempelvis BVC, HCR-20, START

LPT-verksamheterna uppger endast en svarande att responsteam används, och en tredjedel uppger att de i någon utsträckning använder sig av peer support. Därtill finns det verksamheter som svarat att de är på väg att införa peer support inom kort.

Den modell som flest verksamheter nämner att de håller på att införa, eller planerar att inom kort införa är Safewards, som pekas ut av en tredjedel av alla LPT-verksamheter. Därtill uppger knappt en fjärdedel av de svarande verksamheterna som bedriver vård inom LPT att de i någon utsträckning redan använder Safewards på samtliga eller de flesta avdelningar, och ytterligare en handfull uppger att modellen finns på vissa avdelningar. Ungefär hälften av LPT-verksamheterna och drygt två tredjedelar av LRV-verksamheterna erbjuder stöd till närstående som en del av sitt tvångsförebyggande arbete.

Majoriteten av verksamheterna inom båda tvångsvårdsformerna uppger att de inkluderar någon form av tvångsförebyggande utbildning i introduktionsprogrammen för ny personal. För sjuksköterskor och skötare är det fler än nio av tio verksamheter som gör det, och för läkare och övrig personal sjunker andelen en aning.

I enkäterna till LPT- och LRV-verksamheterna ställde Socialstyrelsen även frågor om personalrelaterade områden som huruvida rekryteringssvårigheter och personalomsättning påverkar förutsättningarna att arbeta med att förebygga tvångsåtgärder och tvångsvård. Endast ett fåtal verksamheter i respektive enkät angav att dessa frågor inte påverkar förutsättningarna att arbeta med att förebygga tvångsåtgärder.

I verksamhetsdialoger och enkäter har det framkommit att personaltäthet, personalomsättning och sammansättning av professioner i personalgruppen kan ha betydelse för förutsättningarna att arbeta tvångsförebyggande. Inom ramarna för detta regeringsuppdrag har dessa områden inte kartlagts närmare då verksamheternas bild är entydig, men Socialstyrelsen arbetar kontinuerligt med att ta fram underlag för analys av tillgången och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal inom det så kallade Nationella planeringsstödet (NPS)³².

"Vi arbetar med personcentrerad vård bland annat genom att upprätta hälsoplaner/vårdplaner tillsammans med patienten."
– verksamhetsföreträdare från en region

Förebygga återinläggning

I stort sett samtliga LPT-verksamheter uppger att den öppenvård som patienterna skrivs ut till använder rutiner för att upprätta och regelbundet uppdatera krisplaner (eller motsvarande) samt har tillgång till någon form av uppsökande lösning, exempelvis så kallad psykiatriambulans, PAM³³, eller mobila team, som metoder för att förebygga återinläggningar med tvång. Även integrerad behandling av skadligt bruk av substanser och andra psykiatriska

³² Läs mer om det Nationella planeringsstödet på <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/kompetensforsorjning/nationella-planeringsstodet/>

³³ Med PAM, psykiatriambulans/psykiatrisk akut mobilitet, menas ofta ett utryckningsfordon där åtminstone någon i bemanningen är specialistutbildad inom psykiatri. Medarbetarna gör bedömningar av patienter som drabbats av akut psykisk ohälsa, på plats där patienten befinner sig. Oftast har fordonet ingen bår för patienttransport men kan vara utrustad för möjlighet till samtal och bedömning. Det kan också benämnas Prehospital Akutpsykiatrisk Mobilitet med mer.

syndrom erbjuds av i stort sett samtliga verksamheter, där drygt hälften erbjuder det till samtliga patienter, och övriga enbart till vissa.

"Med mobila team försöker vi 'de-akutisera' situationen, för att minska risken för akutbesök och polis, antingen i hemmet, eller genom direktinläggning."
– verksamhetsföreträdare från en region

Problem med bristfällig integrering av vård för substansbruk och samtidigt andra psykiatriska tillstånd har uppmärksammats av bland annat Samsjuklighetsutredningen. De frågor som Socialstyrelsen ställt på detta område i enkäterna till LPT- och LRV-verksamheter indikerar att det förekommer integrerad vård i de flesta verksamheter, men myndigheten har inte fördjupat sig i mer noggrann kartläggning om hur stor andel av patienter i grupper med samsjuklighet och tvångsvård som faktiskt får tillgång till sådan integrerad vård. Skillnader i organisation och arbetsformer har även framträtt i verksamhetsdialogerna.

Stöd från vård- och stödsamordnare/case manager erbjuds alla patienter i nästan hälften av de svarande verksamheterna och endast en handfull verksamheter erbjuder inte det stödet alls.

Den undersökning som NSPH gjort för Socialstyrelsens räkning visar att det finns många patienter som upplever tvångsvården negativ, och att både tvångsvård och tvångsåtgärder under pågående tvångsvård riskerar att bryta ned förtroendet mellan patienten och vården. Om detta inte kan förebyggas eller repareras av vården kan det i förlängningen leda till att patienter efter tvångsvård undviker att söka vård, både psykiatrisk och somatisk vård. Detta kan i sig leda till ytterligare behov av tvångsvård om patienten har fortsatta problem och inte får hjälp i tid. Det går att se tidigare tvångsvård som en indikation på en förhöjd risk för kommande tvångsvård, vilket hälso- och sjukvården bör vara medveten om och ha beredskap för att hantera. Internationella studier visar att det inte går att utesluta att följsamhet till behandling (som exempelvis läkemedelsbehandling eller terapi) inom vissa patientgrupper till och med minskar efter tvångsvård, något som problematiserar det faktum att syftet med tvångsvården är att vården ska kunna tas emot frivilligt efter avslutad tvångsvård [17].

"Många LPT kan komma ur 'stridens hetta' men med PAM kan vi undvika det"
– verksamhetsföreträdare från en region

Socialstyrelsen vill även betona vikten av att ta hänsyn till detta i bemötandet av patienter som söker psykiatrisk vård akut och tidigare har fått tvångsvård. Även om tvångsvård ibland är oundviklig måste vården vara medveten om de risker som den kan medföra. Att arbeta förebyggande mot tvångsvård och tvångsåtgärder är således viktigt både innan en person har fått tvångsvård, likväl som efter tvångsvård, det vill säga både som primärprevention och som sekundärprevention.

Bland de övriga tvångsvårdsförebyggande åtgärderna som nämnts i både enkät och vid verksamhetsdialogerna finns även självvald inläggning/brukarstyrd inläggning (SI/BI). Utformningen av självvald inläggning skiljer sig åt mellan olika regioner, beroende på lokala förutsättningar, med mer, men i grunden innebär det att patienter/brukare själva får avgöra när de behöver slutenvård och att de då bereds en plats.

Vikten av återhämtning

Återhämtning kan syfta till både en klinisk återhämtning, där målet är att bli fri från symptom, och personlig återhämtning.

Personlig återhämtning fokuserar på att göra det möjligt för människor att leva sitt liv utan begränsningar, trots eventuella kvarvarande symptom.

I litteraturen om återhämtning är det vanligt att använda följande definition av återhämtning:

Återhämtning är en djupt personlig, unik process för att förändra sina attityder, värderingar, känslor, mål, kompetens och/eller roller. Det är ett sätt att leva ett tillfredsställande, hoppfullt och bidragande liv även med de begränsningar som orsakas av sjukdom. Återhämtning innebär utveckling av ny mening och syfte i ens liv som innebär att man växer utöver de svåra konsekvenserna av psykisk sjukdom [18].

Personer som vårdas med tvång inom den psykiatriska heldygnsvården eller inom den rättspsykiatriska vården kan ha kroniska psykiatriska sjukdomstillstånd eller återkommande perioder med allvarliga psykiatriska tillstånd. Det kan innebära återkommande och långa vårdtider, det senare i synnerhet inom den rättspsykiatriska vården.

Vid längre vårdtider behöver patienten, utöver att få den vård och behandling som krävs för att återhämta sig från det akuta sjukdomstillstånd som föranlett intagningen, också få förutsättningar att kunna hantera sin vardag efter utskrivning. För att kunna tillgodose patientens behov behöver olika aktörer planera för och samordna sina insatser, något som berörs närmare i avsnittet om Samverkan. Under vårdtiden behöver det då finnas möjlighet till aktiviteter som innebär att individen upprätthåller och utvecklar sin förmåga att hantera sin vardag efter utskrivning, med bland annat möjlighet till fysisk aktivitet, och att träna på att hantera vardagliga aktiviteter som att laga mat eller betala räkningar. Att få stöd i att stärka självförtroendet, förändra självbilden och tillskrivas kompetens genom att medverka och få makt över beslut och insatser som ges är ytterligare faktorer som är viktiga för återhämtningen.

Ett återhämtningsinriktat arbete är ett förhållningssätt med fokus på att främja hälsa snarare än att behandla sjukdom.

I Storbritannien har organisationen Rethink Mental Illness tagit fram en guide för återhämtningsinriktat arbete [19]. I guiden beskrivs bland annat hur ett återhämtningsinriktat arbete skiljer sig från ett traditionellt synsätt.

"Det är en stor hjälp för läkarna att ha kuratorer i slutenvården. De kom in på grund av brist på sjuksköterskor, men det har blivit mycket bra!"
– verksamhetsföreträdare från en region

Skillnaden mellan traditionellt synsätt och återhämtningsbaserat synsätt:

Traditionellt synsätt	Återhämtningsbaserat synsätt
<ul style="list-style-type: none">• Beskrivning• Fokus på ohälsa/symptom• Sjukdomsbaserat• Fokus på att minska biverkningar• Individens anpassning till behandlingsprogram• Belöner passivitet och följsamhet• Sakkunniga vårdsamordnare	<ul style="list-style-type: none">• Förståelse• Fokus på individen• Baserat på styrkor och förmågor• Fokus på hopp och drömmar• Vårdgivaren anpassar sig till individen• Uppmuntrar empowerment/egenmakt• Eget ansvar

Det handlar om ett personcentrerat synsätt där patienten får stöd att formulera och uppfylla återhämtningsmål, som bygger på att lyfta fram de styrkor som patienten har, att ge stöd och verktyg för att förstå sitt psykiska mående och bättre kunna hantera perioder av försämrat mående.

"Samarbetet med öppenvården fungerar väl. Vi är en liten klinik, alla läkare träffas varje morgon, så det är lätt att dela information och planera tillsammans." – slutenvårdsrepresentant från en region

Det återhämtningsinriktade arbetet behöver ske i både heldygnsvård och öppenvård, med eller utan öppen psykiatrisk tvångsvård, och kan troligen bidra till att förebygga nya episoder av tvångsvård. Bedömningar som gjorts inom heldygnsvården, rörande patientens medicinska status, funktionsförmåga och behov av fortsatta insatser, ska förmedlas till öppenvården och socialtjänsten och ligga till grund för vidare behovsbedömning av relevanta insatser. Genom att involvera patienten i planeringen ökar chanserna för att insatserna, även efter utskrivning från den psykiatriska tvångsvården, blir ändamålsenliga och att de bidrar till patientens återhämtning.

Exempel på strukturerade metoder som finns för att bland annat främja återhämtning är *Illness management and recovery*, IMR, ett manualbaserat psykopedagogiskt behandlingsprogram samt *Ett självständigt liv*, ESL, en socialpedagogisk metodik för personer med allvarliga psykiatriska tillstånd.

