

Tvångsvård med frågetecken

Författarna presenterar data som visar på stora regionala skillnader vad gäller tvångsomhändertagande och inläsning på sjukhus samt en kraftig ökning av allvarlig psykisk ohälsa hos unga kvinnor.

En ledare i Dagens Nyheter lyfte (8 augusti 2011) tydligt fram dilemmat kring tvångsvård, framför allt tvångsvård av unga kvinnor. Vi vill fördjupa diskussionen och samtidigt presentera en del tidigare okända fakta. Dessa fakta reser många frågetecken som skulle behöva både rätas ut och redas ut.

Tvångsvård vid allvarlig psykisk ohälsa finns i stort sett i alla länder och har funnits sedan sen medeltid. Det har ofta handlat om att skydda samhället från psykiskt störda lagöverträdare och/eller att skydda psykiskt sjuka personer från att skada sig eller ta sitt liv. Tvångsvården utgör cirka hälften av alla vård dagar inom psykiatri och omfattar cirka en femtedel av alla vårdade. Det beror på att den stora andelen, cirka 80 procent, som vårdas frivilligt har kortare vårdtider.

Tvångsvården är lagreglerad (LPT, SFS 1991:1128). Ingen kan vårdas längre tid än 4 veckor utan att en domstol – länsrätten – fattat beslut om fortsatt tvångsvård. Detta sker i en regelrätt förhandling med domare, lekmän, patient, chefsöverläkare samt sakkunnig.

Det är enbart vid en allvarlig psykisk störning där sjukhusvård betraktas som oundgänglig som tvångsvård kan komma ifråga. Man skulle kunna tro att denna vård fördelade sig jämnt över landet, över tid och med mellan kön och åldrar, men så ser det inte ut.

Sedan två år tillbaka ska tvångsvården, samt även de tvångsåtgärder som utförs, registreras och skickas in till Socialstyrelsens patientregister. Arbetet är fortfarande i sin linda, och registreringen framför allt av tvångsåtgärder som exempelvis bältesläggning, tvångsmedicinering samt avskiljning lämnar fortfarande mycket övrigt att önska. Men ändå kan ett par mycket intressanta saker presenteras från de data som samlats in 2010.

Ser man till antalet unika individer som tvångsvårdats under 2010 per 100 000 invånare borde vården inte variera så mycket. Men det är just det den gör. I Stockholms läns landsting vårdades drygt 160 individer per 100 000 invånare medan antalet tvångsvårdade i grannlandet Västmanland uppgick till enbart drygt 40/100 000. År 2010 var det alltså cirka fyra gånger så hög andel av befolkningen som tvångsvårdades i Stockholm som i Västmanland. Självfallet är det inte skillnad i förekomst av allvarlig psykisk störning som är förklaringen, sanningen är nog snarare den att ribban ligger på olika höjd och att bedömningarna varierar på ett betänkligt sätt.

Det är dock inte så enkelt att en liten andel tvångsvård är lika med något gott eller eftersträvänt. Att vårdas »frivilligt« kan ibland innebära att hot om tvångsvård förekommit. »Om du inte lägger in dig frivilligt så skriver vi ett vårdintyg«. Denna vård räknas som frivillig i statistiken men skulle inte ha tagits emot av patienten om inte hotet



Foto: Colourbox

Författarna ser allvarligt på de stora regionala variationerna vad gäller tvångsomhändertagande och inläsning på sjukhus.

funnits där. En allvarlig konsekvens är att denna vård inte går att få rättsligt prövad för patienten. Tvångsvård kan alltid när som helst överklagas och underkastas då en rättslig prövning i domstol, med patient och patientens advokat närvarande.

Att vara allvarligt psykiskt störd innebär allt som oftast att inte ha klart för sig sina behov, att ha en nedsatt förmåga till verklighetsprövning och ibland också ett utagerande och/eller självdestruktivt beteende.

Under den senaste 15-årsperioden har sjukhusvård hos unga kvinnor, 16–24 år, efter självmordsförsök eller avsiktlig självskada ungefär fördubblats. Dessa kvinnor har som regel inte en psykosjukdom och sällan allvarlig depression. Den dominerande diagnosen är personlighetsstörning, och den utmärks av känslomässig instabilitet, lättväckt ångest och inte sällan självhat. Problemet är i dag så pass stort att de flesta större sjukhus i vårt land tar emot flera unga kvinnor varje vecka.

