



UMEÅ UNIVERSITET

Tvångsvård i frihet

Tillkomst, implementering och
rättstillämpning av öppen psykiatrisk
tvångsvård

Liv Zetterberg

Institution för socialt arbete
Umeå 2018

Detta verk är skyddat av svensk upphovsrätt (Lag 1960:729)
Avhandling för filosofie doktorsexamen
ISBN: 978-91-7601-886-6
ISSN: 0283-300X
Formgivning omslag: Ellinor Gustafsson
Elektronisk version tillgänglig på: <http://umu.diva-portal.org/>
Tryck: UmU tryckservice, Umeå universitet
Umeå, Sverige 2018

*Elda under din vrede
med maktens nyheter
Dämpa inte din smärta
över livet
som stjäls ifrån oss
Trösta inte din sorg
över världen
som våldtas
inför våra ögon
Elda under din vrede*

Ingrid Sjöstrand

Innehåll

Abstract	iii
Förkortningar	v
Delstudier	vi
1. Inledning	1
1.1. Introduktion, syfte och frågeställningar	1
1.2. Avgränsningar och begrepp	3
1.3. Översikt över avhandlingens delstudier	3
2. Öppen psykiatrisk tvångsvård: bakgrund	5
2.1. Organisering av psykiatricentralen	5
2.2. Rättslig reglering av psykiatrisk tvångsvård	5
2.3. Rättslig reglering av öppen psykiatrisk tvångsvård	7
2.4. Användning av psykiatrisk tvångsvård i Sverige	9
2.5. Utvecklingen av den psykiatriska tvångsvården	11
3. Forskning om öppen psykiatrisk tvångsvård	16
3.1. Utformning av lagstiftning.....	16
3.2. Evidens	18
3.3. Användning	18
3.4. De tvångsvårdade patienterna	19
3.5. Patienters upplevelser	20
3.6. Personalens upplevelser.....	21
3.7. Avhandlingens bidrag	22
4. Analytiska begrepp och teoretiska perspektiv	24
4.1. Styrning	24
4.1.1. Vad är styrning?.....	24
4.1.2. Styrmodeller i hälso- och sjukvården	26
4.1.3. Den svårstyrda hälso- och sjukvården	27
4.2. Avinstitutionalisering.....	29
4.3. Makt.....	30
5. Metod	33
5.1. Vetenskapsteoretiska utgångspunkter	33
5.2. Metodologiska utgångspunkter	34
5.3. Allmänt om genomförandet.....	35
5.4. Delstudie 1: Införande.....	36
5.4.1. Syfte	36
5.4.2. Material, urval och materialinsamling	36
5.4.3. Analys och överförbarhet	38
5.5. Delstudie 2: Implementering.....	39
5.5.1. Syfte	39
5.5.2. Material, urval och materialinsamling	39
5.5.3. Analys och överförbarhet	42
5.6. Delstudie 3: Rättstillämpning.....	43

5.6.1.	<i>Syfte</i>	43
5.6.2.	<i>Material, urval och materialinsamling</i>	43
5.6.3.	<i>Analys och överförbarhet</i>	45
5.6.4.	<i>Överförbarhet</i>	48
5.7.	Delstudie 4: Normativa utgångspunkter	48
5.7.1.	<i>Syfte</i>	48
5.7.2.	<i>Material, urval och materialinsamling</i>	48
5.7.3.	<i>Analys och överförbarhet</i>	49
6.	Sammanfattning av avhandlingens delstudier	50
6.1.	Delstudie 1: Why community compulsion became the solution – Reforming mental health law in Sweden	50
6.2.	Delstudie 2: Translating coercion into collaboration – a study of the implementation of compulsory community care for people with mental illness.....	52
6.3.	Delstudie 3: The compliant court – Procedural fairness and social control in compulsory community care	54
6.4.	Delstudie 4: Tvingad till autonomi. En teoretisk analys av öppen psykiatrisk tvångsvård i Sverige.....	57
7.	Diskussion och slutsatser	61
7.1.	Styrning	61
7.1.1.	<i>Istället för långa permissioner</i>	61
7.1.2.	<i>Öka samverkan</i>	64
7.2.	I ett historiskt perspektiv	67
7.3.	Makt	69
7.4.	Avslutning.....	72
7.4.1.	<i>Patienterna</i>	72
7.4.2.	<i>Framtiden</i>	74
7.4.3.	<i>En motsägelsefull tvångsvårdsform</i>	74
8.	Författarens tack	76
9.	Referenser	78

Abstract

This thesis aims to analyze compulsory community care (CCC) as a social and normative practice in different contexts in the Swedish welfare system. The research questions are:

- How can the motives to introduce CCC in Sweden and other Western countries be understood?
- What happens in and between psychiatric and social service organizations when CCC is implemented?
- How are the legal rights of patients protected and what forms of social control of patients is discernible in written court decisions regarding CCC?
- What normative positions regarding autonomy is the CCC legislation based on?
- How can CCC be understood from steering, historic and power perspectives?

The four first research questions corresponds to the four research studies included in the thesis and the fifth question relates to the material as a whole.

The empirical material for the first study mainly consists of documents from the parliamentary process. For the second study, 15 interviews with employees in psychiatric and social services were conducted. For the third study, all written court decisions over a 6 month period (N=541) were investigated. In the fourth study, the analysis is primarily based on the current legislation and its history.

Community care has already taken over most tasks of the old institutions. With the adoption of CCC, even the coercive measures are now formally found in community settings. CCC was adopted despite lack of evidence supporting its effectiveness. Although the policy process started in the aftermath of high-profile crimes, the government bill was focused on integration and rehabilitation with the stated intention to reduce coercive powers. While CCC entails an actual expansion of coercive powers, those coercive elements are downplayed in the bill. CCC allows for preventative restrictions on non-violent civilly committed patients. The CCC example shows that political steering is not something that automatically restricts discretion over the medical profession. Earlier political steering strategies had failed to reduce the excessive clinical use of use of temporary leave. The introduction of CCC meant that politicians adapted legislation to previously undesired practices.

In psychiatric and social services, CCC is materialized as a physical object in the coordinated care plan. The interviewees talked about the template form for the

coordinated care plan as almost synonymous with CCC. It helped clarify responsibilities and facilitated coordination between the organizations. These changes extended even beyond services for the targeted patients under CCC. The requirement of a coordinated care plan thus served as a political steering strategy for enhancing collaboration.

In the written court decisions about CCC we found deficiencies in procedural fairness in all four requirements for a fair trial that were investigated: transparency, clarity, consistency and impartiality. For example, more than 99 % of the decisions were made in favor of the claims of treating psychiatrist and a substantial minority of courts routinely delegated decision-making authority to treating psychiatrists. The special provisions often involved surveillance controlling techniques. The control is mostly physical, because of the unique role of medication, but also spatial and temporal. Even though no formal coercive measures are allowed, the special provisions as controlling measures seem to have real impact on patients. CCC may therefore be understood as disciplinary power.

A legal requisite for coercive care is that the patient oppose care. However, in practice it is assumed that a patient under CCC will accept the coercive elements (i.e. special provisions). The legal requisites for allowing and discharging from CCC are thus met at the same time. Restrictions of patient autonomy in the legislation is often motivated in terms of enhanced autonomy in the future, for example through avoiding relapse. Another rationale for the restriction of autonomy is to safeguard the health and quality of life of patients. There is no research evidence that compulsory community works. Accordingly, it is hard to identify what benefits CCC provide that can trump the autonomy of the patient.

Förkortningar

HSL	hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
LVM	lagen (2017:136) om vård av missbrukare i vissa fall
LPT	lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LRV	lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
LSS	lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LSPV	lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall
SoL	socialtjänstlagen (2001:453)

Delstudier

Sjöström, S., Zetterberg, L. & Markström, U. (2011). Why community compulsion became the solution: reforming mental health law in Sweden. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(6), 419-428.

Zetterberg, L., Markström, U. & Sjöström, S. (2016). Translating coercion policy into inter-organisational collaboration. The implementation of compulsory community care for people with mental illness. *Journal of Social Policy*, 45(4), 655-671.

Zetterberg, L., Sjöström, S. & Markström, U. (2014). The compliant court – Procedural fairness and social control in compulsory community care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(6), 543-550.

Zetterberg, L. (2017). Tvingad till autonomi. En teoretisk analys av öppen psykiatrisk tvångsvård i Sverige. Opublicerat manus.

Artiklarna är återpublicerade i avhandlingen med tillstånd från förlagen.

1. Inledning

1.1. Introduktion, syfte och frågeställningar

I Sverige infördes 2008 en ny tvångsvårdsform inom psykiatrin – öppen psykiatrisk tvångsvård. Efter att öppen psykiatrisk tvångsvård introducerats i USA på 1960-talet fanns tvångsvårdsformen främst i Nordamerika, Australien och Nya Zeeland fram till 2005 då den successivt infördes i flera andra länder i västvärlden. Spridningen kan snarast liknas vid en internationell trend. (Churchill, Owen, Singh & Hotopf, 2007; Reitan, 2016). Öppenvårdstvång går under en rad olika namn, som t.ex. ”community treatment orders”, ”assisted outpatient treatment” eller ”mandatory outpatient treatment”, som har gemensamt att de ger en juridisk reglering av tvångsvård utanför sjukvårdsinrättning för patienter som lider av en allvarlig psykisk störning. Införandet av tvång i den psykiatriska öppenvården har varit kontroversiellt, både i Sverige internationellt, inte minst eftersom det saknas evidens för att det faktiskt fungerar (Rugkåsa, 2016). Förespråkare för öppen tvångsvård menar att det ger ett mindre ingripande alternativ till slutna tvångsvård, att det underlättar återgången till ett liv utanför sjukvårdsinrättning, samtidigt som det tillgodoser samhällsskyddsaspekter. Kritiker lyfter däremot fram risken för kränkningar av mänskliga rättigheter, att fler människor riskerar att bli utsatta för tvång och att tvång i nya arenor, som till exempel i människors hem, innebär nya etiska problem (Appelbaum, 2001; Brophy & McDermott, 2003; Churchill et al., 2007; Geller, Fisher, Grudzinskas, Clayfield & Lawlor, 2006; Hiday, 2003; Lawton-Smith, Dawson & Burns, 2008). Öppen psykiatrisk tvångsvård verkar alltså vara en motsägelsefull konstruktion som inrymmer olika föreställningar och tolkningar, och som teoretiskt kan innebära både mer frihet för, och mer kontroll över patienter. I Sverige har debatten förvillats ytterligare av det faktum att trots att öppen psykiatrisk tvångsvård visserligen är en tvångsvårdsform, så är den inte förenad med något egentligt tvång. Personer som vårdas enligt den nya vårdformen kan till exempel inte tvingas underkasta sig medicinering eller återintas för att hen inte följer de av rätten föreskrivna villkoren.

Under de senaste decennierna har det i Sverige funnits en uttalad politisk inriktning mot såväl mindre slutenvård som mindre tvångsvård inom psykiatrin. Ambitionen har varit att skapa samhällsbaserade vård- och stödformer som ska öka friheten för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Ökad autonomi, normalisering och inkludering har varit ledord i den svenska processen (Markström, 2003; Markström, Sandlund, & Lindqvist, 2004). Beroende på om man tolkar öppen tvångsvård som mer frihet eller mer tvång, så utgör den nya tvångsvårdsformen antingen en logisk fortsättning på en generell utveckling på det psykiatriska fältet där tyngdpunkten förskjutits dels från slutenvård mot

öppenvård, dels från samhällets rätt till skydd mot individens rätt till frihet. Eller så innebär det att man bryter mot utvecklingen mot mindre tvångsvård och istället inför en helt ny tvångsvårdsform som utökar samhällets möjlighet att vårda individer mot deras vilja. Oavsett tolkning innebär den nya lagstiftningen att den psykiatriska tvångsvården nu rört sig in på det sociala arbetets fält och en formalisering av tvångsvård på en ny arena – samhället.