Faktorer som under vårdtiden kan ha betydelse för patientens förutsättningar för återhämtning är till exempel hur personalens bemötande upplevs, möjligheten till utomhusvistelse, vilka aktiviteter som erbjuds under vårdtiden, hur avdelningen arbetar med patientdelaktighet, om avdelningen arbetar med psykoedukativa program, med mer.

Att ges möjlighet att bearbeta sina upplevelser av tvång, både i form av tvångsvård och tvångsåtgärder, är en viktig del i återhämtningsarbetet, och i förlängningen en viktig del i att arbeta förebyggande mot upprepad tvångsvård. Det handlar, som konstaterats ovan, även om förtroendet för sjukvården som helhet, och om förutsättningarna även för att söka somatisk vård. I sina granskningar av tvångsvårdgivare trycker även justitieombudsmannen på vikten av att patienterna erbjuds uppföljningssamtal efter vidtagna

tvångsåtgärder [20]. Som noterats i NSPH:s undersökning är det också viktigt att se till patientens upplevelse av uppföljning, och inte bara till huruvida vården upplever att uppföljningssamtal har erbjudits. För att alla patienter ska kunna nyttja möjligheten fullt ut erfar Socialstyrelsen att stödverksamhet i form av exempelvis stödperson bör kunna utsträckas ytterligare någon tid efter utskrivning från tvångsvård, särskilt för de patienter som inte faller inom ramarna för den potentiella samordnade stöd- och vårdverksamheten.

Upplevelse av återhämtning

NSPH har i sin undersökning frågat patienter och anhöriga om positiva och negativa erfarenheter av, och synpunkter om, den tvångsvård de upplevt. Bland de positiva upplevelser som nämns är att tvångsvården kan erbjuda en trygg och säker plats där patienten får möjlighet att återhämta sig. När tvångsvården har fungerat bra har den gett hopp, trygghet och möjlighet till återhämtning, både för patienten och de anhöriga. I NSPH:s intervjuer och fokusgrupper bekräftas att vissa upplever att tvångsvården fungerat som en plats för omstart och återhämtning. Samtidigt framkommer att omkring hälften av patienterna upplever att deras psykiska mående försämrats av tvångsvården, och försämrat relationen till vården.

Möjlighet till utomhusvistelse och dagliga aktiviteter

En del i återhämtningen från psykisk ohälsa är att behålla dagliga aktiviteter och inte passiviseras under vårdtiden. JO har vid flera tillfällen lyft att det borde finnas möjlighet till minst en timmes utevistelse per dag för patienter som vårdas inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Det finns också ett förslag om att lagreglera rätten att få daglig utomhusvistelse i det nyligen publicerade betänkandet från utredningen God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOU 2022:40).

I avsnittet nedan om den fysiska vårdmiljön och lokalernas utformning framgår det dock att möjligheterna till vistelse utomhus i många fall är knapphändig, i synnerhet när det gäller utemiljö med natur.

Utbudet av aktiviteter ser olika ut mellan LPT-verksamheter och LRV-verksamheter, något som kan vara en naturlig följd av att vårdtiderna skiljer sig mellan patientgrupperna i dessa två verksamheter. Inom LRV har till exempel i stort sett alla avdelningar tillgång till gym och pulshöjande fysisk aktivitet medan det, åtminstone på vissa avdelningar, finns tillgängligt i ungefär hälften av LPT-verksamheterna. Matlagning erbjuds också på i stort sett alla avdelningar inom LRV, men bara en tredjedel av LPT-avdelningarna. Tillgång till böcker och dator/internet i anslutning till vårdavdelningen har de flesta verksamheter inom både LPT och LRV, även om tillgången kan vara begränsad för patienter i LRV på grund av säkerhetsklass. Några enstaka verksamheter, inom både LPT och LRV, svarar att patienterna inte har någon tillgång till böcker eller dator i anslutning till vårdavdelningen.

Några LRV-verksamheter erbjuder yoga och hundterapi medan fler verksamheter nämner promenader som daglig aktivitet inom LPT.

De allra flesta verksamheter anser själva att utbudet av aktiviteter som erbjuds täcker, eller delvis täcker, patienternas behov av meningsfull sysselsättning. Generellt önskar dock många verksamheter större möjligheter att kunna

erbjuda fysisk aktivitet, något som ofta begränsas av utrymmesskäl, lokaler-
nas utformning eller brist på ändamålsenliga utemiljöer i anslutning till av-
delningen. För LRV-verksamheter nämns att det är en balansgång mellan att
tillhandahålla meningsfull sysselsättning samtidigt som säkerhetsaspekten
måste genomsyra allt arbete och allt material som tas in på avdelningarna.

Flera LPT-verksamheter nämner att de saknar möjlighet att färdighetsträna
tillsammans med arbetsterapeut, möjlighet till mer träning på vardagliga akti-
viteter, organiserade aktiviteter med fokus på till exempel återhämtning och
ångesthantering samt icke-farmakologisk sömnskola. En majoritet av verk-
samheterna, men något vanligare i LRV-verksamheter än i LPT-
verksamheter, uppger att de på alla, eller åtminstone vissa, avdelningar an-
vänder någon form av psykoedukativa program, till exempel för stresshante-
ring eller hälsosamma levnadsvanor.

"De flesta patienter
har ganska korta
vårdtider och då fun-
kar det men för de
patienter som har
långa vårdtider kan
meningsfull sysselsätt-
ning vara svårt att
ordna."
– enkätsvar, LPT-
enkäten

Frågor om hur patienterna upplever tillgången till aktiviteter och
utevistelse har även ingått i NSPH:s undersökning. De konstaterar i
sin analys av enkätsvaren att väldigt få patienter upplever tillgången
på aktiviteter och utevistelse som god, oavsett hur de sett på tvångs-
vården i övrigt. Andelen som är nöjda med aktiviteter och tillgången
på utevistelse är högre bland de inneliggande patienterna, vilket del-
vis kan förklaras av att de inneliggande patienterna är intervjuade på
ett mindre antal avdelningar, där utbudet av aktiviteter kan vara
högre än i genomsnittsverksamheten.

I den senaste upplagan av Civil Rights Defenders enkät om mänsk-
liga rättigheter i tvångsvård anger endast tre procent av de svarande
som vårdats inom slutna psykiatrisk tvångsvård att de haft möjlighet
till meningsfull sysselsättning under tiden som frihetsberövade [16].

Av de patienter som svarat på NSPH:s enkät, och som för närva-
rande vårdas i slutenvård med stöd av LPT, uppger nästan hälften att vårdin-
nehållet i form av stödjande samtal eller andra behandlingar upplevs som bra
eller mycket bra. Denna siffra är betydligt lägre bland de som besvarar enkä-
ten efter att ha skrivits ut – bland de som tidigare har vårdats i slutenvård är
det drygt en sjättedel som upplever vårdinnehållet som bra eller mycket bra.
Socialstyrelsen ser att det kan finnas flera förklaringar till skillnaden i svar
mellan grupperna. Dels kan skillnaderna i typ av psykiatrisk problematik
mellan grupperna spela roll, där till exempel fler i gruppen som har pågående
vård har primär psykosdiagnos, dels kan det vara så att inställningen föränd-
ras med lite distans till vårdtiden, efter utskrivning. En annan förklaring
skulle kunna vara att patienten inte fått ändamålsenligt stöd efter utskriv-
ningen och därför har en problematisk vardag, vilket kan påverka hur perso-
nen ser på tiden i slutenvården i efterhand.

Vidare svarar en fjärdedel av de inneliggande patienterna att de instämmer
med påståendet att vården påverkar deras psykiska mående positivt, medan
en sjättedel av de utskrivna instämmer med påståendet.

I NSPH:s enkät ställd till anhöriga till personer som fortfarande vårdas i
slutenvård med tvång och till anhöriga till personer som tidigare har vårdats i
slutenvård med tvång svarar en övervägande andel att vårdinnehållet, i form
av stödjande samtal och sociala insatser, upplevs/upplevdes som mycket då-
ligt. Vidare svarar omkring hälften av de anhöriga att de inte instämmer i

påståendet att vården påverkar/påverkade sin närståendes psykiska mående i en positiv riktning.

Arbetsätt inom öppenvården för patienter som vårdats i slutna psykiatrisk vård

Den psykiatriska öppenvården kan bedrivas i samma verksamhet som den slutna vården eller finnas i en annan verksamhet som antingen drivs av samma region eller i en verksamhet som drivs i privat regi och har avtal med regionen. I ett fåtal fall finns den psykiatriska öppenvården i en annan region än den som driver slutenvården. I enkätundersökningen är det sex av de svarande verksamheterna inom LPT och en inom LRV som uppger att den öppna vården finns i en annan verksamhet som drivs av regionen. Övriga har angett att öppenvården sker i samma verksamhet som den slutna.

Hälften av LPT-verksamheterna uppger i enkäten att de erbjuder integrerad behandling till samtliga berörda patienter och alla övriga utom en erbjuder metoden i viss utsträckning. Inom LRV-verksamheterna erbjuder också hälften av verksamheterna integrerad behandling till samtliga patienter med behov, men ca en femtedel av verksamheterna erbjuder det inte alls.

Svaren i enkäterna behöver dock tolkas med viss försiktighet. Bland annat Samsjuklighetsutredningen har pekat på de brister som finns i samordning av insatser vid samsjuklighet, där dessa brister varit grund för ett omfattande reformförslag när det gäller vård och stöd för personer med samsjuklighet eller annan svår psykisk funktionsnedsättning, och behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst under en längre tid.

"Det finns mycket att förbättra. Alla i öppenvården borde hospitera i slutenvården. Det finns missuppfattningar och bristande förståelse för varandra och det kan gå ut över patienterna."
– öppenvårdsrepresentant från en region

Samverkan

En fungerande vårdkedja innebär att vård- och stödinsatser ges utifrån patientens egna behov, förutsättningar och, så långt det är möjligt, önskemål. Patienter som vårdas med LPT och LRV har ofta ett omfattande behov av vård och stöd, även efter utskrivning från tvångsvården. Insatserna som ges under tvångsvården behöver hänga samman med de insatser som ges både före och efter tvångsvården. Rätt stöd och behandling i tid kan bidra till att förhindra att återinläggning i tvångsvård blir nödvändig. Då insatserna ges av olika verksamheter är samverkan mellan alla berörda aktörer avgörande för en framgångsrik vård- och stödkedja och kan ses som en viktig länk mellan "före" och "under" och mellan "under" och "efter" tvångsvård.

Vikten av att samverka är väl känt men samtidigt inte utan utmaningar. I Socialstyrelsens enkäter ställdes ett antal frågor kring hur samverkan fungerar mellan till exempel den slutna vården och öppenvården respektive socialtjänsten, och om det fanns faktorer kopplade till samverkan som kunde försvåra planeringen av samordnade insatser efter utskrivning.

Inom både LPT och LRV anser verksamheterna oftast att samverkan mellan slutenvården och öppenvården fungerar väl, eller ganska bra, då öppenvårdskliniken ofta ligger i anslutning till slutenvården eller finns inom samma verksamhet. Verksamheter som bedriver vård enligt LPT nämner att det finns vissa utmaningar när det gäller samverkan med privata vårdgivare som ansvarar för öppenvården. När det gäller samverkan mellan slutenvården och socialtjänsten blir svaren mindre positiva. Ofta behöver verksamheterna samverka med många olika kommuner och framgången varierar. Samverkan fungerar tämligen väl, men utvecklingsområden lyfts. Till exempel nämns att kommunikationen mellan slutenvård och socialtjänst kan bli bättre, att kommunens handläggningstider är långa, att olika aktörer inte har samma bild av vilka behov patienten har efter utskrivning, samt att personalomsättningen inom kommunen är hög, vilket medför olika handläggare varje gång.