Det finns cirka en halv miljon kvinnor i åldrarna 16–24 år. Av dessa uppskattas årligen cirka 2 000 ha vårdats på sjukhus för självmordsförsök eller allvarlig självskada. Ökningstakten är avsevärd och det kan vara så att vi inte nått taket. Fle- ra av dessa överförs från sjukhusens medicinklinik eller intensivvårdsavdelning till psykiatri, och en del av dessa mer självdestruktiva unga kvinnor kommer att skrivas in för tvångsvård.

Det vi kan se i den registrering som skett under 2010 är att vid bältesläggning dominerar de yngre kvinnorna stort. Denna grupp domineras också av just diagnosen personlighetsstörning. Statistiken är som vi bedömer det ofullständig, men om den är proportionell så gäller var tredje bältesläggning inom svensk psykiatri i dag en kvinna i åldern 18–34 år.

Data talar till stor del för sig själva. Det är inte bra för rättssäkerheten att variationerna är så pass stora när det gäller något så allvarligt som tvångsomhändertagande och inläsning på sjukhus. Vi ser också allvarligt på den kraftigt ökande allvarliga psykiska ohälsan hos yngre kvinnor, som bland annat manifesterar sig i en fördubbling av sjukhusvården efter självmordsförsök och självskadehandling. Att de sedan är kraftigt över-



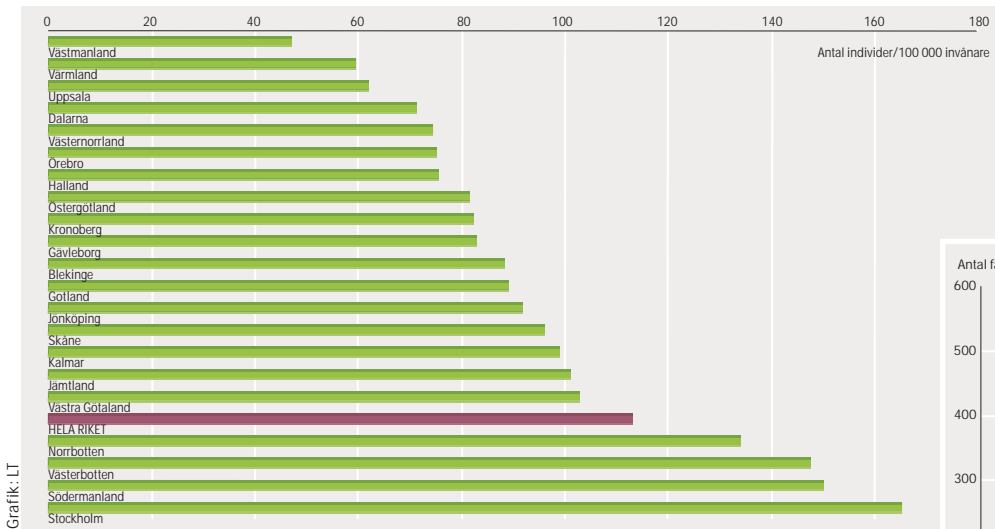
HERMAN HOLM
överläkare, akutpsykiatri, Malmö; engagerad i projektet »Bättre vård – mindre tvång«
Herman.Holm@skane.se



ANNA BJÖRKDAHL
psykiatrijuksköterska, Stockholms läns landsting; med dr, Karolinska institutet, Stockholm

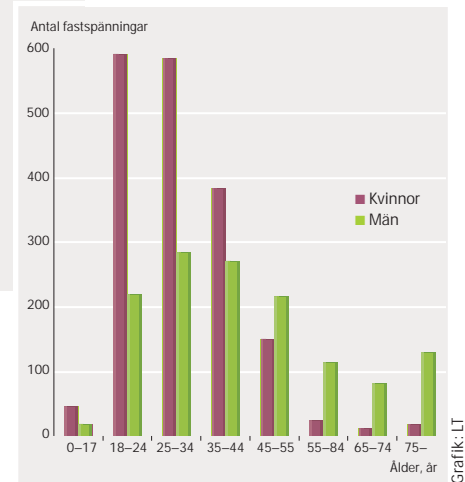


EMMA BJÖRKENSTAM
statistiker, Socialstyrelsen, Stockholm



Figur 1. Antalet utskrivna unika individer per 100 000 invånare som en eller flera gånger vårdats enligt LPT år 2010.