Den nya svenska lagstiftningen förväntades enligt förarbetena fylla en rad syften. Lagstiftaren menade att motiven var att öppen tvångsvård skulle ersätta en gammal praxis med långa permissioner, vara ett flexibelt utslussningsverktyg, ge en möjlighet att tvångsvårda personer som "behöver tvångsvård" men inte behöver vårdas på sjukhus, samt förhindra återintagningar. Ett uttalat mål med de nya bestämmelserna var också att möjliggöra ökad autonomi för den enskilde i meningen att kunna vistas utanför vårdinrättningen och därmed öka möjligheten för ett självständigt liv. I lagen infördes vidare ett krav på samordnad vårdplanering mellan socialtjänst och psykiatri, vilket förväntades öka samordningen av den enskildes insatser (Prop. 2007/08:70). Även om ansvaret för patienten fortfarande ligger hos psykiatrin, är det i praktiken många gånger personal från socialtjänsten som står för den vardagliga kontakten med patienter som vårdas mot sin vilja, trots att det sker genom insatser som bygger på frivillighet.

Införandet av öppen psykiatrisk tvångsvård i Sverige var omdiskuterat och föregicks av politiska och ekonomiska investeringar. Den nya tvångsvårdsformen innebär att tvånget flyttas till nya arenor och ansvaret fördelas delvis på nya aktörer. Trots detta är det oklart vad den öppna psykiatriska tvångsvården egentligen innebär. Med tanke på det omfattande ingrepp i en människas frihet och integritet som tvångsvård innebär är det angeläget att följa införandet av den nya lagstiftningen. Vid tiden för avhandlingsarbetets början fanns ingen forskning om öppen psykiatrisk tvångsvård i Sverige, vilket gjorde det angeläget att belysa ämnet brett.

Syftet med avhandlingen är att analysera öppen psykiatrisk tvångsvård som social och normativ praktik i olika kontexter i det svenska välfärdssystemet. Mer konkret görs detta genom följande fem frågeställningar:

- Hur kan man förstå motiven till varför öppen psykiatrisk tvångsvård införts i Sverige och i andra länder i västvärlden?
- Vad händer inom och mellan psykiatrin och socialtjänsten när öppen psykiatrisk tvångsvård implementeras?
- I vilken utsträckning är domstolsbeslut rörande öppen psykiatrisk tvångsvård rättssäkra och vilka former av social kontroll är aktuella i domstolsbesluten?
- Vilka normativa ställningstaganden i förhållande till autonomi ligger till grund för lagstiftning om öppen psykiatrisk tvångsvård?
- Hur kan öppen psykiatrisk tvångsvård förstås ur ett styrnings-, ett historiskt och ett maktperspektiv?

De fyra första frågeställningarna motsvarar avhandlingens delstudier medan den femte frågeställningen främst besvaras i kappan.

1.2. Avgränsningar och begrepp

De personer som påverkas allra mest av den nya tvångsvårdsformen är naturligtvis de patienter som själva tvångsvårdas. I den här avhandlingen saknas patienternas eget perspektiv. Det är inte för att patienternas upplevelser, uppfattningar och kunskap är oviktiga, men att det går utanför avhandlingens syfte.

Öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) har införts i både lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128), LPT, och lagen om rättspsykiatrisk vård (SFS 1991:1129), LRV. Denna avhandling berör endast den förstnämnda formen. I avhandlingen används begreppen öppen psykiatrisk tvångsvård, öppen tvångsvård, tvång i öppenvården och öppenvårdstvång som synonyma benämningar på tvångsvårdsformen.

1.3. Översikt över avhandlingens delstudier

Tabell 1 ger en översikt över respektive delstudies syfte, viktiga analytiska begrepp, empiriskt material samt analysmetod.

Tabell 1: Översikt över avhandlingens delstudier.

Del-studie	1.	2.	3.	4.
	Why community compulsion became the solution – Reforming mental health law in Sweden	Translating Coercion Policy into Inter-Organisational Collaboration– the Implementation of Compulsory Community Care for People with Mental Illness	The compliant court – Procedural fairness and social control in compulsory community care	Tvingad till autonomi. En teoretisk analys av öppen psykiatrisk tvångsvård i Sverige
Syfte	Att undersöka tillkomsten av ÖPT i Sverige och kontrastera denna mot tre andra platser	Att undersöka implementeringsprocessen av ÖPT i psykiatri och socialtjänst ur ett översättningsperspektiv	Att undersöka domstolsbeslut rörande ÖPT utifrån två perspektiv: rättssäkerhet och social kontroll	Att tydliggöra vilka normativa ställnings-taganden som ligger till grund för ÖPT utifrån fyra olika perspektiv på autonomi
Analytiska begrepp	Välfärdsstatlig kontext, riskhantering (ideologi, kontroll, rättigheter, evidens)	Översättnings-teori	Rättssäkerhet, social kontroll	Liberal och medicinsk-etiskt perspektiv, proceduriella och substantiella rekvisit för autonomi
Material	Lagarnas förarbeten, svenska riksdags-debatter, debatter i massmedia och fackmedia, intervjuer med nyckelpersoner	15 semi-strukturerade intervjuer med anställda inom socialtjänst och psykiatri	Samtliga 541 domslut från landets förvaltningsdomstolar rörande ÖPT under en sexmånaders-period	LPT samt förarbeten
Analysmetod	Bred hermeneutisk ansats	Riktad innehållsanalys	Deskriptiv statistik, rättsäkerhetsanalys, riktad innehållsanalys	Riktad innehållsanalys

2. Öppen psykiatrisk tvångsvård: bakgrund

2.1. Organisering av psykiatrifältet

Idag har psykiatrifältet i Sverige tre centrala aktörer: stat, kommun och landsting. På nationell nivå är det staten som beslutar om lagar och förordningar samt reglerar delar av kommunerna och landstingens arbete. Staten finansierar också en del av kommunerna och landstingens verksamhet, dels genom allmänna bidrag och dels genom öronmärkta bidrag till specifika verksamheter eller insatser. Ett antal myndigheter har till uppgift att genomföra de beslut som fattats på statlig nivå och är inom sina ansvarsområden ansvariga för att gällande lagstiftning efterlevs. Socialstyrelsen har en bred verksamhet som rör socialtjänst och hälso- och sjukvård. Den ansvarar till exempel för att ta fram föreskrifter och allmänna råd, följa upp och utvärdera hur vården och omsorgen fungerar, samt ta fram kunskap, stöd och statistik. Flera andra myndigheter, som till exempel Inspektionen för vård och omsorg, Folkhälsomyndigheten och Myndigheten för delaktighet har också viktiga roller på fältet. De olika myndigheterna sorterar under olika departement vilka förutom myndighetsöversyn också bland annat förbereder propositioner. Det är socialdepartementet som ansvarar för de flesta frågor som rör psykiatrifältet. Staten är således ansvarig för den övergripande politiken som styr verksamheten men kommuner och landsting har ett omfattande regionalt och lokalt självstyre och stor frihet att själva organisera sitt arbete.

Samhällets insatser till människor som upplever olika psykiska funktionshinder regleras av ett antal olika lagar. Den landstingsdrivna psykiatrin ansvarar för att behandla symtom och effekter av den psykiska ohälsan. Såväl den somatiska som psykiatriska hälso- och sjukvården regleras av hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), HSL. Den kommunala socialtjänsten ansvarar för sociala insatser, som exempelvis boende, boendestöd, daglig verksamhet och sociala kontakter. Dessa insatser är alltid frivilliga och regleras i socialtjänstlagen (SFS 2001:453), SoL, eller i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387), LSS. Förutom socialtjänst och hälso- och sjukvård finns en rad aktörer som också är viktiga på psykiatriområdet, så som försäkringskassan och arbetsförmedlingen.

2.2. Rättslig reglering av psykiatrisk tvångsvård

Den psykiatriska vården sker huvudsakligen med stöd av HSL. Tvångsvård ska ses som ett undantag och regleras därför separat, i LPT och i LRV. Den senare gäller i första hand personer som ges psykiatrisk tvångsvård som brottspåföljd.

Grundprinciperna i HSL gäller även under tvångsvård och ska vara styrande för alla åtgärder som vidtas inom ramen för vården, så länge inte avsteg har gjorts i tvångsvårdslagarna. Enligt dessa ska den offentliga vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och olika insatser ska samordnas på ett för patienten ändamålsenligt sätt (Prop. 2007/08:70).

Enligt 2 § LPT syftar tvångsvården till att sätta patienten i stånd att frivilligt ta emot det stöd hen behöver. Förutsättningar för tvångsvård regleras i 3 § LPT:

Tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller
2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

En förutsättning för vård enligt denna lag är att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

Tvångsvård får inte ges om patientens psykiska störning enligt första stycket utgör enbart en utvecklingsstörning.

Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket ska det även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Vård enligt 3 § ges alltså som sluten psykiatrisk tvångsvård, om patientens vårdbehov inte kan tillgodoses på annat sätt än genom intagning på sjukvårdsinrättning, eller som öppen psykiatrisk tvångsvård, om patienten behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård.

Öppen psykiatrisk tvångsvård kan enligt 2 § LPT endast följa direkt efter en period av sluten psykiatrisk tvångsvård. Tvångsvården måste således alltid inledas på sjukvårdsinrättning. Av 4-6 § LPT framgår att beslut om intagning till sluten tvångsvård kräver en självständig bedömning av två olika läkare. Av 7 § LPT framgår att om chefsöverläkaren finner att patienten bör ges tvångsvård

utöver fyra veckor från dagen för beslutet om intagning ska denne ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt tvångsvård. Om rätten bifaller ansökan får tvångsvården pågå som längst fyra månader innan en ny ansökan ska göras, enligt 8 § LPT. I 9 § LPT anges att tvångsvården efter detta ska omprövas av rätten var sjätte månad. I 32 § LPT anges att patienten har rätt att överklaga chefsöverläkarens beslut om intagning, konvertering eller om intagning från öppen till slutna tvångsvård. Patienten kan också överklaga rättens beslut. Det finns ingen övre gräns för hur länge en person kan tvångsvårdas sammanlagt. Enligt 27 § LPT ska chefsöverläkaren under hela tvångsvårdstiden fortlöpande överväga om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda, och omedelbart avsluta tvångsvården om hen finner att förutsättningarna inte är uppfyllda. För avslutande av tvångsvården krävs inget domstolsbeslut.

I Sverige prövas mål om psykiatrisk tvångsvård i förvaltningsdomstol. Förfarandet vid allmän förvaltningsdomstol är vanligen skriftligt, men i mål som gäller psykiatrisk tvångsvård ska rätten hålla muntlig förhandling (Grönwall & Holgersson, 2014). Förhandlingen hålls på sjukvårdsinrättningen och patienten ska närvara vid förhandlingen om det är möjligt. Patienten ska också förordnas ett offentligt biträde. Vid förhandlingen ska chefsöverläkaren höras. Rätten ska också höra lämplig sakkunnig. Dennes roll i processen är att fungera som tolkningshjälp i rättens bevisprövning genom sin medicinska expertis. Det kan enligt lagens förarbeten ses som en rättssäkerhetsgaranti för patienten att en annan läkare än den som har behandlingsansvar för patienten granskar målet, vilket även kan bidra till att chefsöverläkaren överväger sin uppfattning mer noggrant. Rätten ska dock göra en egen värdering av fakta och är inte bunden av den sakkunniges inställning (Prop. 1999/00:44).