"I vissa kommuner har vi gemensam mottagning med socialtjänsten – de har tider som de kan boka in hos oss. Vi åker dit och sitter i lokaler i anslutning till dem. Vi jobbar pragmatiskt; det är ett initiativ på chölnivå." – verksamhetsföreträdare från en region

En övervägande andel av LPT-verksamheterna och hälften av LRV-verksamheterna har minst en gång per år samverkansmöten på verksamhetsledningsnivå med socialtjänsten, även om omfattningen med olika kommuner varierar. I en tredjedel av LPT-verksamheterna omfattar diskussionerna frågor om att förebygga tvångsvård. I övrigt kan diskussionerna handla om aktuella avvikelser, att hitta optimala gemensamma lösningar inför utskrivning som boendefrågor och sysselsättning eller allmän information som samarbete, kommunikationskanaler och organisationsförändringar. Samverkansmötena har i viss utsträckning bidragit till en ökad förståelse för varandras verksamheter men det nämns samtidigt att de eventuella förbättringar i arbetssättet som det medför ofta är kortsiktiga.

På frågan om det finns försvårande aspekter som riskerar att förlänga tiden i slutenvård för patienten, anges sekretesslagstiftning försvåra samverkan mellan slutenvården enligt LPT och öppenvården i några få fall, medan en tredjedel av både LPT- och LRV-verksamheterna uppger att sekretesslagstiftningen försvårar samverkan med socialtjänsten. Vidare nämns även att vissa kommuner har delade nämnder, med sekretess mellan sina enheter, vilket försvårar för regionen att nå rätt enhet både i samband med samverkan vid utskrivning och vid avvikelshantering.

"Kommunerna har ju helt olika förutsättningar. Att skriva en SIP i [den stora staden], då är det fullt möte med alla på plats. Men i [den lilla kommunen]? Då är det två personer och inga pengar..." – verksamhetsföreträdare från en region

Enligt enkäterna försvårar skillnader i lagstiftning och regelverk samverkan med socialtjänsten för en övervägande andel av LRV-verksamheterna och för hälften av verksamheterna inom LPT; även frågan huruvida olika verksamhetskulturer försvårar får liknande resultat. Till exempel nämns i LPT-enkäten att det kan vara svårt att tydliggöra för patienterna skillnaderna mellan frivilligheten i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och tvånget i den öppna psykiatriska tvångsvården. Vidare anges brist på resurser och insatser eller otillräckliga ekonomiska incitament hos någon part som skäl till samarbetsvägrigheter med socialtjänsten av både LPT- och LRV-verksamheterna.

I de verksamhetsdialoger som Socialstyrelsen genomförde under våren 2022 var samverkan ett fokusområde. Då lyftes det från LPT-verksamheter bland annat att samverkan med polis och ambulans var en utmaning och att patienten ofta fick vänta länge på transport mellan kliniker. Andra utmaningar som togs upp var samarbete med privata aktörer och med somatisk vård, eller att hitta stabilitet i kontakterna med patient- och brukarföreningar som vården kan samarbeta med. Verksamheterna upplevde också att närstående ofta var mindre involverade i vården, än vad verksamheterna skulle önska.

Verksamhetsföreträdarna lyfte även att samverkan med domstolarna behövde stärkas. I verksamhetsdialogerna konstaterades det att det i praktiken är tre aktörer involverade – primärkommun, region och förvaltningsrätt – och deltagarna efterlyste stöd för ökat samarbete med domstolarna, bland annat kring tolkning av lagen.

Bland LRV-verksamheterna nämndes generellt att det finns evidensbaserade samverkansmetoder, men att implementeringen av dessa är bristfällig. Samverkan mellan olika regioner vid utomlänsvård är svårt att få till och verksamheterna önskar en digital samverkanslösning över regiongränser.

I samband med att lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård trädde i kraft, tog (dåvarande) SKL fram ett stöd för personal i samverkan vid utskrivning, God samverkan i komplexa situationer. Hur lyckas vi? [21] Det nämndes i dialogerna att många verksamheter önskade att stödet fick förnyad uppmärksamhet.

Även JO har uppmärksammat brister i samverkan och planering inför utskrivning från sluten rättspsykiatrisk vård utifrån en serie verksamhetsbesök som Opcat-enheten genomfört. JO framför bland annat kritik mot att övergången från sluten till öppen rättspsykiatrisk vård kan fördröjas upp till flera år på grund av svårigheter att planera sociala insatser efter utskrivning från heldygnsvård [22].

"Vi har gott samarbete med polisen, regelbundna möten, men ändå ökar antalet §47:or. Det handlar mycket om missbruk, personer som saknar bostad och är 'socialt sviktande'"
– verksamhetsföreträdare från en region

Den fysiska vårdmiljön och lokalernas utformning

Ett återkommande tema i de dialoger och enkäter som genomförts inom kartläggningen är hur lokalernas utformning påverkar möjligheten att arbeta förebyggande mot tvångsåtgärder, men också att erbjuda en trygg och meningsfull psykiatrisk heldygnsvård. Tidigare studier har visat att den fysiska utformningen av lokalerna har betydelse för möjligheten att arbeta förebyggande mot tvångsåtgärder [23] men också för möjligheten att minska stress och öka tryggheten i vårdens vardag, för både patienter och personal [24].

Ungefär hälften av de LPT-verksamheter som besvarat enkäten uppger att brister i lokalernas utformning på ett eller annat sätt negativt påverkar arbetet med att förebygga tvångsåtgärder, och ytterligare en fjärdedel påtalar att brister i lokalernas utformning leder till andra begränsningar i möjligheten att ge patienterna den vård som är önskvärd. Problem som nämns återkommande är exempelvis att lokalerna är trånga och svåra att överblicka, att det är svårt att

dra sig undan – särskilt där det inte finns enkelrum – samt att det inte finns möjlighet till säker utevistelse och att det saknas ytor för aktiviteter. I enkäten som besvarats av verksamheter som bedriver vård enligt LRV finns det

"För att bedriva vård på ett framgångsrikt sätt måste man kunna kombinera teknologi, personal och miljö".
– representant från CVA

enbart enstaka svar som menar att lokalernas brister leder till ett undvikbart behov av tvångsåtgärder, samt ytterligare ett antal verksamheter som berättar att lokalernas utformning, exempelvis brist på enkelrum samt trånga gemensamhetsutrymmen, ökar risken för incidenter i verksamheten.

I Socialstyrelsens dialoger med representanter för Centrum för vårdens arkitektur, CVA, vid Chalmers³⁴ bekräftas bilden av hur viktig lokalernas utformning är. Lokalerna sätter de fysiska ramarna för verksamheten, och det går således inte att se lokalerna och verksamheten som två separata fenomen.

Bland annat betonar CVA signalvärdet som finns i hur lokalerna ser ut och hur patienten kan ges möjlighet att få vara med och påverka, särskilt om personen ska vistas i vårdlokalerna under en längre tid. Det vålds- och tvångspreventiva arbetet i Safewards tar också upp lokalernas betydelse för tryggheten och signalvärdet i den fysiska vårdmiljön på en sluten avdelning [25].

Forskarna vid CVA visar på att det behövs två parallella spår när det gäller lokalernas utformning. Å ena sidan behöver frågorna om lokalernas utformning komma in i verksamhetsutvecklingsarbetet. Det måste finnas tid att prata om lokalerna, både inför ny- och ombyggnationer, men även i det ordinarie kvalitetsarbetet. Det är viktigt att tänka över hur de lokaler som finns kan användas på ett mer optimalt sätt, exempelvis genom små justeringar av placeringen av olika funktioner inom det befintliga rummet. Hur ändras miljön av att stänga en viss dörr och öppna en annan? Kan flöden och mötesytor påverkas?

"Språkbruket påverkar också, liksom miljöns utformning. Om rökbalkongen ser ut som en bur och kallas för en bur kommer den kännas som en bur."
– representant från CVA

Den andra delen forskarna vid CVA betonar är vikten av att göra det som går att göra för att påverka givna lokaler. Genom att låta patienten vara med och få påverka lokalernas utformning i den mån det går – möblering, färgval, med mer – går det att öka patientens agens och självkänsla i den rådande situationen, och i förlängningen öka möjligheten till återhämtning. Till detta kopplas även möjligheten till komfort, som blir viktigare ju längre vårdtiderna är, och ju större begränsningarna är i övrigt. Finns det bekväma möbler att sitta i och slappna av i? Går det att, utöver krav på brandsäkerhet, också ställa

krav på att madrasserna ska vara bekväma och skapa förutsättningarna för sömnkvalitet? Frågan bör även lyftas till verksamhetsnivå – exempelvis hur många vårdplatser är det lämpligt att ha i lokalen, givet de ”flaskhalsar” och begränsningar som identifieras? Från både verksamhetsdialogerna och enkäterna som genomförts inom denna kartläggning finns tydliga exempel på hur en verksamhet upplever ett lägre mått som fullbelagt än det faktiska antalet ”fastställda” vårdplatser.

³⁴ Dialog den 30 mars 2023.

Som en del i forskningen kring hur lokalernas utformning påverkar patienternas mående och hälsa har forskarna vid CVA i samarbete med Västra götalandetsregionen följt verksamheten i samband med att rättspsykiatrin flyttade till nya lokaler, där patienterna mådde bättre och skattade sin vardaglighet högre efter flytten. Det är värt att notera att det efter flytten till de nya lokalerna inledningsvis noterades fler tvångsåtgärder, men att det efter en inledande period blev en nedgång. Enbart utformningen av lokalerna i sig påverkar troligtvis inte mängden tvångsåtgärder, men hur personal och patienter har möjlighet att agera i vårdmiljön påverkar. Därför, betonar representanterna från CVA, är det också viktigt att vården vid en flytt till nya lokaler, oavsett om de är specialbyggda eller tidigare använts för andra ändamål, lär sig lokalernas utformning och möjligheter när de tar lokalerna i anspråk. Det finns även generella fördelar med att specifikt fråga patienterna om sina upplevelser av vårdmiljön, inte minst kopplat till trygghet och möjligheten till återhämtning.

Bristande tillgång till utemiljö är ett stort problem som bland annat också uppmärksammats i utredningen God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. I enkätsvaren betonas att bristande tillgång till utemiljö är ett genomgående stort problem. Hälften av LPT-verksamheterna uppger i Socialstyrelsens enkät att det finns tillgång till frisk luft via balkong, terrass eller innergård i anslutning till avdelningen, men inte ens en tredjedel har tillgång till inhägnad utemiljö med natur. Flera verksamheter saknar helt tillgång och många beskriver att det tar för stor andel av personalresurserna i anspråk att nyttja de utemiljöresurser som finns.

Det finns en större andel rökare bland personer som lever med psykisk ohälsa än inom befolkningen som helhet [26]. Det finns olika teorier om vad det kan bero på, men avsaknaden av rök-möjligheter³⁵ för patienter som vårdas i den psykiatriska tvångsvården kan leda till situationer där behov att använda tvångsåtgärder kan uppstå. Tre fjärdedelar av de svarande verksamheterna erbjuder sina patienter tillgång till rök-möjlighet på eller i anslutning till avdelningen. Ytterligare en handfull erbjuder rök-möjligheter längre bort inom sjukvårdsinrättningens område, vilket dock innebär att patienten måste beviljas frigång i någon form för att kunna nyttja rök-möjligheterna utan medföljande personal. Bara färre än var tionde verksamhet saknar helt möjlighet till rökning inom området.