Figur 2. Antal fastspänningar i tvångsvård uppdelat på kön och ålder. Unga kvinnor i åldrarna 18–34 år utgör en dryg tredjedel.



Gråfik: LT

Gråfik: LT

representerade i bältesläggning ser vi i många fall som ett misslyckande och något som det behöver satsas resurser kring när det gäller att hitta alternativ. Här pågår sedan drygt ett år ett stort nationellt arbete: »Bättre vård – mindre

tvång«, i Sveriges Kommuner och landstings regi som på flera ställen lett till en halvering av antalet tvångsätgärder.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

apropå! Att amma eller inte amma och en onyanserad opinion

»Knattetanter« och amningsfascism

Jag läser med glädje att det finns fler som vågar ifrågasätta relevansen av WHO:s amningsrekommendation i länder som Sverige, och jag kan bara hålla med om det Nihlén Fahlquist och Roeser skriver i nummer 32–33/2011 (sidan 1503). Som barnläkare träffar jag alltför ofta barnfamiljer där den stora pressen att amma (från både värden och samhället) snarast varit en nackdel och vill tillägga några argument:

- **Näring.** Bröstmjölkskvalitet är mycket varierande. Om för tidigt födda barn sondmatas med bröstmjolk görs som regel bröstmjölksanalys, detta är dock inget som görs för fullgångna bebisar. För tunn bröstmjolk kan leda till suboptimal tillväxt och en helt slutkörd stressad mor med dåligt samvete. (Nej, det går inte alltid att stimulera bröstet ännu mer och amma varannan timme i flera veckor.) För fet bröstmjolk å andra si-

dan kan ge extremt feta bebisar, vilket senare i livet ofta kan leda till fetma. (Som ofta blir en livslång kronisk sjukdom.) Vad ska man då rekommendera en mor som ammat sitt första barn (enligt rekommendationerna) om barnet visat en viktuppgång första levnadsåret från –1 SD till +3 SD och senare i 3-årsåldern snabbt utvecklat grav fetma? Är det medicinskt motiverat att hon ska fortsätta amma sitt andra barn om det blir en liknande viktutveckling?

- **Anknytning.** Som vanligt sägs inte ett ord om anknytning till pappan. Anknytning gäller bara mor och barn, och denna förstörs med flaskmat-



Foto: Colourbox

ning, lyder den vanliga hypotesen. Att papporna kan få möjlighet att tidigt knyta an till sitt barn under flaskmatning är något man sällan får läsa i debatten. Många barnfamiljer hamnar i svår kris på grund av den sneda belastningen under amningsperioden, och detta gagnar ju i alla fall inte det lilla barnet. Kan man dessutom påstå att de medicinska argumenten för amning väger tyngre än anknytningen till pappan?

I samhället såväl som i värden finns i dag alldeles för ensidig information och opinion kring amning. Amning ska vara ett individuellt val. Kvinnor som inte kan eller inte vill amma får alldeles för lite gehör och stöd. När jag i »Föräldraguiden gravid« (Vår/Sommar 2011) läser kommentarer som »Det är inget att diskutera. Amning är väldigt viktigt och påverkar hälsan i fem generationer. Genom amning säkrställs den oerhört viktiga an-

knyningsprocessen« och »barn som blir ammade en längre tid får med sig mycket värdefullt« eller »amning är så mycket mer än mat, det är närhet och kärlek också« av »Knattetanterna« Louise Hallin och Malin Alfvén (»Knattetanterna« har även programmet Knattetimmen i radio P4 riks) får jag »vibbar« om amningsfascism. Jag tycker synd om den stackars nyblivna mamma som inte vill/kan amma och som får läsa detta.

Jag kan bara hoppas att amningsdebatten och opinionen i Sverige blir mer nyanserad så att även denna mamma kan känna sig som en god mor som älskar sitt barn och inte skadar barnets hälsa (och fem generationer efter det) genom att flaskmata.

Hans De Keyzer
pappa till 3 underbara tjejer,
barnläkare, Astrid Lindgrens
barnsjukhus, Huddinge
hans.dekeyzer@karolinska.se