2.3. Rättslig reglering av öppen psykiatrisk tvångsvård

Om chefsöverläkaren under tiden för den slutna tvångsvården bedömer att patienten inte längre har behov av dygnetruntvård men att patienten behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård, kan chefsöverläkaren ansöka hos förvaltningsrätten om öppen psykiatrisk tvångsvård. För öppen tvångsvård krävs fortsatt att patienten lider av en allvarlig psykisk störning, att patienten motsätter sig vården och att hänsyn ska tas till patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt.

När rätten beslutar om öppen tvångsvård ska den föreskriva de särskilda villkor som gäller för vården, enligt 26 § LPT. Chefsöverläkaren ska i sin ansökan ange de villkor som hen anser att rätten ska föreskriva, men det är rätten som avgör utformningen och omfattningen av villkoren och den kan också föreskriva andra villkor än de som chefsöverläkaren föreslagit. Rätten får delegera

beslutanderätten kring villkoren till chefsöverläkaren. De särskilda villkoren får avse:

- skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling,
- skyldighet att hålla kontakt med en viss person,
- skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka vårdcentral eller anlita socialtjänsten,
- vistelseort, bostad, utbildning eller arbete,
- förbud mot att använda berusningsmedel,
- förbud mot att vistas på en viss plats eller att ta kontakt med en viss person, eller
- annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen.

Villkorskatalogen inte uttömmande utan villkoren får utformas individuellt. Nivån på tvångsingripanden ska anpassas till varje enskild persons behov. Lagstiftaren betonar att de inskränkningar av självbestämmande, integritet och värdighet som villkoren innebär för en patient måste vägas mot de positiva effekter som kan uppstå för patientens hälsa och livskvalitet att vistas utanför sjukvårdsinrättning. Vidare menar lagstiftaren att det förutsätts att patient och läkare i stora delar är överens om insatsernas innehåll, och att villkoren bara styr vad patienten ur ett tvångsvårdsperspektiv måste göra eller inte får göra. I förarbetena påpekas också att en förutsättning för att kunna föreskriva insatser enligt SoL eller enligt LSS är att patienten själv önskar detta och själv ansöker om bistånd eftersom det inte är möjligt att ge sådana insatser med tvång (Prop. 2007/08:70).

Det är viktigt att påpeka att behandling inom ramen för öppen tvångsvård inte får genomdrivas med tvångsåtgärder (Prop. 2007/08:70). Tvångsåtgärder är sådana åtgärder som kan vidtas mot patientens vilja, som till exempel medicinering, fastspänning och avskiljning. Detta kan endast ske under slutet tvångsvård (Socialstyrelsen, 2009d). Det finns följaktligen inget sätt att tvinga patienten att följa de föreskrivna villkoren. Återintagning får inte heller ske enbart som en sanktion för att patienten inte följt villkoren (Prop. 2007/08:70). Återintagning till slutet tvångsvård från öppen tvångsvård enligt 26a § LPT kräver att rätten på nytt prövar om förutsättningarna för slutet tvångsvård är uppfyllda.

En ansökan till rätten om öppen tvångsvård utan en bifogad samordnad vårdplan kan inte bifallas. I förarbetena betonas att en god vårdplanering är grundläggande för att säkerställa god kvalitet och säkerhet, för att syftet med tvångsvården kan uppnås så snabbt som möjligt och för att tillgodose samhällsskyddet. En vårdplan ska därför upprättas snarast efter att en patient tagits in för tvångsvård. Chefsöverläkaren måste också undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten eftersom patienten ofta är i behov av sådana insatser vid

utslussningen. Den samordnade vårdplanen ska enligt lagens förarbeten innehålla det bedömda behovet och de insatser som därmed planeras från hälso- och sjukvården, socialtjänsten och eventuella andra aktörer, som till exempel arbetsförmedlingen eller försäkringskassan. Det ska även framgå vilka beslut om insatser inom socialtjänsten som kommunen har fattat för att tillgodose patientens behov. Vårdplaneringen ska ske i samråd med patienten och dennes möjlighet att göra egna val ska tillgodoses så långt det är möjligt genom individuellt anpassad information. Om det inte är olämpligt och patienten inte motsätter sig detta, bör samråd också ske med patientens närstående (Prop. 2007/08:70).

För öppen tvångsvård gäller samma tidsfrister för ansökan om fortsatt tvångsvård som vid slutna tvångsvård. Det betyder att den öppna tvångsvården som längst kan pågå i sex månader innan en ny prövning ska göras och att det saknas en övre gräns för hur länge en patient kan tvångsvårdas i öppenvården. I förarbetena betonas att det är viktigt att man inte slentrianmässigt förlänger den öppna tvångsvården. Det är istället en utslussning man vill få till stånd med insatser som ska vara framåtskridande och detta ska uppnås genom kraven på samordnad planering och uppföljning av landstingens och kommunens insatser (Prop. 2007/08:70). På samma sätt som vid slutna tvångsvård krävs inget domstolsbeslut för att avsluta tvångsvården och detta ska göras när förutsättningarna för tvångsvård inte längre föreligger. Tvångsvården upphör också automatiskt om en ny ansökan till rätten inte lämnas in i tid. I de fall där rätten avslår chefsöverläkarens ansökan om öppen tvångsvård ska tvångsvården upphöra helt. Patienten får således inte återintas till slutna tvångsvård i dessa fall. Redan vid en ansökan om öppen tvångsvård har ju chefsöverläkaren gjort bedömningen att patienten inte längre har ett oundgängligt behov av sjukhusvård (Prop. 2007/08:70).

2.4. Användning av psykiatrisk tvångsvård i Sverige

En avhandling om tvångsvård kan möjligen ge en något skev bild av den psykiatriska vården. Det är därför viktigt att påpeka att den allra största delen av den psykiatriska vården i Sverige sker frivilligt och i öppenvården. Antalet patienter som besökte läkare inom den psykiatriska öppenvården under 2013 var 278 769. Under samma år vårdades 47 488 patienter frivilligt inom den slutna psykiatriska vården och 10 709 personer vårdades enligt LPT. Det är alltså färre än en femtedel av alla som vårdas inom slutenvården som gör det enligt LPT (Socialstyrelsen, 2014). Trots att slutna vård endast utgör en mindre del av all psykiatrisk vård i Sverige står den för 40 procent av kostnaden för den specialiserade psykiatriska vården (Sveriges kommuner och landsting, 2016).

De senaste decennierna har antalet slutenvårdsplatser inom psykiatrin sjunkit kraftigt i Sverige, alltsedan landstingen övertog ansvaret för mentalsjukhusen 1967. År 1979 fanns 28 000 slutenvårdsplatser. År 2010 fanns 3011 allmänpsykiatriska, 1055 rättspsykiatriska och 154 barn- och ungdomspsykiatriska slutenvårdsplatser (Socialstyrelsen, 2010b). Likaså har antalet tvångsvårdade patienter sjunkit markant i absoluta tal. Ända sedan 1950-talet har andelen tvångsvård minskat i förhållande till frivillig vård. Med införandet av LPT 1992 sjönk antalet tvångsvårdade ytterligare. Även antalet patienter som vårdas frivilligt inom den psykiatriska slutenvården minskade kraftigt mellan 1991 och 2005 för att sedan plana ut kring 2008 (Kjellin, Östman & Östman, 2008; Socialstyrelsen, 2009c). Som en konsekvens av minskningen av slutenvårdsplatser används en allt större andel av platserna av personer som vårdas med tvång. Dessa patienter har ofta stora vårdbehov. Belastningen på den slutna psykiatriska vården är ofta hög, med en beläggningsgrad på nästan 100 procent (Socialstyrelsen, 2009c).

Det är svårt att få en överblick över hur situationen för personer som vårdas med tvångsvård inom psykiatrin ser ut idag. Sedan 2009 samlar Socialstyrelsen genom patientregistret in en rad uppgifter kring den öppna och slutna vården i Sverige. Det handlar till exempel om ålder, kön, diagnos och tvångsåtgärder. Kvaliteten och tillförlitligheten har successivt förbättrats men trots detta kan det finnas underrapportering och bortfall (Socialstyrelsen, n.d. b). I patientregistret saknas också information om till exempel vårdtider och insatser. Tabell 2 ger en översikt över uppgifter för 2015.

Tabell 2: Översikt över vårdtillfällen, personer, andel kvinnor och de tre vanligaste diagnoserna för personer som vårdas med LPT.

2015	Vård-tillfällen	Personer	Andel kvinnor	De tre vanligaste diagnoserna, andel av personer
LPT (inkl ÖPT)	18 023	11 315	49 %	Schizofreni och vanföreställningssyndrom: 36 % Förstämningssyndrom: 22 % Störningar orsakade av psykoaktiva substanser: 17 %
ÖPT	1 628	1 148	44 %	Schizofreni och vanföreställningssyndrom: 68 % Förstämningssyndrom: 9 % Störningar orsakade av psykoaktiva substanser: 5 %

Ungefär 85 procent av de som vårdas enligt LPT är mellan 18 och 54 år (Socialstyrelsen, 2014). I Socialstyrelsens (2009c) statistik från 2008, det vill säga innan öppen psykiatrisk tvångsvård infördes, delas insatser för personer som vårdas enligt LPT in tre grupper: medicinsk behandling, psykologisk behandling samt omvårdnad/rehabilitering. Vanligast var att patienter rapporterades få både medicinska och omvårdande/rehabiliterande insatser, vilket 46 procent av patienterna fick. 39 procent fick endast medicinska insatser. Två procent fick en kombination av medicinska och psykologiska insatser. En procent fick enbart omvårdnad/rehabilitering. Elva procent fick insatser från alla tre kategorierna. 85 procent av patienterna fick antipsykotisk behandling i någon form, vilket är en större andel av patienterna jämfört med dem som uppgavs ha schizofrenidiagnos eller andra psykoser. Över hälften av de som 2008 vårdades enligt LPT skrevs ut inom fyra veckor (Socialstyrelsen, 2009c).

Andelen tvångsvårdade varierar stort mellan olika landsting. Under 2015 var medeltalet för hela landet 185,9 vårdtillfällen enligt LPT per 100 000 invånare, men den lägsta siffran var 62,4 (Värmland) och den högsta 289,5 (Stockholm). För vårdtillfällen under enbart öppen psykiatrisk tvångsvård per 100 000 invånare var rikssnittet 16,6. Den högsta siffran var 29,8 (Kronoberg) och på två ställen var denna nästan lika hög: 29,5 (Kalmar) och 29,2 (Stockholm). Lägst antal vårdtillfällen hade Halland (4,45) och Dalarna (4,98) (Socialstyrelsen, 2016).