Bland LRV-verksamheterna svarar ungefär hälften att de har tillgång till balkong eller terrass på samtliga avdelningar, och lika många har tillgång till inhägnad utemiljö med natur. Därtill har i stort sett samtliga verksamheter tillgång till innergårdar eller rastgårdar. Samtliga erbjuder möjlighet till rökning i anslutning till avdelningen och/eller på sjukhusområdet i övrigt. Endast en femtedel av verksamheterna erbjuder inte rök-möjligheter i anslutning till avdelningen. Ingen av LRV-verksamheterna uppger att brist på möjligheter att röka är en vanlig

"Vi har egentligen fler platser på avdelningen men när det är fullt blir det så trångt, så vi tycker att max är ungefär två tredjedels be-läggning. Fler patienter/avdelning leder till trängre situationer och i slutändan mer tvång. Trots enkel-rum."
– verksamhetsföreträdare från en region

"Hade vi andra loka-ler skulle vi kunna undvika behovet att använda avskiljning. Lokalmässigt finns det mycket man kan göra för att undvika att behöva använda tvångsåtgärder."
– verksamhetsföreträdare från en region

³⁵ Eller alternativa metoder såsom nikotinplåster.

anledning till situationer där tvångsåtgärder tvingas användas, och även inom LPT-verksamheterna är det ovanligt, även om det finns exempel där det förekommer.

"Det saknas enkel möjlighet för rökning för de patienter som vistas på akutmottagningen. Vi löser det genom att använda en av utegårdarna men det sker i mån av personalresurs och behov" – verksamhetsföreträdare från en region

Det är tydligt att brister och begränsningar i lokalernas utformning kan leda till både sämre vårdmiljö för patienterna och sämre arbetsmiljö för personalen. Exempel från CVA och verksamhetsdialogerna visar dock att med hjälp av personalresurser – både timmar och kompetens – i viss utsträckning går att "kompensera" för lokalbrister, men att även det medför en kostnad.

Även JO:s Opcat-enhet belyser den fysiska vårdmiljöns utformning och eventuella brister i sina rapporter i samband med tillsynsbesök i verksamheter där människor hålls frihetsberövade. De konstaterar exempelvis att vissa lokaler inte är fullt ut anpassade för verksamheten som bedrivs, eller går så pass långt som att ifrågasätta om det alls är lämpligt att bedriva den verksamhet som bedrivs i lokalerna. De kommer även med konkreta rekommendationer kring lokalernas utformning, exempelvis för en vårdinrättning som driver vård med stöd av LRV, där de har synpunkter på tillgång till dagsljus, mindre stimulifattiga miljöer med mer [20, 27].

CVA har sedan tidigare slagit fast att all förändring i hälso- och sjukvårdens verksamheter, direkt eller indirekt, påverkar hur lokalerna används. När arbetssätt ändras eller verksamheten på annat sätt förändras bör alltid en ny genomgång av lokalbehovet göras, för att se hur de nya verksamhetsformerna påverkar lokalerna och hur lokalernas ramar påverkar möjligheten till verksamhetsförändring. I det arbetet ingår att förtydliga lokalernas relation till verksamheten, så att verksamheten inte utgår från 'ny funktion = nytt rum', utan att lokalfrågan får vara en del i en process [28].

"Det är viktigt för den som bestämmer över lokalerna att både lära personalen använda lokalerna och att se patientens upplevelse av lokalerna" – representant från CVA

Det finns stora vinster – både ekonomiska och kvalitetsmässiga – att göra när det kommer till kunskapsöverföring och samverkan mellan olika aktörer på både nationell och regional nivå inom dessa frågor. Även terminologin som används för hälso- och sjukvårdens lokalförsörjning saknar nationell samordning, vilket leder till onödiga samarbetsvårigheter [28]. Ökad kunskapsstyrning och samordning när det gäller både nybyggnation samt anpassning och användning av existerande lokaler efterfrågas även i Riksstyrelsen i hälso- och sjukvården – starkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur [29].

En av de lokalspekter som är mer beforskad inom psykiatri är användandet av lokaler som verktyg i behandling – exempelvis användandet av lugna rum eller multisensoriska rum. Bland annat har Region Stockholm forskat på hur sensorisk modulation kan användas för att hjälpa patienter att själva ta kontroll över sina känslor genom olika typer av sinnesstimulans. Sådana anpassade rum kan exempelvis innehålla vilfåtöljer med tyngdtäcke, justerbara ljud- och ljusnivåer, aromaterapi med mer. Internationella studier visar att användandet av olika typer av sensoriska rum kan minska behovet av tvångsåtgärder som fastspänning och medicinering, men även att patientens egenkattade mående förbättras. I en studie som genomförts i regi av Region Stockholm rapporterar en majoritet av de deltagande patienterna flera

positiva effekter, såsom att deras egenskattade välmående ökar, minskad ångest, ökad självakt och ökat självförtroende [30, 31, 24, 12].

Delaktighet och inflytande

Bestämmelser om att brukare och patienter ska vara delaktiga och ha inflytande över den vård och behandling som erbjuds finns reglerat i flera författningar. Det gäller på såväl system- och verksamhetsnivå som på individnivå. Även i internationella överenskommelser markeras vikten av patient- och brukarmedverkan och inflytande. Förutom att brukares och patienters inflytande regleras i LPT och i LRV, finns det i Sverige bestämmelser även i patientlagen, socialtjänstlagen, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, hälso- och sjukvårdslagen, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU samt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

Patient- och brukarinflytande är en viktig faktor för verksamheternas utvecklingsarbete, och kan ge dem som beslutar om och genomför vården och insatserna mer kunskap om målgruppernas behov och erfarenheter, vilket ger bättre underlag för att skapa god kvalitet och service.

Patient- och brukarinflytande på systemnivå handlar om att patienter, brukares och anhörigas företrädare ges möjlighet att framföra samlade erfarenheter i dialog med beslutsfattare. I Socialstyrelsens vägledning Att ge ordet och lämna plats³⁶ anges ett antal argument för brukarinflytande. Till exempel nämns att brukarmedverkan på systemnivå ur ett demokratiperspektiv är ett viktigt komplement till inflytande genom allmänna val, att medverkan och att få makt över beslut och insatser ökar självförtroendet och förändrar självbilden och att det är en viktig del i individens återhämtningsprocess. I den här kartläggningen har inte patient- och brukarinflytande på systemnivå inkluderats.

Det finns flera olika metoder för patient- och brukarinflytande på verksamhetsnivå, där några av de vanligaste är patient/brukarråd, brukarstyrd revisioner, brukarundersökningar, patient- och brukarforum, kvalitetsteam, brukarinflytandesamordnare (BISAM) och peer support.

I Socialstyrelsens enkäter framgår att majoriteten av verksamheter inom både LPT och LRV använder någon form av metod för patientinflytande på verksamhetsnivå, även om graden av systematik varierar. I drygt hälften av de svarande verksamheterna finns det lokala riktlinjer för patientinflytande. Alla LRV-verksamheter och omkring hälften av LPT-verksamheterna uppger att de har patientråd eller liknande på vårdavdelningarna. Det är också vanligt att ha patient-/inflytanderåd, där verksamhetsföreträdare och representanter från patient-/brukarsamhället träffas regelbundet, samt patientforum eller patientteam, med stöd av samtalsledare från NSPH. Fler än hälften av verksamheterna, både inom LPT och LRV använder sig också regelbundet av

"Det blir en form av organisatorisk stigmatisering. Kirurger får köpa dyra instrument men vi får inte ens måla om, trots att lokalerna utgör både vård- och arbetsmiljö."
– verksamhetsföreträdare från en region

"Jag önskar vi kunde fånga upp närstående bättre och ha tätare kontakt med dem. I viss mån gör vi det men vi skulle behöva vara mera flexibla."
– verksamhetsföreträdare från en region

³⁶ Att ge ordet och lämna plats är Socialstyrelsens vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Läs mer på <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2013-5-5.pdf>

patientenkäter efter att slutenvården är avslutad. Enkätresultaten används sedan för att, i samråd med patienter, upprätta handlingsplaner. Knappt hälften av de svarande LPT-verksamheterna har en brukarspecialist i ledningsfunktion (BISAM) medan det används av en något lägre andel LRV-verksamheter.

"Vi har en anhöriglägenhet så tex föräldrar till unga vuxna kan vara kvar här. Man kanske vill ha med sig en matlåda med favoritmaten till sin anhörige, då ordnar vi det. Vi vill att patienterna ska få så bra upplevelse som det kan bli här."
– verksamhetsföreträdare från en region

I de dialoger med verksamheterna som Socialstyrelsen genomfört, lyftes att det ibland kan vara svårt att få till en systematik i arbetet med patientinflytande. Det kräver resurser och engagemang från eldsjälarna "på golvet" och när dessa saknas är risken stor att initiativet rinner ut i sanden. I de fall det finns lokala patientföreningar, som kan stötta verksamheterna i arbetet, är förutsättningarna för ett aktivt arbete med patientinflytande bättre.

Från patient- och brukarorganisationernas håll betonas vikten av att involvera patienter och brukare i fler faser, då det som patienterna formulerar inte alltid är detsamma som det som vården fokuserar på.

När det gäller närståendes möjligheter till inflytande på verksamhetsnivå saknas det i de flesta fall strukturerade former för detta. Inom LPT har några få verksamheter samverkan med närstående råd och vissa erbjuder någon form av närståendebildningar. Inom LRV anordnar några få verksamheter regelbundet närståendedagar där anhöriga och närstående bjuds in till delaktighet och inflytande, men verksamheterna kommenterar samtidigt att intresset att delta varit lågt hos de närstående. Ytterligare några få LRV-verksamheter har regelbundna möten med brukarorganisationer där representanter för närstående deltar.

Patienternas delaktighet i sin egen vård

Gemensamt för verksamheterna är att de strävar efter en hög delaktighet från patienterna, även om metoderna varierar. I enkäterna har Socialstyrelsen frågat om tre specifika metoder för patientdelaktighet:

- Personcentrerad vård
- Delat beslutsfattande
- Människorättsbaserat arbetssätt

Metoder för patientdelaktighet:

Personcentrerad vård

Ett förhållningssätt som möjliggör att vård, rehabilitering och omsorg planeras gemensamt av hälsoprofessionella, individ och närstående

Bygger på tre nyckelbegrepp:

- Partnerskap
- Patientberättelse
- Dokumentation

Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet, GPCC, är ett tvärvetenskapligt forskningscentrum som bland annat har utvärderat effekterna av ett personcentrerat arbetssätt

Läs mer om GPCC:

[Centrum för personcentrerad vård](#)

Delat beslutsfattande, Shared Decision Making

Ett arbetssätt för att öka individens delaktighet i vården och omsorgen

Syftar till att främja återhämtning

Kan användas i både psykiatrisk vård och socialtjänst

Delat beslutsfattande ingår till exempel som rekommendation i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Människorättsbaserat arbetssätt

Utgår från FN:s konventioner om mänskliga rättigheter och FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

FN har tagit fram principer som ska underlätta i det människorättsbaserade arbetet:

- Värdighet och egenmakt
- Jämlikhet och icke-diskriminering
- Delaktighet och inkludering
- Ansvar och transparens

[WHO har baserat på konventionen tagit fram en webbutbildning](#)

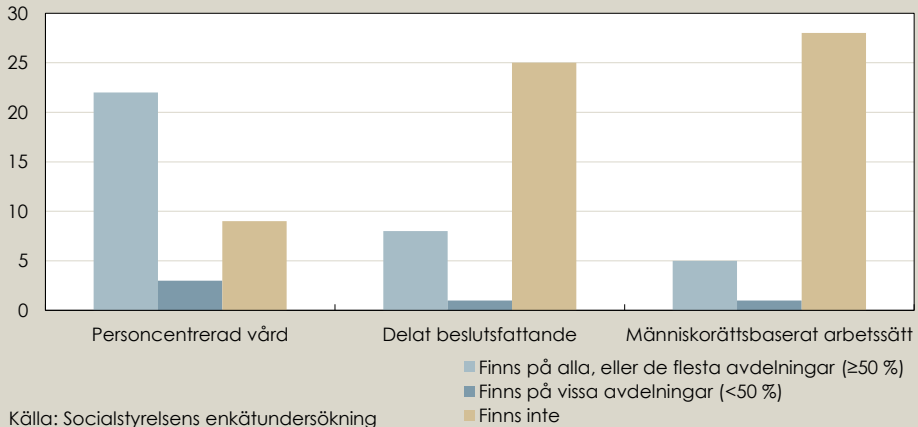
Läs även om hur Västra Götalandsregionen har arbetat med att omsätta FN:s definition till praktik:

Personcentrerad vård är den enskilt vanligaste metoden för att arbeta med patientdelaktighet, där 65 procent av de svarande verksamheterna i LPT respektive LRV-verksamheterna uppger att det används på alla eller de flesta avdelningarna. Socialstyrelsen har dock inte undersökt i vilken utsträckning verksamheterna som uppger att de arbetar personcentrerat använder en strukturerad metod för detta arbete, såsom den metod som GPCC tagit fram. Delat beslutsfattande och människorättsbaserat arbetssätt är något vanligare inom LRV-verksamheterna än inom LPT-verksamheterna, som framgår i figur 7 och 8. Verksamheterna kan arbeta med flera metoder samtidigt.

Figur 7. Metoder för delaktighet inom LPT-verksamheter

Antal verksamheter som arbetar med respektive angiven metod för delaktighet.

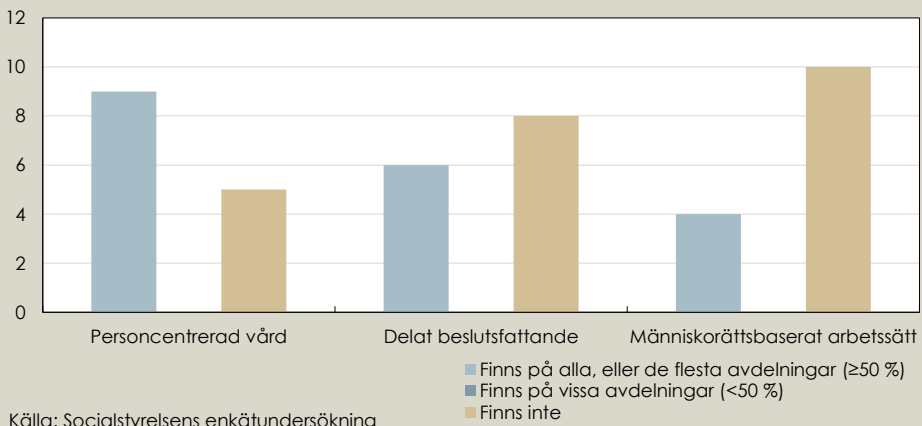
Antal verksamheter



Figur 8. Metoder för delaktighet inom LRV-verksamheter

Antal verksamheter som arbetar med respektive angiven metod för delaktighet.

Antal verksamheter



Utöver dessa tre metoder nämns i enkäternas fritextsvar till exempel att patienterna involveras i framtagande av vård- och krisplaner, att det finns patientforum och brukarråd samt att verksamheterna arbetar med metoden Illness management and recovery (IMR).

De patientupplevelser av möjligheten att delta i sin egen vård, som redovisas av NSPH, är dock inte lika positiva. Bland de inläggande patienterna svarar ungefär var fjärde patient att de kan påverka innehållet i vården och vilka behandlingar som ges, men av de utskrivna patienterna är det endast var tolfte som instämmer. Även frågan om huruvida patienterna upplever sig ha haft möjlighet att vara delaktig i planeringen av den vård eller det stöd som ges från kommunen efter utskrivning från tvångsvården är andelen positiva i respektive grupp ungefär densamma.

I den enkät som Civil Rights Defenders genomfört under 2022 är det aningen högre andel av de tillfrågade patienterna som uppger att de kunnat

vara delaktiga i sin vård, men även i deras undersökning är det hela 43 procent som uppger att de inte vid något tillfälle under vårdtiden fått vara delaktiga i beslut kring val av behandling, och ytterligare 35 procent uppgav sig endast ha fått vara delaktiga i vissa beslut [16].

Socialstyrelsen erfar att det finns en önskan och en ambition från verksamheterna att involvera patienterna i den egna vården, i enlighet med vad som stipuleras i lag. Det finns dock även ett behov av ökad kunskapsspridning kring metoder, samt exempel på handfasta arbetsätt för att öka patientens egen upplevelse av delaktighet. Socialstyrelsen konstaterar också vikten av att inte bara utgå från verksamheternas erfarenheter utan att även inkludera patientupplevelser som en del i uppföljningen av den delaktighet i den egna vården som lagstiftaren fastställt.

Metoder, kunskap och arbetsätt varierar

Som beskrivits ovan visar Socialstyrelsens kartläggning av tvångsvårds- och tvångsförebyggande arbetsätt i den psykiatriska tvångsvården, att samtliga verksamheter som svarat på enkät eller deltagit i verksamhetsdialog på något vis arbetar för att minska mängden tvångsåtgärder och för att förebygga tvångsvård, men att arbetet sker på olika sätt och i olika omfattning.

Vissa skillnader i verksamheterna är oundvikliga då regionernas verksamheter är uppbyggda på olika vis och regionerna har olika förutsättningar när det gäller exempelvis geografi och demografi. Från kartläggningen framgår dock också att olika verksamheter har olika praxis när det gäller hur verksamheten ser på det tvångsförebyggande arbetet. Socialstyrelsen bedömer att skillnader i arbetsätt och praxis kan leda till ojämlik vård, och att det därför finns anledning att stödja verksamheterna i metodutveckling och kunskapsspridning för att minska riskerna för ojämlik, och rättsosäker, vård.

Efter utskrivning från psykiatrisk tvångsvård – när tvångsvård avslutas

Kapitlet nedan beskriver det omfattande behov av stöd och vård som ofta föreligger bland personer som skrivs ut från psykiatrisk tvångsvård och där olika insatser, från olika huvudmän, behövs för att svara upp till behovet.

Uppföljning av patienterna efter utskrivning från tvångsvård

Socialstyrelsen har närmare beaktat olika socioekonomiska förhållanden efter utskrivning från psykiatrisk tvångsvård bland personer i arbetsför ålder 18–64 år. Tabell 2 redovisar personer som debuterade med vård enligt LPT 2017

"Vi tror att det är en fördel att vi är en mindre region; vi lär känna patienterna. Vi har byggt ut öppenvården och minskat slutenvårdsplatser, men vi kan säkra upp med lite tätare kontakter."
– slutenvårdsrepresentant från en region

och som skrevs ut samma år och där olika sociala förhållanden beaktades två år efter utskrivning som utfall. Befolkningen utgjorde jämförelse och var personer som inte hade vårdats för ett psykiatriskt tillstånd vid tidpunkten då patienter skrevs in enligt LPT, men följdes upp som patienterna med avseende på uppföljningstid och utfall.

Redan vid inskrivning förelåg skillnader mellan befolkningen och personer som fick vård enligt LPT. Personer som fick vård enligt LPT har rimligen redan i ett tidigt skede av sjukdomsförloppet haft symptom och besvär som bidrar till dessa skillnader, utöver att socioekonomiska förhållanden allmänt är viktiga bakgrundsfaktorer vid psykisk sjukdom. För utrikes födda är risken för att debutera med vård enligt LPT 1.7 gånger högre än för personer födda i Sverige.

Skillnaderna i sociala förhållanden kvarstår, och förvärras inte sällan efter utskrivning från tvångsvård. Två år efter utskrivning är exempelvis omkring 30–60 procent, beroende på åldersgrupp, av de som vårdades enligt LPT, utan arbete. Motsvarande siffra för befolkningen är omkring 10–15 procent. När det gäller huvudsaklig inkomställa två efter utskrivning, är närmare 30 procent av de som vårdades enligt LPT beroende av ekonomiskt bistånd eller sjuk- eller aktivitetsersättning, att jämföra med omkring fem procent i befolkningen.

Tabell 2. Socioekonomiska två-årsutfall efter utskrivning från vård enligt LPT

Personer som debuterade med vård enligt LPT 2017 vid ett första insjuknande och som skrevs ut samma år samt två-årsutfall. Befolkningen utgör jämförelse och är personer som inte vårdats p.g.a. psykiatrisk diagnos vid tillfället då patienter skrevs in enligt LPT. Befolkningen följdes upp motsvarande som patienterna. Siffror angivna i procent.

	Kvinnor		Män	
	vid inskrivning	efter utskrivning	vid inskrivning	efter utskrivning
Ensamstående				
<i>Befolkningen</i>				
18–24 år	53	67	52	70
25–39 år	47	40	56	50
40–64 år	37	38	37	38
<i>LPT</i>				
18–24 år	60	77	66	79
25–39 år	76	76	80	85
40–64 år	75	78	79	84
Förgymnasial utbildning				
<i>Befolkningen</i>				
18–24 år	31	8	34	12
25–39 år	8	8	11	11
40–64 år	10	10	14	14
<i>LPT</i>				
18–24 år	49	36	55	46
25–39 år	24	24	33	32
40–64 år	22	21	25	24
Utan arbete				
<i>Befolkningen</i>				
18–24 år	17	15	21	15
25–39 år	14	14	12	10
40–64 år	12	15	11	13
<i>LPT</i>				
18–24 år	32	41	39	48
25–39 år	30	42	37	50
40–64 år	47	57	46	54
Ekonomiskt bistånd eller sjuk- eller aktivitetsersättning				
<i>Befolkningen</i>				
18–24 år	4	3	6	4
25–39 år	4	3	4	3
40–64 år	8	7	6	5
<i>LPT</i>				
18–24	19	31	19	31
25–39	18	24	23	33
40–64	37	37	39	37

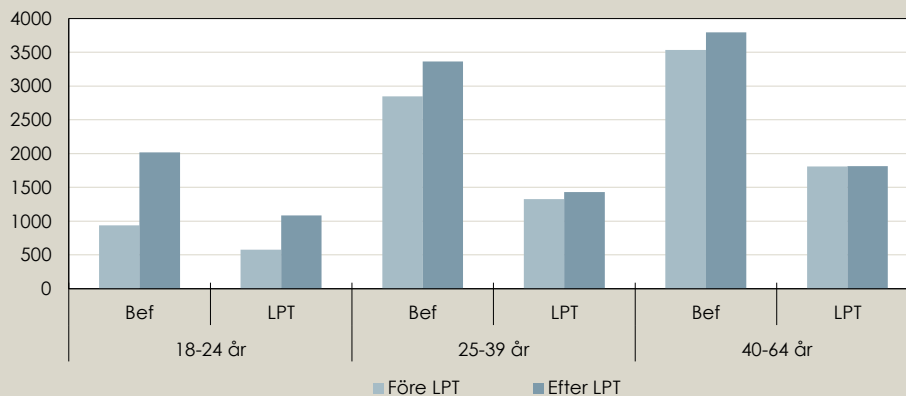
Datakälla: Patientregistret och Utbildningsregistret, Socialstyrelsen, samt LISA, Statistiska centralbyrån

När det gäller inkomst, oavsett inkomstkälla, och utvecklingen av inkomsten över tid redovisas uppgifterna i Figur 9 för de studerade åldersgrupperna. Förutom att personer som har vårdats enligt LPT har låga inkomster jämfört med befolkningen, förekommer även en modest eller ingen inkomstutveckling alls efter utskrivning från tvångsvård.