2.5. Utvecklingen av den psykiatriska tvångsvården

2.5.1. Avinstitutionalisering

Den process som brukar kallas avinstitutionalisering inleddes i Sverige under andra halvan av 1900-talet. De stora institutionerna började kritiseras samtidigt som ekonomiska faktorer gjorde det gamla systemet ohållbart. Inspirerade av amerikanska rörelser för mänskliga rättigheter under 1960-talet restes i hela västvärlden krav på samhälleliga förändringar för utsatta grupper. Synen på medborgaren som subjekt, idéer om individuella rättigheter och miljöns betydelse för människors sociala situation slog igenom även i Sverige. I förhållande till personer med funktionsnedsättningar symboliserar framväxten av handikappbegreppet under slutet av 1960-talet ett mer miljörelaterat förhållningssätt. I Sverige var kritiken mot den befintliga socialvården och socialpolitiken massiv. I förhållande till den psykiatriska vården ifrågasattes användandet av tvång samtidigt som den medicinska professionens makt och vetenskapliga legitimitet ifrågasattes. De stora institutionerna kritiserades för att bidra till stigmatisering och forskning påvisade sekundära skador och sociala handikapp som ett resultat av långa vistelser på institution. Missförhållanden på institutionerna med allt från brist på vård till inhumana metoder och brutalitet

belystes. Samtidigt utvecklades nya antipsykotiska mediciner och terapeutiska arbetsmodeller. De stora mentalsjukhusen var också dyra i drift med stora kostnader för personal, få patienter som skrevs ut och byggnader som var i stort behov av renovering. Dessa faktorer bidrog tillsammans till avinstitutionaliseringen av både psykiatrins patienter och andra grupper. Den framväxande välfärdsstaten med dess nya bidragssystem och socialförsäkringsformer gjorde det också möjligt för utsatta grupper att klara sig i samhället. Liksom i övriga västvärlden avvecklades undan för undan de stora mentalsjukhusen. Utvecklingen inleddes mot samhällsbaserade vårdformer som skulle öka friheten för personer med psykiska funktionsnedsättningar och minska kostnaderna för den resurskrävande slutenvården (Björkman, 2011; Kindström Dahlin, 2014; Markström, 2003; Markström, Sandlund, & Lindqvist, 2004).

2.5.2. Samverkan

I samband med omstruktureringen av den psykiatriska vården under 1970-talet blev behovet av ett närmande mellan sociala och psykiatriska insatser allt mer uppenbart. I slutet av 1980-talet tillsattes Psykiatriutredningen med uppgift att föreslå olika åtgärder för en förbättrad och effektivare service och vård till psykiskt störda (Dir. 1989:22). Uppdraget skulle främst inriktas på att överväga åtgärder vad gällde ansvarsfördelning, former för samverkan mellan kommuner och landsting samt organisation av stöd och vård. Utredningens arbete (redovisat i slutbetänkandet SOU 1992:73) kom senare att mynna ut i Psykiatrireformen. Liknande diskussioner fördes även kring fördelningen av ansvar för vård och omsorg för andra grupper. Under 1990-talet genomfördes sedan tre stora reformer av huvudmannaskap inom vård- och omsorgsområdet, Ädelreformen, Handikappreformen och Psykiatrireformen, och kommunernas ansvar utökades. Genom Psykiatrireformen, som trädde i kraft 1995, förtydligades ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting för gruppen personer med psykiska funktionsnedsättningar. Kommunernas ansvar för målgruppen förtydligades också, framför allt för boende och sysselsättning (Markström, 2003). För målgrupperna för de tre huvudmannaskapsreformerna, äldre och personer med olika former av funktionsnedsättning, har det under 1900-talet skett en successiv ansvarsförskjutning från statliga institutioner, via landstingsdrivna verksamheter som skolhem, långvård och mentalsjukhus, till kommunala verksamheter. Samtidigt har den landstingsdrivna primärvården också tagit över flera av de uppgifter som förut tillhört sjukhusens ansvarsområde (Edebalk, 2016; Markström, 2003; Socialstyrelsen, 2009b; Tideman, 2000; Tøssebro et al., 2012).

Det har från statligt håll gjorts många försök för att komma till rätta med problemet med bristande samverkan på psykiatrifältet. De senaste decennierna har en mängd olika former för samverkan provats. Det handlar till exempel om

samlokalisering av verksamheter, samverkansavtal, möjlighet att samverka genom gemensamma nämnder, olika lösningar för sekretessfrågor, samverkansprojekt genom till exempel integrerade team, konferenser och seminarier kring samverkansfrågor, försöksverksamheter med finansiell samordning samt möjligheter till fristående samordningsförbund. Psykiatrireformen innehöll bestämmelser om kommunalt betalningsansvar för utskrivningsklara patienter för att kommunerna skulle få ett samlat ekonomiskt ansvar (Markström, 2003; SOU 2000:114; SOU 2006:100). Trots att många av initiativen visat positiva resultat så länge de pågått konstaterade Nationell psykiatrisamordning att de goda effekterna inte bestått över tid. Stöd och stimulans som styrstrategi verkade inte vara tillräckligt utan landsting och kommuner måste istället få en förtydligad skyldighet att samverka genom lagstiftning (SOU 2006:100). År 2010 infördes bestämmelser i både HSL och SoL om skyldighet att upprätta en samordnad individuell plan, SIP, när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Samtidigt infördes också en skyldighet för landsting och kommuner att ingå gemensamma överenskommelser av både principiell och praktisk karaktär om samarbete i fråga om personer med psykiska funktionsnedsättningar (Prop. 2008/09:193).

2.5.3. Tvång utanför institution

Sedan avinstitutionaliseringen av psykiatrins patienter inleddes har man provat flera olika sätt att vårda personer med tvång utanför institution, framför allt för att kunna slussa ut patienter från institutionen men samtidigt behålla den formella kontrollen. När kritiken mot institutionerna tog fart på allvar under 1960- och 1970-talen reglerades den psykiatriska tvångsvården genom lagen om beredande av slutna psykiatrisk vård i vissa fall (SFS 1966:293). LSPV hade trätt i kraft samtidigt som huvudmannaskapet för den statliga sinnessjukvården flyttades över till landstingen. En uttalad utgångspunkt var att utforma klart formulerade rättssäkerhetsgarantier inom den psykiatriska tvångsvården (Grönwall & Holgersson, 2014). LSPV tillät förutom kortare permissioner också så kallade försöksutskrivningar, vilket betydde att patienter kunde skrivas ut från slutenvården men fortsätta att tvångsvårdas under förutsättning att patienten uppfyllde vissa villkor, vanligtvis att patienten skulle få neuroleptikainjektioner genom öppenvårdspsykiatri (Sjöström, 1997). Men trots att införandet av LSPV sågs som ett stort steg i förbättrandet av rättssäkerheten för psykiatrins patienter kom lagen ändå att kritiseras från flera håll, samtidigt som kritiken mot psykiatri som institution växte (Markström, 2003).

Den kritik och de krav på förändring som formulerats allt starkare ledde slutligen till att Socialberedningen tillsattes 1980. Beredningen skulle enligt direktiven "fortsätta översynen av LSPV med sikte på en fullständig revision av den psykiatriska tvångslagstiftningen" med målsättningen att psykiatri skulle

utvecklas mot öppna vårdformer och vård baserad på frivillighet (Grönwall & Holgersson, 2014). År 1984 presenterade kommittén betänkandet ”Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten” (SOU 1984:64) där man konstaterade att intentionerna med LSPV inte hade realiserats och därför föreslog en ny lagstiftning. Rapporten var uppenbart influerad av debatten om psykiatrin under 1960- och 70-talen och innebar ett ideologiskt skifte där patienters rättigheter gavs större uppmärksamhet än tidigare (Sjöström, 1997). Efter flera års beredning resulterade Socialberedningens förslag i 1990 års proposition (Prop. 1990/91:58), vilken sedan kom att bilda utgångspunkten för en mycket omfattande reform av psykiatrilagstiftningen.

När de nuvarande tvångsvårdslagarna LPT och LRV trädde i kraft 1 januari 1992 fanns bland annat en uttalad strävan efter att begränsa tvångsvårdsanvändningen (Grönwall & Holgersson, 2014). Det gamla systemet med försöksutskrivningar ersattes i LPT och LRV av ett nytt system med långa permissioner – permission till vårtdagens slut. Syftet med denna form av permission var i princip det samma som i det tidigare systemet, att underlätta för övergång mellan tvångsvård till vård i frivilliga former (SOU 1998:32).

År 1995 tillsattes Tvångspsykiatritkommittén för att utvärdera de dåvarande psykiatriska tvångsvårdslagarna, vilket resulterade i slutbetänkande ”Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård” (SOU 1998:32). I betänkandet fanns en rad förslag till ändringar i både LRV och LPT. Bland annat föreslogs att möjligheten att ge patienten permission till vårtdagens slut skulle avskaffas. De längre permissionerna skulle enligt kommittén ersättas av en möjlighet att under vissa förutsättningar överföra patienten till öppen vård där patienten skulle vara skyldig att iaktta vissa villkor – öppen vård med särskilda villkor. Under remissbehandlingen av förslaget framkom dock kritik och regeringen valde till slut att inte gå vidare med förslaget utan stannade vid att ändra permissionsbestämmelserna. Detta motiverades bland annat med att förslaget inte låg i linje med den allmänna inriktningen mot mindre tvångsvård (Prop. 1999/00:44). Följden blev istället att man år 2000 ändrade reglerna så att möjligheten att ge permission för återstoden av vårtdagen togs bort och permission kom att kunna lämnas endast för visst avgränsat tillfälle. En ettårsgräns för långa permissioner infördes också, varefter tvångsvården skulle upphöra. I propositionen till lagändringen menade lagstiftaren att det kan ”vara svårt att finna att någon form av permission över huvud taget är förenlig med kravet i 3 § 2 LPT att patienten ska ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom intagning på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård” (Prop. 1999/00:44 s. 90). Uppföljningen av lagändringen två år senare konstaterade dock att lagändringen inte hade avsedd effekt och att permissioner vid vård enligt LPT istället ökat kraftigt (Socialstyrelsen, 2002).

Hösten 2003 förklarade den nyvalda socialdemokratiska regeringen att man planerade att inom kort utse en nationell samordnare för att se över psykiatrin i Sverige. I oktober 2003 tog Liberalernas partiledare Lars Leijonborg upp det förslag som Tvångspsykiatrikommittén kommit med några år tidigare om öppen vård med särskilda villkor, och kritiserade den dåvarande socialdemokratiska regeringen för att man inte gått vidare med förslaget. Leijonborg menade att det var "uppenbart att det var ett misstag" och att det "är just det tvångsmedlet som behövs för att vårdkedjan i psykiatri ska fungera bättre" (Riksdagens protokoll 2003/04:11). Nationell psykiatrisamordning fick därför även i uppdrag (enligt Dir. 2003:133) att se över gällande permissionsbestämmelser enligt LPT och LRV. Psykiatrisamordningens bedömning var att tillämpningen av permissionsbestämmelserna speglade ett behov av ett mer flexibelt utslussningssystem som bättre svarade upp till patientens behov av en lyckad utslussning. Syftet med den nya vårdformen var att bättre kunna anpassa nivån på tvångsinsatser till varje enskild patients behov. Möjligheten att kunna vistas utanför vårdinrättningen och därmed öka chansen för ett självständigt liv innebar enligt lagstiftaren att de nya bestämmelserna skulle möjliggöra en ökad autonomi för den enskilde jämfört med att vistas inom den slutna tvångsvården. Lagstiftarens avsikt var att även de patienter som inte har behov av slutna vård, men som behöver följa vissa villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård skulle kunna omfattas av vårdformen. De villkor som patienten fick föreskrivas vid öppen tvångsvård var de samma som tidigare gällt vid beslut om permission. Detta motiverades med att det var en fördel om inte ytterligare en katalog med villkor lades till den redan befintliga (Prop. 2007/08:70).