Figur 9. Inkomst före och efter vård enligt LPT

Personer som vårdades enligt slutna LPT 2017. Inkomst beräknad före LPT (2016) samt efter LPT (2019). Jämförelse med befolkningen (Bef) som ej tvångsvårdades under 2017 respektive 2019.

Kronor (SEK) i
hundralet



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, och RAKS, Statistiska Centralbyrån

Tabell 3 visar också att omkring 75 procent av dem som skrevs ut från psykiatrisk tvångsvård behöver ny psykiatrisk vård under uppföljningen, och uppemot 25 procent behöver ny vård enligt LPT. Jämfört med befolkningen är sannolikheten kraftigt förhöjd för självskada och suicid bland personer som har skrivits ut från tvångsvård. Sannolikheten att avlida, exklusive suicid, är likaså kraftigt förhöjd under uppföljningsperioden jämfört med befolkningen. Den vanligaste dödsorsaken var förgiftningar genom skadehändelse. Mot bakgrund av resultaten vore det angeläget att närmare studera dödsfall efter utskrivning av LPT, exempelvis när det gäller tidigare vård, specifika diagnoser och samsjuklighet, samt vård och omsorg efter utskrivning från tvångsvård.

Tabell 3. Två-årsuppföljning av psykiatrisk vård och dödsfall efter utskrivning från vård enligt LPT

Personer som debuterade med vård enligt LPT 2017 vid ett första insjuknande och som skrevs ut samma år samt följdes upp två år efter utskrivning till och med 2019. Befolkningen utgör jämförelse och är personer som inte vårdats p.g.a. psykiatrisk diagnos vid tillfället då patienter skrevs in enligt LPT. Befolkningen följdes upp motsvarande som patienterna. Antal per hundratusen.

Uppföljning 2 år efter utskrivning från LPT	Psykiatrisk vård HSL	Nytt vård-tillfälle LPT	Självskada	Suicid	Avliden
Befolkningen kvinnor					
18–24 år	4 600	54	240	8	34
25–39 år	3 400	37	88	8	54
40–64 år	2 600	30	69	13	540
LPT kvinnor					
18–24 år	74 000	18 000	15 000	500	0
25–39 år	77 000	24 000	7 700	1 800	770
40–64 år	69 000	18 000	4 100	2 200	3 500
Befolkningen män					
18–24 år	3 800	92	190	31	86
25–39 år	2 600	51	86	25	95
40–64 år	2 300	29	60	38	750
LPT män					
18–24 år	70 000	26 000	5 100	1 500	600
25–39 år	73 000	24 000	3 400	1 600	1 900
40–64 år	67 000	14 000	3 800	1 700	7 400

Datakälla: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Motsvarande resultat som ovan, redovisas i Tabell 4 och 5 för patienter som skrevs ut från vård enligt LRV. Resultaten baseras på patienter som skrevs in för vård enligt LRV 2005–2012³⁷. Patienterna skrevs ut 2011–2013 och följdes upp till och med 2017–2019³⁸. Patienter med särskild utskrivningsprövning uppgick till 75 procent. Jämförelse utgjorde befolkningen som var personer som inte hade vårdats enligt LRV vid tidpunkten då patienterna skrevs in för vård enligt LRV.

Resultaten avseende socioekonomiska förhållanden och exempelvis suicid följer samma mönster som för patienter som skrevs ut från vård enligt LPT och skillnaderna är påtagliga jämfört med befolkningen. Även inkomst före och efter tvångsvård var motsvarande som resultatet för patienter som skrevs ut från vård enligt LPT (visas inte i figur).

³⁷ En viss andel patienter som hade blivit inskrivna tidigare än 2005 inkluderades också.

³⁸ Notera att uppföljningen är på sex år att jämföra med en två-årsuppföljning för patienter som skrevs ut från vård enligt LPT. Att direkt jämföra LPT- och LRV-patienter avseende resultaten i tabellerna 2–5 går därför inte, utan jämförelsen bör ske med befolkningen för respektive vårdform.

Tabell 4. Socioekonomiska utfall efter utskrivning från vård enligt LRV

Patienter som skrevs ut från vård enligt LRV 2011–2013 med uppföljning till 2017–2019. Befolkningen utgör jämförelse och är personer som inte har vårdats enligt LRV vid tillfället då patienter skrevs in enligt LRV. Befolkningen följdes upp motsvarande som patienterna Procent.

	Kvinnor		Män	
	vid inskrivning	efter utskrivning	vid inskrivning	efter utskrivning
Ensamstående				
<i>Befolkningen</i>				
18–24 år	58	44	55	54
25–39 år	42	34	51	37
40–64 år	37	43	36	39
<i>LRV</i>				
18–24 år	50	88	76	92
25–39 år	86	86	82	90
40–64 år	86	95	84	98
Förgymnasial utbildning				
<i>Befolkningen</i>				
18–24 år	25	6	28	10
25–39 år	9	7	11	10
40–64 år	16	16	22	21
<i>LRV</i>				
18–24 år	63	50	60	50
25–39 år	46	47	35	38
40–64 år	35	33	23	21
Utan arbete				
<i>Befolkningen</i>				
18–24 år	25	9	17	8
25–39 år	13	8	9	7
40–64 år	16	37	13	31
<i>LRV</i>				
18–24 år	100	75	79	73
25–39 år	68	68	75	79
40–64 år	90	83	82	81
Ekonomiskt bistånd eller sjuk- eller aktivitetsersättning				
<i>Befolkningen</i>				
18–24 år	5	3	6	4
25–39 år	5	4	5	4
40–64 år	14	7	10	5
<i>LRV</i>				
18–24	50	88	67	69
25–39	64	68	61	77
40–64	70	72	76	66

Datakälla: Utbildningsregistret, Socialstyrelsen, Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister (RättspsyK) och LISA, Statistiska centralbyrån.

Tabell 5. Uppföljning av psykiatrisk vård och dödsfall efter utskrivning från vård enligt LRV

Patienter som skrevs ut från vård enligt LRV 2011–2013 med uppföljning till 2017–2019. Befolkningen utgör jämförelse och är personer som inte har vårdats enligt LRV vid tillfället då patienter skrevs in enligt LRV. Befolkningen följdes upp motsvarande som patienterna. Eftersom patienter som vårdas enligt LRV är förhållandevis få till antalet redovisas inte resultaten efter kön. Antal per hundra tusen.

Uppföljning 6 år efter utskrivning från LRV	Psykiatrisk vård HSL	Nytt vård-tillfälle LRV	Nytt vård-tillfälle LPT	Själv-skada	Suicid	Avliden
Befolkningen						
18–24 år	14 000	31	460	840	88	262
25–39 år	11 000	18	320	560	80	460
40–64 år	10 000	7	250	350	99	3900
LRV						
18–24 år	92 000	7 000	17 000	17 000	1 400	7 000
25–39 år	86 000	6 700	17 000	6700	4 700	8 000
40–64 år	89 000	4 200	10 000	5900	5 100	18 000

Datakälla: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, och Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister (RättspsyK).

Resultaten visar att personer som vårdas enligt LPT eller LRV ofta har ett omfattande behov av stöd och vård efter utskrivning, och där olika insatser efter utskrivning behöver svara upp till detta behov. Till exempel, mot bakgrund av en ofta utsatt ekonomisk situation bland personer som har vårdats med tvång, visar en tidigare svensk registerstudie på vikten av att ha en god man eller förvaltare för att minska risken i återfall efter utskrivning från rättspsykiatrisk vård [32]. I NSPH:s undersökning var det knappt 20 procent av de utskrivna patienterna som instämde mycket, eller helt, i påståendet om att stödet och vården de fick från hälso- och sjukvården och socialtjänsten fungerade väl efter avslutad tvångsvård.

Socialstyrelsen kan konstatera att det behövs ett helhetsansvar vad gäller en samordnad planering efter utskrivning från psykiatrisk tvångsvård, då ett omfattande behov av vård och omsorg ofta föreligger. En sådan sammanhållen vårdkedja med individanpassade insatser överensstämmer med det förslag som Samsjuklighetsutredningen har lagt fram.

Slutsatser och utvecklingsförslag

Huvudsakliga slutsatser

I kartläggningen har Socialstyrelsen undersökt den psykiatriska tvångsvården som ges med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV. Myndigheten har identifierat utvecklingsområden där det går att skapa bättre förutsättningar för en trygg och säker vård med god kvalitet. Kartläggningen har också belyst regionala skillnader i förekomst av psykiatrisk tvångsvård samt arbetsätt och metoder, och därmed identifierat ett antal områden där det finns farhågor om att skillnaderna tyder på att vården inte är jämlik och rättssäker.

Socialstyrelsen kan konstatera att de regionala skillnaderna avseende psykiatrisk tvångsvård är stora. Skillnaderna gäller befintlig tvångsvård i regionerna och även i vilken utsträckning ett första insjuknande i ett psykiatriskt tillstånd leder till vård enligt LPT istället för frivillig vård. Sådana skillnader avseende en debut enligt LPT beror på att vissa regioner i större utsträckning handlägger patienterna enligt frivilliga vårdformer. Kartläggningen visar också att patienter som debuterar med vård enligt LPT inte sällan har haft en initial kontakt med primärvården. Socialstyrelsen ser ett behov att kartlägga och analysera situationen närmare för att identifiera händelsekedjor och brister som kan medverka till att fördröja adekvat vård, med syfte att till exempel öka primärvårdens vaksamhet kring riskerna för senare tvångsvård.

Socialstyrelsen bedömer att dessa skillnader medför skillnader i vårdkvalitet och i sannolikheten för att vårdas med tvång eller för att utsättas för tvångsåtgärd. Myndigheten konstaterar också att det från flera patientundersökningar har framkommit att många patienter inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård upplever en stor otrygghet, brist på delaktighet i den egna vården samt brist på meningsfull sysselsättning. Det vore angeläget att i större utsträckning än vad som görs i dag systematiskt inhämta patienterfarenheter kring upplevelsen av tvångsvård, tvångsåtgärder och stöd efter utskrivning från tvångsvård.

Myndigheten har svårt att se vad som kan motivera skillnader mellan regioner när det gäller psykiatrisk tvångsvård. Inom ramen för detta regeringsuppdrag har det inte gått att identifiera faktorer i den psykiatriska vårdens strukturer och processer som tillfredsställande kan förklara dessa skillnader, och myndigheten ser det som ett angeläget område för fortsatt analys.