En stor del av kritiken mot det gamla systemet med permission till vårdtidens slut var alltså att det inte levde upp till kraven på rättssäkerhet. Lagstiftaren menar att med hänsyn till de inskränkningar som villkoren innebär av de grundlagsskyddade fri- och rättigheterna så bör överförandet till öppen psykiatrisk tvångsvård prövas av domstol (Prop. 2007/08:70). Införandet av öppen psykiatrisk tvångsvård adresserar också ett av psykiatrifältets nyckelproblem – relationen mellan den landstingsdrivna psykiatrin och kommunens socialtjänst. Samordning mellan olika insatser och aktörer är genom krav på samordnad vårdplan en förutsättning för vård enligt öppen psykiatrisk tvångsvård (Prop. 2007/08:70). Det handlar dels om att individen faktiskt ska få sina behov tillgodosedda av olika aktörer och dels att dessa insatser ska samordnas. I propositionen beskrivs också hur möjligheten att ge permission till vårdtidens slut och systemet med försöksutskrivningar inte i tillräcklig utsträckning stimulerat samarbete mellan kommun och landsting (Prop. 2007/08:70). För att förbereda införandet av den nya vårdformen beslutade regeringen att ge kommunerna ett extra bidrag för att utveckla sociala insatser: 145 miljoner kronor under 2007 och 75 miljoner kronor under 2008 (Socialstyrelsen, 2009a).

3. Forskning om öppen psykiatrisk tvångsvård

Forskning om öppen psykiatrisk tvångsvård bedrivs internationellt utifrån en mängd frågeställningar och med olika utgångspunkter och metoder. I Sverige är forskningen av förklarliga skäl ännu högst begränsad. Detta kapitel innehåller en genomgång av några aktuella forskningsteman kopplade till öppen psykiatrisk tvångsvård.

3.1. Utformning av lagstiftning

Tvång i den psykiatriska öppenvården finns i fler än 75 jurisdiktioner världen över, däribland ett antal delstater i USA, Kanada, Australien, Nya Zeeland, Skottland, Norge, England och Wales, Danmark och Schweiz (Rugkåsa, 2016). Regleringarna skiljer sig åt på en rad punkter. Beslut om en patient ska ges öppen tvångsvård kan tas av läkare, domstol eller annan rättslig instans. Vanligast är att öppen psykiatrisk tvångsvård ges sex månader i taget men med möjlighet till förlängning (Dawson, 2005). O'Brien, McKenna & Kydd (2009) identifierar i sin översikt en rad olika syften med tvångsvårdsformen. Det handlar bland annat om att förhindra återintagning till sluten tvångsvård och att kunna skriva ut personer tidigare från sluten tvångsvård, eller att öka följsamhet till behandling och därmed minska risken för försämring. Mindre vanliga är mål som att förebygga våldsbrott eller risken att bli utsatt för brott, att förhindra att personer med psykisk funktionsnedsättning hamnar i fängelse samt att minska hemlöshet.

I sin internationella jämförelse från 2007 menar Churchill och medförfattare att utformning av lagstiftning om öppenvårdstvång generellt kan sägas skilja sig åt på tre grundläggande punkter: Är kriterierna samma för sluten som för öppen tvångsvård eller skiljer de sig åt? Är syftet med den öppna tvångsvården att behandla försämring eller att förebygga försämring? Är syftet att erbjuda alla tvångsvårdade patienter ett mindre ingripande alternativ till sluten vård eller är det till för en särskild grupp patienter med särskilda kliniska och juridiska kriterier? Om kriterierna för öppen och sluten vård är olika, om öppen tvångsvård kan användas till att förebygga försämring och kan användas för vissa grupper vid vissa tillfällen klassas de av Churchill och kollegor som så kallad förebyggande ("preventative") öppen tvångsvård. Den andra formen är öppen tvångsvård enligt principen om det minst ingripande alternativet ("least restrictive alternative"). Denna senare form är framför allt i bruk i jurisdiktioner där man har ett omedelbart farlighetskriterium för tvångsvård eftersom förebyggande tvång inte anses förenligt med sådana kriterier. Förebyggande öppen tvångsvård har kritiserats bland annat i USA ur ett mänskliga rättigheter-perspektiv. Om man använder sig av Churchill och medförfattares klassificering ligger den svenska lagstiftningen närmast den förebyggande formen eftersom kriterierna skiljer sig

från dem vid slutet tvångsvård, öppenvårdstvånget kan användas för att förebygga försämring och syftet är att nå grupper som inte tidigare omfattades av tvångsvårdslagstiftningen. Det finns också utformningar av lagstiftningen som är en mix av de båda varianterna, som till exempel Israel, Skottland och i vissa delstater i Australien (Churchill et al., 2007).

Uppdelningen mellan förebyggande öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen psykiatrisk tvångsvård som ett mindre ingripande alternativ har också ifrågasatts. Kisely och Campbell (2007) menar att det inte automatiskt är mindre ingripande med kortare tvångsvårdsperioder på sjukhus, eftersom den förebyggande formen istället kan ge färre tvångsvårdsperioder på sjukhus, då den ger möjlighet att ingripa tidigare vid en försämring. Fulop (1995) och Segal och Tauber (2007) har också framfört kritik mot att betrakta öppen tvångsvård som mindre ingripande eftersom begränsningar av friheten i samhället kan vara lika ingripande som på sjukhus. Dawson (2006) hävdar att de två kanske mest betydelsefulla skillnaderna mellan olika regleringar av tvång i öppenvården handlar om vilken betydelse kriterier om beslutskompetens har i lagstiftningen, det vill säga om öppen tvångsvård är tillåten då en person anses ha förmåga att besluta om den egna vården, respektive i vilken utsträckning tvångsåtgärder kan genomföras utanför sjukhus.

Jurister som studerat öppen psykiatrisk tvångsvård i Sverige har framfört att det finns rättssäkerhetsbrister i lagstiftningen och i tillämpningen av den. Det handlar framför allt om samtyckesrekvisiten och frånvaron av tvångsmedel. En förutsättning för psykiatrisk tvångsvård är att patienten motsätter sig vården, och målet är att patienten frivilligt ska ta emot vård. Samtidigt är det en förutsättning för öppen tvångsvård att patient och läkare är överens om innehållet i vården (Prop. 2007/08:70). Här är tvångs- och samtyckesrekvisiten både oklara och motsägelsefulla. Kravet på samtycke utgör både en förutsättning för, och ett hinder mot öppen tvångsvård. Det tycks alltså innebära att samtidigt som förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda är kraven för vårdens upphörande också uppfyllda (Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011; Vahlne Westerhäll, 2013). Det är oklart hur inskränkningen av patientens frihet ska tolkas ur ett mänskliga rättigheter-perspektiv. Om tvång används för att genomdriva vården skulle det strida mot Regeringsformen (SFS 2011:109) och Europakonventionen för mänskliga rättigheter (Council of Europe, 1997), eftersom tvånget inte är stipulerat i lag. Om till exempel ett villkor om urinprov ställs för öppen tvångsvård, för att patienten inte skulle lämna ett sådant prov frivilligt, är detta att betrakta som en tvångsåtgärd, vilket alltså saknar lagstöd. För sådan åtgärd krävs samtycke. Om tvång inte behöver användas för att patienten samtycker innebär det å andra sidan att kraven för vårdens upphörande är uppfyllda. Avsaknad av samtycke och avsaknad av tvång är två motstridiga krav för en lagenlig tillämpning av lagstiftningen (Gustafsson, 2013; Vahlne Westerhäll,

2013). Även möjligheten att föreskriva villkor som ska genomföras med stöd av SoL och LSS, som båda bygger på frivillighet, har kritiserats (Gustafsson, 2013).

3.2. Evidens

En del av den forskning som bedrivs kring öppen psykiatrisk tvångsvård handlar om huruvida tvångsvårdsformen fungerar. Internationellt finns en rad studier där man undersöker utfallet av öppen tvångsvård. Det finns ungefär ett femtiotal icke-randomiserade studier, tre randomiserade kontrollerade studier (Burns, Rugkåsa, Molodynski, et al., 2013; Steadman, Gounis, Dennis, et al., 2001; Swartz, Swanson, Wagner, et al., 1999;), sex systematiska översikter (Churchill, Owen, Singh & Hotopf, 2007; Maughan, Molodynski, Rugkåsa, et al., 2014; O'Brien, McGenna & Kydd, 2009; Swartz & Swanson, 2004; Rugkåsa, Dawson & Burns, 2014; Rugkåsa, 2016), en Cochrane-översikt (Kisely, Campbell & O'Reilly, 2017) och två metaanalyser (Kisely, Campbell, Scott, et al., 2007; Kisely & Hall, 2014). De vanligaste utfallsmåtten i studierna handlar om återintagningsfrekvens, tid i slutenvård och nyttjande av öppenvård. Men det finns också studier som undersökt till exempel livskvalitet, antalet återintagningar, följsamhet till behandling, dödlighet, patienters upplevelse av tvång och kostnader för hälso- och sjukvård (O'Brien, McKenna & Kydd, 2009; Rugkåsa, 2016). Eftersom utfallsmåtten skiljer sig åt mellan olika studier, de lagar som reglerar tvång i öppenvården ser olika ut i olika jurisdiktioner och studierna är utförda i olika välfärdsstatliga kontexter kan det vara svårt att säga något generellt om resultaten. Bland de icke-randomiserade studierna är resultaten skiftande, där några studier funnit positiva effekter medan andra inte gjort det (Rugkåsa, 2016). Resultaten av de randomiserade studier som finns visar dock inga förbättringar i vårdutnyttjande, social funktion, välbefinnande eller livskvalitet jämfört med standard frivillig vård (Kisely, Campbell & O'Reilly, 2017). Det finns idag alltså inget vetenskapligt stöd för att säga att öppen psykiatrisk tvångsvård fungerar.

3.3. Användning

Det är svårt att jämföra hur vanligt det är att använda öppen psykiatrisk tvångsvård i olika jurisdiktioner. Dels för att lagstiftningen skiljer sig åt, men också på grund av metodfrågor som att statistiken bygger på olika sorters datamaterial och att viss statistik presenteras årsvis medan annan bygger på endagsinventeringar. Lawton-Smith skriver i en artikel från 2005 att andelen personer som vårdas med tvång i öppenvården varierar mellan två och 60 per 100 000 invånare i olika jurisdiktioner men generellt är andelen låg i Kanada, hög i Australien och Nya Zeeland, medan det i USA skiljer sig stort mellan olika delstater (Lawton-Smith, 2005). I en senare artikel menar Rugkåsa (2016) att

öppen tvångsvård verkar ges oftare i Australien och Nya Zeeland än i Nordamerika.

Flera studier visar hur användandet av lagstiftningen tenderar att användas som mest den första tiden efter införandet för att sedan plana ut eller minska (O'Brien, McKenna & Kydd, 2009). Enligt Dawson (2005) kan ökningen under de första åren förklaras med att personalen successivt lär sig använda tvångsvårdsformen, medan variationen under senare år kan bero på hur användbar man uppfattar den i praktiken.