Dialogmöten med verksamheter pekar på att det kan finnas skillnader i praxis när tvångsvård anses nödvändig. Det kan också handla om skillnader i de förutsättningar som verksamheternas lokaler sätter, liksom hur personalsituationen ser ut. Myndigheten slår också fast att det finns skillnader i vilka förutsättningar frivillig öppenvård och heldygnsvård har att ta hand om personer som insjuknar. Om en person inte får tidig vård kan ett försämrat sjukdomsförlopp leda till att vård enligt LPT blir aktuell. Socialstyrelsen konstaterar också att det är viktigt att primärvården har rätt kunskap, resurser och rutiner att hantera tecken på tidiga symptom och besvär, då ett behov av

tvångsvård annars kan bli aktuellt, om adekvata insatser inte kommit till stånd i tid.

Socialstyrelsens kartläggning överensstämmer med Samsjuklighetsutredningens slutsats att personer som skrivits ut från psykiatrisk tvångsvård ofta har ett omfattande behov av vård och omsorg. Som denna kartläggning visar saknas inte sällan anknytning till ett arbete, och den huvudsakliga inkomstkällan utgörs ofta av ekonomiskt bistånd eller sjuk- eller aktivitetsersättning. Ofta behövs upprepade vårdkontakter och kontakter med olika delar av socialtjänsten. Risken för självskada, suicid eller att avlida av andra orsaker är vidare påtagligt förhöjd efter utskrivning från tvångsvård. Den höga dödligheten efter utskrivning från slutna tvångsvård kan ses som en indikation på att den vård och det stöd individer får efter slutna psykiatrisk tvångsvård inte motsvarar deras behov, eller inte har önskad effekt för förbättrad hälsa och återhämtning. Uppgifter från verksamheterna pekar också på att samverkan med primärkommunerna kan vara komplicerad och tidskrävande, och att kommunernas skilda förutsättningar ytterligare förstärker skillnaderna i det stöd som patienterna får efter utskrivning.

I och med uppdraget att kartlägga den psykiatriska tvångsvården har Socialstyrelsen kunnat konstatera behovet av förbättrad statistik och inrapportering till myndighetens patientregister. I dag finns brister i vilken mån uppgifter rapporteras in som egentligen ska inrapporteras. Uppgifter om tvångsåtgärder är ett särskilt angeläget sådant exempel. Socialstyrelsen understryker vikten av att ha tillförlitliga data om tvångsåtgärder då tvångsåtgärder innebär särskilt stora ingrepp i grundläggande rättigheter för en utsatt målgrupp inom psykiatrin. Ett annat område som rör brister i inrapporteringen är i vilken mån myndigheten har optimala förutsättningar att studera vårdkedjor, exempelvis inom slutenvården där konverteringar kan vara aktuella mellan frivillig vård och vård enligt LPT. Socialstyrelsen ser också förbättringsmöjligheter, inte enbart när det gäller vilken statistik som myndigheten kan tillhandahålla till det egna arbetet, utan också möjligheten att dela statistik med regionerna. Regionerna kan då följa vården inom den egna regionen och också göra jämförelser mellan den egna verksamheten och andra regioner. På så sätt kan Socialstyrelsen indirekt bidra till kvalitetsutveckling inom området. Som en del i det arbetet ser Socialstyrelsen också ett behov av att utveckla arbetet med att regelbundet sammanställa och tillgängliggöra tvångsvårdsrelaterad statistik för regioner och beslutsfattare i syfte att följa utvecklingen inom området.

Ett återkommande tema i kontakterna med verksamheter, via både dialoger och enkäter, är de begränsningar som lokalerna sätter för vårdens bedrivande. Psykiatriverksamhet behöver likväl som övrig hälso- och sjukvård anpassade lokaler som är ändamålsenliga och bidrar till ett tvångsförebyggande arbetssätt, trygghet, återhämtning och god arbetsmiljö. Det saknas idag samlad kunskap om psykiatrilokaler, både om hur arbete kan ske med befintliga lokaler samt om hur en typlokal kan utformas och inredas vid nybyggnation. Socialstyrelsen konstaterar att även tidigare utredningar, som Utredningen om vissa tvångsvårdsfrågor, redan har kommit med förslag som handlar om att alla patienter i tvångsvård ska beredas möjlighet till utevistelse minst en

timme per dag. För att en sådan förändring ska komma till stånd kommer det behövas anpassningar av de existerande lokalerna.

Socialstyrelsens bedömning och utvecklingsförslag

Nationellt kunskapsstöd för tvångsvård

Socialstyrelsen gör bedömningen att ett nationellt kunskapsstöd för tvångsvård enligt LPT och LRV kan bidra till att öka det tvångsförebyggande arbetet och förbättra den psykiatriska tvångsvården. Ett kunskapsstöd skulle också kunna motverka de regionala skillnaderna avseende användning av psykiatrisk tvångsvård, och metoder och arbetssätt, inom tvångsvård när den blir aktuell. Sådana skillnader utgör ett problem inte bara när det gäller en vård som inte är likvärdig utan också när det gäller ett rättssäkerhetsperspektiv. Det blir även problematiskt om regionernas olika arbetssätt för att förebygga eller undvika psykiatrisk tvångsvård får avgöra om en individ blir aktuell för tvång eller inte.

Kunskapsstödet bör belysa vikten av att arbeta med trygghet i heldygnsvården, samt metoder och modeller för att göra det. Det bör även inkludera ett fokus på att också inom tvångsvården arbeta enligt personcentrerad vård, trots den initiala bristen på samtycke. Socialstyrelsen bedömer att ett sådant kunskapsstöd skulle bidra till en mer jämlik och rättssäker vård, likväl som en vård som är trygg, säker och har god kvalitet. Myndigheten konstaterar att det finns önskemål från verksamheterna att få stöd i dessa frågor, likväl som i övriga metoder för att arbeta med patientdelaktighet även när vården inte ges med samtycke.

Mot bakgrund av att många patienter dessutom kan ha vårdats inom primärvården i ett tidigt skede av sin sjukdom, men senare debutera med vård enligt LPT, kan ett nationellt kunskapsstöd även bidra till utveckling av en samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri, exempelvis när det gäller tidig upptäckt av symtom och besvär som beror på schizofreni och liknande tillstånd.

Kunskapsstödet skulle kunna arbetas fram enligt den här kartläggningens tre principer för upplägg och belysa viktiga faktorer och områden när det gäller 1) förebyggande av tvångsvård, 2) vårdens innehåll när tvångsvård blir nödvändig, och 3) vård och omsorg efter utskrivning från tvångsvård.

Övriga utvecklingsförslag

Förbättrad statistik och inrapportering

Socialstyrelsen understryker vikten av att kunna följa upp psykiatrisk tvångsvård. Problemet är väl känt sedan tidigare, men fortfarande finns uppenbara brister i exempelvis inrapporteringen av tvångsåtgärder. Andra brister i inrapporteringen leder till problem för myndigheten att studera individanpassade vårdprocesser inom slutenvården, exempelvis när det gäller konverteringar mellan frivillig vård och tvångsvård.

I samband med ett tidigare regeringsuppdrag föreslog myndigheten en nationell beslutsjournal som ett sätt att komma till rätta med dessa problem³⁹. I dagsläget ser Socialstyrelsen möjligheter att förbättra bristerna i inrapportering och datakvalitet genom att utgå från en nationellt beslutad och noggrant specificerad informationsstruktur för beslut som rör tvångsvård, inklusive tvångsåtgärder och öppen psykiatrisk tvångsvård. Utgångspunkten är de krav om uppgifter som patientjournalen ska innehålla enligt 2 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

Myndigheten ser möjligheter att utveckla detta utifrån nationell informationsstruktur, i syfte att skapa en standardiserad beskrivning av hur en avgränsad informationsmängd (NIM) kan struktureras för att kunna uppnå en ändamålsenlig dokumentation kring patienter inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården.

Socialstyrelsen kan också konstatera att flera statliga utredningar⁴⁰ delar bedömningen att det finns behov av att utveckla arbetet med att förbättra kvalitet och täckningsgrad i tvångsvårdsstatistik samt att göra regelbundna sammanställningar som stöd för utvecklingsarbete.

Ökad kunskap om dödsfall efter tvångsvård

Mot bakgrund av att risken för dödsfall och suicid efter utskrivning från psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård är påtagligt förhöjd ser Socialstyrelsen det som angeläget att närmare analysera och följa upp dessa dödsfall, exempelvis utifrån tidigare vård, diagnoser och olika insatser efter utskrivning. Även självskada med eller utan suicidavsikt är påtagligt förhöjd bland personer som skrivs ut från tvångsvård. En ökad kunskap om dödsfallen skulle kunna peka på områden inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som är i behov av utveckling för att kunna minska dödsfall för patienter som har vårdats med psykiatrisk tvångsvård. Det pågår en statlig utredning kring vissa frågor inom det suicidpreventiva området och Socialstyrelsen har pågående uppdrag om suicidprevention⁴¹ där vissa aspekter av dödsfall efter psykiatrisk tvångsvård skulle kunna inrymmas. Samtidigt är ökade dödsfall utöver suicid också ett viktigt område att beakta.

Fördjupad kunskap kring psykiatrins lokaler, med fokus på lokaler där tvångsvård ges

Mot bakgrund av de kunskapsluckor som identifierats när det gäller lokaler för psykiatri med fokus på de lokaler där tvångsvård ges, ser Socialstyrelsen ett behov att localsituationen samt kunskapsläget för psykiatrilokaler kartläggs. En sådan kartläggning bör ta ett helhetsgrepp om lokalfrågan och kunna mynna ut i kunskap som kan ligga till grund för ett kunskapsstöd kring hur lokalanvändningen bör utarbetas, inklusive grundläggande krav som tillgång till utemiljö, likväl som tvångsförebyggande exempel som multisensoriska rum.

³⁹ Se Förbättrad uppföljning av tvångsvården Alternativa metoder för att samla in data, artikelnummer 2018-12-32

⁴⁰ Se exempelvis Från delar till helhet – Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5) samt God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOU 2022:40).

⁴¹ Se exempelvis Uppdrag att genomföra insatser för att utveckla hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete avseende utredningar och anmälningar som rör suicid och suicidförsök [S2022/03299 (delvis)].

Hälsoekonomiska beräkningar av tvångsvård

De förslag som Socialstyrelsen lämnar i samband med uppdraget och de behov som har identifierats kan vara förknippade med nya kostnader. Det är därför av vikt att ha en närmare bild av vad ett förebyggande arbete av tvångsvård och vad ett förbättrat innehåll av tvångsvården kan kosta, likväl som vilka ekonomiska vinster som kan göras. Myndigheten ser ett behov att det genomförs en hälsoekonomisk analys av tvångsvårdens kostnader och effekter både under och efter att tvångsvården ges. Det är angeläget att kartlägga kostnader för både tvångsförebyggande åtgärder och kostnader som uppkommer efter tvångsvård, som stöd för framtida prioriteringar.