Kjellin och Peltto-Piri (2014) har i Sverige jämfört användandet av tvångsvård två år före, och två år efter införandet av öppen psykiatrisk tvångsvård. Journaler från alla patienter som någon gång tvångsvårdats under perioden studerades. Under den första perioden var detta 524 personer och under den andra perioden 514 personer. Från period ett till period två minskade den totala mängden slutenvård med nio procent för samtliga patienter i studien och de patienter som tvångsvårdades någon gång under båda perioderna hade 20 procent färre dagar inom slutenvården under den andra perioden. Däremot ökade det totala antalet dagar på permission och/eller öppen tvångsvård med 26 % totalt efter införandet av den nya tvångsvårdsformen. För de patienter som tvångsvårdades någon gång under båda perioderna var motsvarande siffra 43 %. Det totala antalet dagar under någon form av tvångsvård (sluten tvångsvård, öppen tvångsvård eller permission från sluten tvångsvård) för studiens samtliga patienter ökade med fem procent. Införandet av en ny form av tvångsvård verkar alltså ha bidragit till att den totala användningen av tvångsvård ökat. Däremot minskade användandet av permissioner kraftigt. Författarnas slutsatser är att lagstiftarens syfte att minska användandet av långa permissioner uppnåtts.

3.4. De tvångsvårdade patienterna

Churchill och medförfattare (2007) konstaterar i sin översikt att den genomsnittlige patienten är väldigt lik i olika jurisdiktioner. Det handlar om en man som är cirka 40 år med en omfattande sjukdomshistoria och erfarenhet av slutenvård. Han har en historia av dålig behandlingsfölsamhet och har behov av eftervård. Han är diagnostiserad med schizofreni eller affektiv sjukdom och anses vara potentiellt farlig. Burns och Dawson (2009) tolkar detta som att det finns konsensus kring vilka patienter som bör vårdas med tvång i öppenvården.

Socialstyrelsen (2010a) konstaterar i en uppföljning av den svenska lagstiftningen från 2010 att den nått de målgrupper som lagstiftaren avsett. Bestämmelserna verkar tillämpas ungefär som de gamla permissionsreglerna (Socialstyrelsen, 2009a). Främst handlar det om patienter som haft flera vårdkontakter eller vårdats under lång tid, men där den frivilliga vården inte varit

tillräcklig för att undvika återinsjuknande, eller där patienten i frivillig vård snabbt avbrutit sin medicinska behandling. Socialstyrelsen skriver också att det ibland är oklart hur villkoren är kopplade till patientens behov och hur de kan bidra till att patientens möjlighet att ta emot vård på frivillig väg ökar. Vidare konstateras att vissa villkor ibland kan vara alltför integritetskränkande. Anledningen till att patienter återintagits är främst att de avbrutit sin medicinering eller använt droger, vilket har försämrad patientens tillstånd (Socialstyrelsen, 2010a).

3.5. Patienters upplevelser

En rad studier har undersökt patienters upplevelse av öppen psykiatrisk tvångsvård till exempel i Norge (Riley, Høyer & Lorem, 2014; Stensrud et al, 2015), Nya Zeeland (Gibbs, Dawson, Ansley & Mullen, 2005; Gibbs, Dawson, Forsyth, Mullen & Tanga, 2004; Gibbs, Dawson, Mullen, 2006), England/Wales (Banks, Stroud & Doughty, 2015; Gault, 2009; Stroud, Banks & Doughty, 2015; Canvin, Rugkåsa, Sinclair & Burns, 2014), Australien (Brophy & Ring, 2004), Kanada (O'Reilly, Keegan, Corring, Shrikhane & Natarajan, 2006; Schwartz, O'Brien, Moral, Armstrong, Flemming & Moore, 2010) och olika delstater i USA (Borum, Swartz, Riley, Swanson, Hiday & Wagner, 1999; Scheid-Cook, 1993; Swartz, Swanson, Wagner, Hannon, Burns & Shumway, 2003; Swartz, Wagner, Swanson, Hiday, & Burns, 2002). Gemensamt för de flesta studier är hur patienterna i sina berättelser av öppen tvångsvård har slutet tvångsvård som referensram. I förhållande till den slutna tvångsvården är de positiva till den större friheten och möjligheten att leva utanför sjukhus. Huruvida detta faktiskt är en relevant jämförelse är beroende av den aktuella lagstiftningens utformning. I de jurisdiktioner där öppen tvångsvård utformats som en förebyggande tvångsvårdsform är öppen tvångsvård inte ett alternativ till slutet tvångsvård, utan en egen tvångsvårdsform med separata kriterier. I de flesta studier framstår medicineringen som det som upplevs påverka patienterna mest. Öppen tvångsvård verkar framför allt innebära att man inte kan bestämma över sin egen medicinering vilket ofta upplevs negativt. I flera studier berättar patienter om negativa känslor kopplade till tvång och brist på självbestämmande. En fördel som patienter upplever med öppen tvångsvård och som lyfts fram i många studier är att vården blir mer tillgänglig och strukturerad.

I en svensk kontext finns en publicerad rapport av patienters upplevelse av öppen psykiatrisk tvångsvård. Nio patienter som vårdades eller hade vårdats under öppen psykiatrisk tvångsvård intervjuades om sin vardagliga upplevelse av öppen tvångsvård, vilken skillnaden var i förhållande till andra vårdformer, samt vad som gjorde att patienterna var följsamma mot de särskilda villkoren. På samma sätt som i den internationella forskningen berättade patienterna i Sjöströms (2012) studie om upplevelsen av öppen tvångsvård utifrån slutet tvångsvård som

referenspunkt. Mot den bakgrunden uppfattades den öppna tvångsvården som positiv och friare. Många berättade om en allmän obehagskänsla av att leva under tvång, men de flesta var annars relativt likgiltiga till den öppna tvångsvården. De flesta patienter hade en oklar bild av vilka särskilda villkor som gällde i deras fall. Detta förklarar författaren med att patienterna inte fått tillräcklig information från vårdgivarna, och betonar att det finns behov av att förbättra informationen till patienter under öppen tvångsvård. På frågan om varför patienter valde att följa de uppsatta villkoren fanns flera olika svar. En anledning var att de gjorde det frivilligt, för att de delade vårdgivarens syn på vad som var nödvändigt, eller kände så stor tillit att de följde rekommendationer. En annan anledning var rädsla för att bli återintagen i slutenvård. Ett tredje svar på varför patienter följde vårdgivarnas anvisningar var osäkerhet över vad regelverket tillåter.

3.6. Personalens upplevelser

Den personal som intervjuas om sin uppfattning om öppen psykiatrisk tvångsvård är nästan bara psykiatriker. Genomgående är de intervjuades grundinställning att öppen tvångsvård är något som är bra och användbart. Om patienterna i flera studier jämförde öppen tvångsvård med slutna tvångsvård och därför var positiva till den relativt större friheten, så jämförde de professionella istället med frivillig vård och var positiva till den relativt större kontroll som detta innebar.

De professionella i de undersökta studierna lyfte bland annat fram att öppen tvångsvård ger stabilitet och kontinuitet i vården för patienten (till exempel i Brophy & Ring, 2004; Romans, Dawson, Mullen & Gibbs, 2004; Stensrud, Hoyer, Granerud, & Landheim; 2016), att det ökar behandlingsföljsamheten (Canvin, Rugkåsa, Sinclair & Burns, 2014; DeRidder, Molodynski, Manning, McCusker & Rugkåsa, 2016; Mullen, Dawson & Gibbs, 2006) och att det underlättar möjligheten att få till stånd öppenvård (Currier, 1997). Dilemman eller nackdelar som ändå uttrycks är att man är orolig att relationen till patienten ska påverkas negativt (Geller, 1986; McIvor, 1998; Romans, Dawson, Mullen & Gibbs, 2004), att det medför ökad administration (Scheid-Cook, 1993), att det var för kort tid mellan varje tillfälle då tvångsvårdsformen måste förnyas (O'Reilly, Keegan & Elias, 2000) och att läkarna ibland kände sig tvingade att låta den slutna tvångsvården övergå till öppen tvångsvård snabbare än de egentligen hade velat för att ge tvångsvård enligt principen om det minst ingripande alternativet eller helt enkelt för att frigöra sängplatser (Banks, Stroud & Doughty, 2015). DeRidder och medförfattare (DeRidder, Molodynski, Manning, McCusker & Rugkåsa, 2016) finner det oroande att de intervjuade klinikerna är så positivt inställda till insatsen trots avsaknaden av vetenskapligt stöd för dess effekter.

I några studier lyfter de intervjuade fram strukturella faktorer som bidrar till deras inställning till öppen psykiatrisk tvångsvård. Det handlar till exempel om att det inte finns tillräckligt med resurser för att patienterna ska få den vård de behöver i öppenvården, vilket gör att de professionella ibland avstår från öppen tvångsvård (Appelbaum, 2001; Dawson, 2007). I Canvin och kollegors (Canvin, Rugkåsa, Sinclair & Burns, 2014) studie menade de intervjuade att det vore möjligt att nå samma mål även utan tvång men att det skulle kräva mer resurser och förändrade attityder.

Trots en generellt positiv inställning och en relativ samstämmighet mellan olika jurisdiktioner kring vilka patienter som ska vårdas med öppen psykiatrisk tvångsvård finns det också stora skillnader på individnivå mellan olika psykiatriker i fråga om hur ofta man använder öppen tvångsvård. I en relativt ny studie från England/Wales fann man att vissa psykiatriker använt öppen tvångsvård mer än hundra gånger medan andra aldrig gjort det. Resultaten tyder på att användandet till viss del är styrt av läkarens personliga uppfattning om tvångsvårdsformen (DeRidder, Molodynski, Manning, McCusker & Rugkåsa, 2016).

3.7. Avhandlingens bidrag

I takt med att öppen psykiatrisk tvångsvård har introducerats i fler och fler jurisdiktioner har också den internationella forskningen ökat. Dels för att nya regleringar naturligtvis betyder nya studieobjekt, men också för att en ny lagstiftning ofta föregås av kunskapssammanställningar, som i fallet med införandet av "community treatment orders" i England och Wales (Churchill, Owen, Singh & Hotopf, 2007), eller för att man i samband med införandet också beslutat om en utvärdering, som i fallet med "Kendra's law" i New York (Swartz, Swanson, Steadman, Robbins & Monahan, 2009).

Införandet av ny lagstiftning gör också att diskussionen om etiska principer och argument för eller emot öppen tvångsvård har varit relativt omfattande. Denna debatt refereras kortfattat i avhandlingens inledning. Delstudie ett bidrar dels med att beskriva den svenska debatten för en internationell läsekrets, dels med att jämföra debatten och införandeprocessen i olika jurisdiktioner på ett sätt som inte tidigare gjorts. I en svensk kontext har, som nämnts, lagstiftningen studerats i ett juridiskt perspektiv. Avhandlingens fjärde delstudie bidrar med en mer teoretisk analys av tvångsvårdens syfte och av samtyckesrekvisiten.

Frågan om vetenskapligt stöd för tvångsvårdformen har varit särskilt het de senaste åren och flera av de studier och metastudier som undersökt saken var ännu inte publicerade när arbetet med avhandlingen påbörjades. Men även med det forskningsläge som då rådde kunde man i vart fall inte tala om att det fanns

något övertygande vetenskapligt stöd för öppen tvångsvård. Detta faktum var en viktig utgångspunkt för den studie i avhandlingen som undersöker införandet av öppen psykiatrisk tvångsvård. Också i delstudie fyra diskuteras bristen på evidens, men då snarare i förhållande till studiens resultat.

Från Sverige finns det än så länge få studier över huvud taget av öppen psykiatrisk tvångsvård. När arbetet med den här avhandlingen inleddes, ett år efter att lagen trätt i kraft, fanns det ännu inga publicerade vetenskapliga studier. Delstudie tre bidrar med att beskriva patienter som är aktuella för öppen tvångsvård i Sverige utifrån bland annat kön, farlighet och diagnos samt vilka särskilda villkor som föreskrivs. Tillgång till sådan grundläggande data är en förutsättning för annan forskning. Rättstillämpningen av öppen tvångsvård har tidigare inte heller studerats utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv. Vidare bidrar delstudie tre med ett fördjupat teoretiskt perspektiv, social kontroll, i förståelsen av öppen tvångsvård.

Avhandlingens andra delstudie beskriver implementeringsprocessen i en svensk kontext. Valet av intervjupersoner, både professionella inom psykiatri och inom socialtjänstens socialpsykiatri, speglar den svenska välfärdsstatliga kontexten och den svenska lagstiftningens relativt unika utformning där socialtjänsten spelar en betydande roll.

4. Analytiska begrepp och teoretiska perspektiv

I det här avsnittet beskrivs ett antal analytiska begrepp och teoretiska perspektiv som används för att besvara avhandlingens femte frågeställning. Avsnittet består av tre delar. Inledningsvis beskrivs teorier om politisk styrning, med betoning på styrning av hälso- och sjukvården. Införandet av öppen tvångsvård i Sverige var en kontroversiell fråga. Det handlar om genomgripande maktåtgärder gentemot enskilda medborgare, vilket gjorde saken särskilt känslig. Den nya tvångsvårdsformen rörde dessutom flera områden där staten tidigare försökt styra på olika sätt. Det är därför intressant att undersöka införandet utifrån ett styrningsperspektiv för att förstå policyprocessen och dess konsekvenser. Vidare följer teorier och begrepp om institutioner och avinstitutionalisering. Detta historiska perspektiv är relevant med tanke på den utveckling som skett av vård och service för personer med psykisk funktionsnedsättning de senaste decennierna, med en uttalad inriktning mot mindre tvångsvård och mer öppenvård. Kritiker menar att den nya tvångsvårdformen är ett brott mot denna trendinriktning, förespråkare menar att den är en fortsättning på den samma. Därför är det intressant att undersöka hur öppen psykiatrisk tvångsvård kan förstås ur ett sådant perspektiv. Avslutningsvis skildras analytiska begrepp som bidrar till att öppen tvångsvård kan förstås ut ett maktperspektiv. Psykiatrin präglas av en lång historia av maktutövning, och tvångsvård innebär ett omfattande ingrepp i individens integritet och frihet. I förhållande till öppen tvångsvård är ett maktperspektiv också aktuellt utifrån att tvångsvårdformen har tolkats som både mer frihet för patienterna och mer kontroll över patienterna.

4.1. Styrning

4.1.1. Vad är styrning?

I sin vidaste mening kan styrning sägas handla om att sätta upp en norm, och sedan arbeta för att andra aktörer ska närma sig denna norm (Berlin & Kastberg, 2011). Politisk styrning handlar om hur offentliga beslutsfattare arbetar för sådan förändring. Politiska styrmedel kan vara till exempel lagar, förordningar, myndighetsföreskrifter, tillsyn, allmänna råd och olika slag av handböcker eller vägledningar, utbildningar, specialdestinerade statsbidrag, nationella handlingsplaner och nationella samordnare. Politiska beslutsfattare har alltså en rad olika instrument och strategier att tillgå när de vill styra olika områden eller verksamheter. Det är vanligt att politiska styrmedel kategoriseras i tre grupper: juridiska, ekonomiska och pedagogiska. Analytiskt kan man skilja mellan olika former av styrmedel genom att klassificera dem på olika sätt. Ett klassiskt sätt är att skilja mellan hård eller mjuk styrning utifrån hur tvingande den är.

Pedagogiska styrmedel, till exempel riktlinjer och vägledning, brukar betraktas som den mjukaste formen av styrning, juridisk styrning som den hårdaste och ekonomisk styrning där emellan (Vedung, 1998). Den här uppdelningen har kritiserats utifrån olika aspekter. Maycraft Kall (2010) skriver att man kan finna fall av både mjuk och hård styrning inom varje kategori av styrmedel. Lagstiftning kan till exempel vara tvingande genom en hög grad av detaljreglering, medan ramlagstiftning kan betraktas som mjuk styrning. De olika styrformerna kan också användas både som positiva och negativa instrument. I förhållande till finansiella styrmedel kan det till exempel både handla om att tillföra och att ta bort resurser. Även Moos (2009) menar att uppdelningen mellan hårda och mjuka styrmekanismer är förenklad. Lagstiftning kan visserligen förändra individers beteenden, medan information istället har potential att förändra individer på ett djupare plan när tankar och värderingar påverkas. I praktiken är det heller inte alltid så lätt att skilja olika styrformer åt. Ofta samverkar olika styrmedel, som dessutom kan hänga ihop i en kedja eller i ett paket. Vissa är permanenta, andra av mer tillfällig karaktär, vilket påverkar effekten. Det finns också instrument som formellt är frivilliga men ändå starkt styrande, som exempelvis specialdestinerade statsbidrag eller allmänna råd. Vissa styrmedel, som allmänna råd, har en oklar rättslig status (Statskontoret, 2016).

Effekterna av styrningen kan variera. Den kan bli som avsett, en helt annan, eller ingen alls (Hallin & Siverbo, 2011). Inom den klassiska förvaltningsforskningen var implementering länge något som togs för givet. De anställda förutsattes helt enkelt genomföra det som beslutats politiskt. Senare har denna klassiska top-down-syn kompletterats med olika former av bottom-up-perspektiv, där det som händer på mikronivå betonas, och olika perspektiv där olika ansatser kombineras (Hill & Hupe, 2011). Ur ett top-down-perspektiv kan lyckad implementering sägas handla om de implementerande organisationernas trohet mot de politiska besluten. Ur ett klassiskt demokratiperspektiv brukar ett sådant perspektiv förespråkas (Matland, 1995). Medborgarna utgör den första länken i den demokratiska styrkedjan. Det är från medborgarna som politikerna får sitt mandat att styra och politikerna utgör länken mellan medborgarna och verksamheten. Förvaltningen har sedan till uppgift att genomföra de politiska besluten. Den yttersta legitimitetsgrunden för arbetet i offentliga verksamheter bygger därför på att besluten tagits i demokratisk ordning, att organisationen är underställd demokratisk kontroll och kan bli föremål för politiskt ansvarsutkrävande (Johansson, Dellgran & Höjer, 2015). När glappet mellan politiska beslut och den praktiska tillämpningen i verksamheterna blir för stort kan man prata om ett demokratiskt underskott (Hertting, 2014). När de som i praktiken beslutar om välfärden är enskilda tjänstemän och det är svårt för både valda politiker att utöva något reellt inflytande och för medborgare att utkräva ansvar uppstår det som Rothstein (2014) kallar för demokratins svarta hål. Ett

sätt att öka det demokratiska inflytandet kan därför vara att öka den politiska styrbarheten över organisationen (Hallin & Siverbo, 2011).

Ur ett bottom-up-perspektiv betonar man istället de lokala förutsättningarna för att implementera policy. Det är på mikronivå som policy påverkar människor och därför bör den lokala kontexten vara i fokus. Utfallet beror oftare på hur väl individer i den lokala kontexten kan anpassa policy till de aktuella förutsättningarna än på aktiviteter uppifrån (Matland, 1995). Idén att styrkedjan, från staten via huvudman till professionell utövare, ska fungera obruten är att betrakta som teoretiskt naiv (Sveriges kommuner och landsting, 2017). Vidare kritiserar top-down-perspektivet för att missa det som händer tidigt i policyprocessen, det vill säga innan policy formulerats. De processer som leder fram till en särskild policy kan ofta säga mycket om det framtida implementeringsarbetet (Matland, 1995). Redan existerande institutionella arrangemang påverkar också vilka policymöjligheter som finns (Brodin, 2010).

4.1.2. Styrmodeller i hälso- och sjukvården

Att offentlig sektor generellt, och hälso- och sjukvården i synnerhet, är svårstyrd är en allmänt spridd uppfattning och under de senaste decennierna har hälso- och sjukvården varit föremål för ett antal administrativa reformer för att öka styrbarheten (Berlin & Kastberg, 2011, Sveriges kommuner och landsting, 2017). Sedan 1970-talet har en rad olika lednings- och styrformer för hälso- och sjukvården provats. Idealerna för en effektiv och demokratisk förvaltning har skiftat och olika idéer har dominerat över tid. Vissa gamla idéer och ideal lever kvar tillsammans med nya, medan andra ersätts helt (Hasselbladh & Bejerot, 2017). För ett analytiskt syfte kan man tala om fyra perioder där olika idéer om styrning varit centrala. Det handlar om idéer om planering, decentralisering, marknadsefterlikning och samverkan. Även om de olika idéerna varit dominerande vid olika tidpunkter så betyder det inte att de i praktiken förekommit helt renodlade (Hallin & Siverbo, 2011).

Från 1930-talet fram till slutet på 1970-talet präglades den svenska politiska kulturen av en stark tro på planering, centralstyrning och rationalism (Rothstein & Vahlne Westerhäll, 2005). När landstingen fick det samlade ansvaret för hälso- och sjukvården under slutet av 1960-talet gjorde detta också att man fick möjligheter att totalplanera verksamheten på ett sätt som tidigare inte varit möjligt (Hallin & Siverbo, 2011). Successivt kom sedan den politiska detaljstyrningen att överges till förmån för målstyrning och idén om decentralisering kom att bli den dominerande organisations- och styrprincipen. Decentralisering kan inte ses som enbart en administrativ process. Som politisk styrprocess är den fylld av politiska värderingar. Politiska och administrativa befogenheter förflyttas genom att inflytande över regleringar, huvudmannaskap

och ansvaret för finansiering förs över till regionala eller lokala institutioner (Pierre, 2014). Decentralisering som begrepp är fortfarande ett mycket positivt laddat ord i den politiska debatten. Begreppet centralisering undviks ofta eftersom det tydlig positionerar en idé som motsatsen till decentralisering. Istället används ord som lika standard eller rättighetslagstiftning när man argumenterar för att beslut bör fattas på nationell nivå (Pierre, 2014). Från slutet av 1980-talet kom idén om marknadsefterlikning, New Public Management, att ta över som dominerande styrprincip. Decentraliseringen hade gjort det möjligt för landstingen att prova nya organisationsformer och att låta privata aktörer utföra en del av verksamhetens uppgifter (Blomqvist, 2004). Bland annat infördes olika modeller baserat på prestation, beställar-/utförarmodeller, kvalitetsmodeller och konkurrensutsättning. Från 1990-talets mitt kom marknadsefterlikningen att utmanas av idéer om samordning och samverkan. Stordrift och specialisering med nya samordnings- och samverkansåtgärder både inom och mellan olika organisationer och huvudmän blev de ledande organisations- och styrningsformerna (Danermark & Kullberg, 1999; Hallin & Siverbo, 2011). Berlin & Kastberg (2011) lyfter fram tre omständigheter som lett fram till att behovet av samverkan ökat: specialisering av arbetsuppgifter, fragmentisering genom att verksamhet spridits ut på flera aktörer samt friktion mellan olika huvudmän. Ytterligare en faktor som bidrog till behovet av ökad samordning var den försvårade ekonomiska situationen på 1990-talet. Samverkan mellan kommuner och landsting förväntades leda till effektivare resursutnyttjande och lägre kostnader (SOU 2000:114; SOU 2006:100).