Referenser

1. Sheridan Rains L, Zenina T, Casanova Dias M, Jones R, Jeffreys S, Branthonne-Foster S, Lloyd-Evans B, Johnson S. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *The Lancet Psychiatry* 2019;6
2. Jacobsson L. Stora variationer i omfattning av psykiatrisk tvångsvård. *Läkartidningen* 2019;116
3. Jansson M. Patienters och anhörigas erfarenheter av psykiatrins tvångsvård och tvångsåtgärder: En undersökning baserad på enkäter, intervjuer och fokusgrupper. Stockholm: Nationell samverkan för psykisk hälsa; 2023.
4. Metoder för att minska tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård: Safe-wards och Six core strategies. Stockholm: SBU; 2022. Svar från SBU:s upplysningstjänst nr ut202220.
5. Årsrapport 2022. Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister (RättspsyK), 2023.
6. Sivak L, Forsman J, Masterman T. Duration of forensic psychiatric care and subsequent criminal recidivism in individuals sentenced in Sweden between 2009 and 2019. *Front Psychiatry* 2023;14
7. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och liknande tillstånd. Socialstyrelsen 2018.
8. Bättre vård mindre tvång 8 recept på ett lyckat genombrott 2010–2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
9. Gooding P, McSherry B, Roper C, Grey F. Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne; 2018.
10. NSAMHPD. Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use©. Hämtad 2022-12-08 från <https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/2022-08/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf>
11. Pelto-Piri V, Strandberg A. Att förebygga våld och tvång på institutioner genom social inkludering – det proaktiva programmet Safewards. *Socialvetenskaplig tidskrift* 2022;29(1):113-25
12. Förstudie avseende alternativa metoder till tvångsåtgärder. Rapport till Socialdepartementet. Stockholm: SBU; 2023.
13. Hammar Å. Mindre hot och våld med Resimamodellen. Hämtad 2023-02-14 från <https://www.suntarbetsliv.se/artiklar/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo/mindre-hot-och-vald-med-resimamodellen>.
14. Gustafsson A, Ingard C. Ett ständigt närvarande brukarperspektiv på verksamheten. Peer support i socialpsykiatri: Utvärdering av införandet av egenerfaren yrkesgrupp i Stockholms stads socialpsykiatri. Stockholm: Nationell samverkan för psykisk hälsa; 2018.
15. Allerby K, Goulding A, Ali L, Waern M. Increasing person-centeredness in psychosis inpatient care: staff experiences from the Person-

- Centered Psychosis Care (PCPC) project. *BMC Health Serv Res* 2022;22(1):596.
16. Inlåst men inte utan rättigheter. Resultat av 2022 års enkät om mänskliga rättigheter i svensk tvångsvård. Stockholm: Civil Rights Defenders; 2022.
 17. Cossu G, Gyppaz D, Kalcev G, Manca AR, Angermeyer M, Zreik T et al. Systematic review of involuntary hospitalisation and long-term compliance. *International Review of Psychiatry* 2023;35
 18. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehab J* 1993;16(4):11-23.
 19. Rethink Mental Illness. 100 Ways to Support Recovery. Hämtad 2023-06-12 från <https://www.rethink.org/advice-and-information/living-with-mental-illness/treatment-and-support/100-ways-to-support-recovery>
 20. Opcat-inspektion. Protokoll (2022:O 8–2022)
 21. God samverkan i komplexa situationer. Hur lyckas vi? Stockholm: Sveriges kommuner och landsting;2019.
 22. Opcat-beslut. (2022:O 1–2021)
 23. Oostermeijer S, Brasier C, Harvey C, Hamilton B, Roper C, Martel A, Fletcher J, Brophy L. Design features that reduce the use of seclusion and restraint in mental health facilities: a rapid systematic review. *BMJ Open*. 2021;11(7)
 24. Konceptprogram lokaler för psykiatri – kunskapsunderlag vid planering. Göteborg: Chalmers tekniska högskola, Centrum för vårdens arkitektur; 2018.
 25. Safewards. Tillämpning – Safewards: en introduktion. Hämtad 2023-03-17 från <https://www.safewards.net/sv/model/tillampning>
 26. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res*. 2017;19.
 27. Opcat-inspektion. Protokoll (2023: O 4–2023)
 28. Thodelius C, Widmark J, Lindahl G, Adam A. Framtidens vårdbyggnadsstruktur – Hälso- och sjukvårdsbyggnader i regionerna efter omställningen. Göteborg: Centrum för vårdens arkitektur, Chalmers tekniska högskola; 2021:1
 29. Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur (SOU 2021:71)
 30. Andersen C, Kolmos A, Andersen K, Sippel V, Stenager E. Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: a case control study. *Nordic Journal of Psychiatry* 2017;71(7):525-8
 31. Hedlund Lindberg M, Samuelsson M, Perseus K-I, Björkdahl A. The experiences of patients in using sensory rooms in psychiatric inpatient care. *Int J Mental Health Nurs*. 2019;28:930-9
 32. Noland E, Strandh M. Historical, clinical and situational risk factors for post-discharge recidivism in forensic psychiatric patients – A Swedish registry study. *International Journal of Law and Psychiatry* 2021;79

Metodbeskrivning registerstudier

Ordförklaringar och definitioner

LPT: LPT refererar genomgående till slutna LPT (psykiatrisk vårdform, D, i patientregistret).

Debut/vårdfomsdebut: Den psykiatriska vård som patienten först kommer i kontakt med. Sammanfattas på gruppnivå som en procentandel av det totala antalet (studerade) vårdformer som patienterna vårdats inom. Refererar till figur 4, 5, och 6.

Förekomst: Till exempel förekomst av LPT. Med förekomst menas här andelen personer i befolkningen som vårdas inom en viss vårdform under ett givet år (oavsett om det är första gången eller inte). Sammanfattas på gruppnivå som antal personer per 100,000 invånare, inom en viss ålders-, köns-, eller regionsgrupp. Refererar till figur 2, 3, och 6.

Psykiatriskt tillstånd/historik: Personen har antingen 1) minst ett vårdtillfälle inom frivillig vård med någon av diagnoskoderna F0-F9 (psykiatriska) eller X60-X84 (avsiktlig självskada) eller 2) minst en episod inom slutna tvångsvård LPT/LRV. Koder enligt ICD-10.

Redovisningar per region: Region syftar här på den region där både vården gavs och personen var folkbokförd. Refererar till figur 3, 4, och 5.

Patientgruppen, schizofreni och liknande tillstånd: Diagnoskod, F2 (ICD-10). Refererar till figur 5.

Datakällor och variabler

Vid samkörningar av register användes genomgående pseudonymiserade personnummer med personnummerkvalitet, 0 och 4. Ålder avser ålder vid årets slut om inte annat anges.

Patientregistret (PAR), Socialstyrelsen

Användes för urval av personer tvångsvårdade enligt LPT, samt urvalet som definierar psykiatripopulationen (se förklaring till psykiatriskt tillstånd ovan). För år till och med 2021 användes årsversionerna av PAR och för inskrivning 2021 med utskrivning 2022 användes månads-PAR.

Kvalitetsregistret Rättpsykiatri

Användes för urval av personer som tvångsvårdades enligt LRV.

Utbildningsregistret, Socialstyrelsen

Variabel för framställning av tabell 2 och 4: *sun2000niva_grov*.

Dödsorsaksregistret (DORS), Socialstyrelsen

Variabler för framställning av tabell 3 och 5: *dodsdatn* (dödsdatum), och *ulorsak* (underliggande dödsorsak)

Insatser för barn och unga (BU), Socialstyrelsen

Variabler för framställning av figur 1a och 1b: *insats_ar* (år då insatsen rapporterades), *plac_form* (placeringsform relaterat till boende, HVB-hem/SIS-boende, värdemängd, E, F, G).

Tvångsvård av vuxna missbrukare (LVM), Socialstyrelsen

Variabler för framställning av figur 1a och 1b: *andatum* (ankomstdatum).

Befolkningsregistret (BEF), Socialstyrelsen

Variabler för framställning av figur 2, 3, och 6, samt beräkningen av andelen, per 100,000 invånare: *bef1231* (befolkningen sista december), *ar* (år), *alder* (ålder), *kon* (kön), och *lk* (folkbokföringsort).

RAKS, Statistiska Centralbyrån

Variabler för framställning av tabell 2 och 4:

Raks_EtablGrad (etablering på arbetsmarknaden),

Raks_Huvudanknytning (huvudsaklig anknytning till arbetsmarknaden),

Raks_SummaInk (individens inkomst),

Raks_HuvInkKalla (huvudsaklig inkomstkälla) för sammanställningsmättet, Ekonomiskt bistånd eller sjuk- eller aktivitetsersättning, som baserades på värdena, ekonomiskt bistånd och förtidspension.

RTB, Statistiska Centralbyrån

Variabler för framställning av tabell 2 och 4 samt för den löpande texten:

FamTyp (familjetyp), *Födelseland* (grupperat som inrikes/utrikes).

Venndiagram

Urvalet till venndiagrammet baserades på personer, 15 år och äldre, som under 2019–2021 åtminstone hade ett vårdtillfälle inom LPT, LRV, LVU, LVM, och/eller frivillig heldygnsvård inom psykiatri (SV). För att representera de olika vårdformerna och snitten dem emellan (personer som vårdats inom flera vårdformer) tillämpades en optimeringsalgoritm i programspråket R (EulerR, R-Studio).

Uppföljning efter psykiatrisk tvångsvård

I analysen definierades år för uppföljning (efter tvångsvården) och år för bakgrund (före tvångsvården). Variablerna som undersöktes (se Datakällor och variabler) var av två typer, beroende på mätbarhet: 1) punktmätningar, t ex familjestatus, där variabeln mättes endast för uppföljningsåret, och 2) periodmätningar, t ex psykiatrisk vård, där variabeln undersöktes under alla åren

från utskrivning till uppföljning. För psykiatrisk vård krävdes således bara att personen hade åtminstone ett sådant vårdtillfälle under något av åren.

Grupp LPT

Gruppen inkluderade personer, 18–64 år, som hade in- och utskrivning i LPT 2017, samt var bosatta i Sverige under perioden 2016–2019. 2016 valdes som mätpunkt för bakgrunden, och 2019 som mätpunkt för uppföljningen. Personerna hade inte tidigare vårdats enligt LPT och hade inte heller någon psykiatrisk historik (se definition, Psykiatriskt tillstånd/historik).

Jämförelsegrupp till LPT

Jämförelsegruppen valdes ur befolkningen, men där personer som vårdats för en psykiatrisk diagnos under analysperioden exkluderades. I urvalet inkluderades personer i åldersspannet 18–64 år under 2017, som var folkbokförda i Sverige 2016–2019. På så vis kunde samma individer följas under perioden.

Grupp LRV

Gruppen, en 3-års-kohort, baserades på personer som för första gången vårdades enligt LRV och skrevs ut under 2011–2013. Ålder vid utskrivning var 18–64 år. Bakgrundsmätningarna som baserades på personernas inskrivningsår spände mellan 1963–2012, med majoriteten av inskrivningarna mellan 2005–2010. Uppföljningsmätningarna gjordes för 2017–2019, 6 år efter utskrivning på individnivå. Kravet för att inkluderas i gruppen var att personen var bosatt i Sverige från inskrivning till uppföljning.

Jämförelsegrupp till LRV

Jämförelsegruppen valdes ur befolkningen, men där personerna som ingick i LRV-gruppen exkluderades. I urvalet inkluderades personer i åldersspannet 18–64 år under 2012 (antogs representativt för utskrivningsåren 2011–2013 i LRV-gruppen). 2007 valdes som representativt år för bakgrundsmätningen (se beskrivning, Grupp LRV) och på motsvarande sett 2018 som uppföljningsår. För att kunna följa samma individer krävdes således att de ingående personerna var folkbokförda i Sverige 2007–2018.