Idag, år 2017, är tillitsstyrning ett begrepp som är på väg att få fäste. Den av regeringen tillsatta Tillitsdelegationen har som uppgift att föreslå hur styrningen av offentlig sektor ska kunna utvecklas. Detta som en reaktion på vad man beskriver som allt för mycket detaljstyrning, kontroll och granskning och för stora krav på administration. Intentionen är att etablera nya former av styrning som i högre grad präglas av tillit och förtroende för professionernas kunskap och erfarenhet. Vad detta kan komma att betyda i praktiken är ännu inte helt klart (Bringselius, 2017; Niemann, 2017; SOU 2017:56).

4.1.3. Den svårstyrda hälso- och sjukvården

Det finns ett antal olika omständigheter som bidrar till de särskilda svårigheterna att styra hälso- och sjukvården. En förklaring handlar om verksamhetens komplexitet. Verksamheten är ofta händelsestyrd och resultatet är svårt att definiera, mäta och värdera (Berlin & Kastberg, 2011). Det gör också att det är svårt att styra genom detaljerad reglering (Statskontoret, 2016). Hälso- och sjukvårdens organisation är också komplex där styrmedel beslutas på flera olika nivåer, vilket resulterar i en splittrad styrning. I förhållande till det psykiatriska fältet handlar det till exempel om riksdag, regering, myndigheter och landsting.

Verksamheten omfattas av stor formell reglering med många olika lagar, förordningar och riktlinjer (Berlin & Kastberg, 2011; Sveriges kommuner och landsting, 2017). I HSL har både antalet paragrafer och detaljnivå dessutom ökat över tid. I jämförelse med andra välfärdsområden nyttjar staten relativt många olika styrmedel utöver regelstyrning. Tänkbara förklaringar kan handla om till exempel politiseringsgrad och styrningstraditioner (SOU 2011:65).

Hälso- och sjukvårdens verksamhet präglas av ett antal olika intressen som påverkar styrningen. Freidson (2001) skiljer mellan tre logiker, med olika föreställning om verksamhetens mål och om hur kvaliteten kan mätas. Det handlar om en marknadsmässig logik, en byråkratisk och hierarkisk logik och en professionell logik. Även om ingen av dessa förekommer i helt renodlad form kan de som idealtyper fungera som analytiskt verktyg för att belysa olika värden, intressen och kulturer. Eftersom de tre logikerna är motstridiga på en rad punkter kan det uppstå konflikter när flera återfinns inom samma verksamhet. Freidson (2001) menar att det är viktigt att det finns en balans mellan de olika intressena.

Styrning av hälso- och sjukvården kan betraktas som en kamp om kontroll över verksamheten mellan olika intressen och logiker. Hur ledning och styrning av verksamheten ser ut, både formellt och informellt, speglar därmed de olika intressenternas förmåga att hävda de egna värdena. Inom hälso- och sjukvården är läkarnas ställning stark med stor självständighet i arbetet. Läkarnas särställning i förhållandet till den medicinska kunskap som hälso- och sjukvården bygger på, tillsammans med kårens starka kollegialitet, bidrar till detta (Hallin & Siverbo, 2011). Just läkarnas stora makt och inflytande brukar lyftas fram som en anledning till att administrativa styrmedel ofta fungerat dåligt inom hälso- och sjukvården. Professionens ställning gör det möjligt att främst handla enligt den professionella logiken, vilket får till följd att de styrmodeller som används sällan ger önskad effekt (Berlin & Kastberg, 2011). Hasselbladh och Bejerot (2017) går så långt som att säga att de senaste årens reformer av styrningen alla har haft som mål att begränsa professionernas självständighet och öka styrbarheten. Enligt författarna har dessa reformer införts som en reaktion mot den medicinska professionens inflytande över hälso- och sjukvården, snarare än att de drivits av ideal och idéer. Empiriskt är det omtvistat huruvida professionernas minskar eller inte (Berlin & Kastberg, 2011; Sveriges kommuner och landsting, 2017). Att politisk styrning skulle vara något som automatiskt begränsar professionernas möjlighet till självbestämmande och inflytande är en allt för enkel bild. De professionella möter och hanterar ofta styrmekanismer på olika sätt som gör att förändringarna i arbetet inte alltid blir särskilt stora (Sveriges kommuner och landsting, 2017).

4.2. Avinstitutionalisering

Under 1800- och 1900-talen sågs anstaltsvård som lösningen på en rad skiftande problem. Man byggde anstalter för i princip alla grupper som uppfattades som avvikande, så som fattiga, kriminella, föräldralösa barn, sinnessjuka och alkoholister (Bengtsson, 2004; Eivergård, 2003; Forkby, 2005). Gemensamt var tanken om isolering, fostran och moralisk påverkan som ”behandling” och som ett sätt att påverka de fattiga och avvikande. De avvikande skulle isoleras från omgivningen och återuppfostras i önskvärd riktning (Eivergård, 2003; Grönwall & Holgersson, 2014; Palm & Stenius, 2002). Goffmans (2014) analytiska beskrivning av det gamla mentalsjukhuset, eller asylens, som en total institution är numera klassisk. Asylens skildrades som en plats där ett större antal personer levde avskilda från omvärlden och som drevs enligt en byråkratisk organisationsform. Alla aspekter av individens liv var underordnade institutionen och alla delar av livet levdes innanför dess väggar.

Sedan dess har vård och service för gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning förändrats avsevärt. Denna process brukar kallas för avinstitutionalisering. Det är dock inte helt självklart vad avinstitutionalisering innebär. Ibland betecknar det en process och ibland resultatet av den (Markström, 2003; Meeuwisse, 1997). Men begreppet institution beskriver inte bara en plats, som exempelvis det gamla mentalsjukhuset, det kan också vara en uppsättning etablerade sociala roller, processer och praktiker (Bachrach, 1976; Meeuwisse, 1997). Med en sådan sociologisk tolkning av sociala institutioner och avinstitutionalisering innebär avinstitutionalisering en mer genomgripande förändring av vården och omsorgen för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Begreppet avinstitutionalisering kan alltså avse allt ifrån själva stängningen av de stora institutionerna till en filosofi eller en vårdideologisk förändring. Det är inte heller självklart vad som menas med alternativet – samhällsbaserad vård (”community care”) – och vad man vill uppnå med det. Ofta har begreppet bara kommit att betyda vård som ges på andra ställen än på mentalsjukhus (Markström, 2003, Rogers & Pilgrim, 2007). En av utgångspunkterna för avinstitutionaliseringen verkar vara att individer förväntas vinna något redan genom att befinna sig i samhället framför att vara intagen på en institution (Goodwin 1993). Denna fokusering på den fysiska placeringen av vården har ibland kritiserats, då vårdens faktiska innehåll hamnar i skymundan (Fakhoury & Priebe, 2002).

Stängningen av mentalsjukhusen har skett samtidigt som åtgärder för att öka klienters och patienters, och i mer generell mening medborgares, rättigheter och självbestämmande. Detta har skett i hela västvärlden de senaste decennierna (Edgley, Stickley & Masterson, 2006; Gooding, 2016; McSherry & Weller, 2010; Weller, 2010). De grundläggande ideologiska utgångspunkterna inom

funktionshinderpolitiken har varit relativt stabila och begrepp som normalisering, integrering och full delaktighet varit betydelsefulla i den svenska processen (Grunewald, 2009; Lindberg & Grönvik, 2011; Nirje, 2003; Tideman, 2000). Ett av målen med Psykiatrireformen var bland annat att målgruppen skulle ha möjlighet att "leva som andra" (Markström, 2003). Självständighet och autonomi som normativt ideal är således starkt inom funktionshinderområdet. Meeuwisse (1997) varnar dock för att begrepp som normalisering ofta ges en så allmän betydelse att det mesta kan motiveras med hänvisning till att det bidrar till normalisering eller integrering.

Det finns kritiska röster som ifrågasätter om man verkligen kan tala om avinstitutionalisering. Istället lanseras alternativa analytiska begrepp som avhospitalisering, transinstitutionalisering eller återinstitutionalisering (Topor, Andersson, Bülow, Stefansson & Denhov, 2016). Priebe och Turner (2003) menar att attityden till tvångsvård internationellt håller på att förändras. Fler tvångsvårdas och i ett antal länder har man infört eller föreslagit nya lagar som utökar möjligheten till tvångsvård, till exempel öppen tvångsvård, vilket författaren tolkar i termer av återinstitutionalisering. För att man ska kunna tala om återinstitutionalisering krävs alltså inte nödvändigtvis "murar och murbruk" (Priebe, 2004). Brophy och McDermott (2003) menar till och med att tvång i öppenvården kan förstås som en oundviklig konsekvens av avinstitutionaliseringen, driven av bland annat platsbrist inom den slutna tvångsvården.

4.3. Makt

Makt kan förstås och analyseras på olika sätt och nivåer. Med utgångspunkt i Foucaults teorier om makt bör vi studera maktens utövande, snarare än att betrakta makt som formella regleringar. Makt finns där den uttrycks i handling, i relationer, menar Foucault. Den är praktiker, procedurer, funktioner och effekter (Foucault, 2008; Sköldberg, 2014). Makt ska inte bara ses som en negativ egenskap vars funktion är repression, den är också produktiv (Foucault, 1980). Den formar och arrangerar det sociala livet och den producerar subjekt. Makt utövas inte bara över andra, vi kan också utöva makt över oss själva, till exempel när vi internaliserar vissa normer och ideal. Foucaults utgångspunkt är att maktförhållanden bygger på kulturella och historiska praktiker. Dessa maktförhållanden är möjlighetsvillkor för olika institutioner, beslut, värden eller identiteter. Det betyder att maktförhållandena kan betraktas som mer grundläggande än de praktiker de möjliggör (Axelsson & Qvarsebo, 2017). Vidare menar Foucault (1993) att kunskap och makt är starkt förbundna och förutsätter varandra. I förhållande till psykiatrisk kunskap innebär makt bland annat att ha makt att definiera, klassificera och kontrollera psykiskt sjuka. Samtidigt är

kunskapen det som gör makten möjlig eftersom diskursen om psykisk sjukdom är det som är grunden för makten (Sköldberg, 2014).

Den som Foucault kallar den pastorala makten, det vill säga makt som fungerar både styrande och hjälpande på samma gång, är något som kan sägas vara kännetecknande för välfärdsstaten. Den moderna staten bygger på två olika maktformer som utvecklats separat fram till 1600- och 1700-talen. Den rollfördelningen mellan å ena sidan kyrkans pastor eller biskop och å andra sidan kungen som därtills varit relativt skarp, började vid denna tidpunkt sammansmälta. Staten och dess politiska makt inom ett juridiskt ramverk och kyrkan och dess pastorala makt med syfte att vägleda och förbättra livet förenas i den pastorala makten. Välfärdsstaten har inkorporerat pastorala styrningstekniker som från början utvecklades inom kyrkan i form av herdens omsorgsmakt över flocken, både som grupp och som individer. Omsorgen styrs av en plikt som herden inte kan avsäga sig ifrån (Axelsson & Qvarsebo, 2017; Foucault, 2007). Det är en makt som är individualiserad och som idag kan sägas vara kännetecknande för de så kallade ”psy”-disciplinerna, som exempelvis psykiatri, psykologi och socialt arbete, där experten i detalj känner sina patienter eller klienter. Individen ”normaliseras” i förhållande till den vetenskapliga kunskap som styr dessa discipliner (Dean, 2010; Foucault, 2007). Den pastorala makten kan ses som central inom vård och omsorg (Tierney, 2004) och är särskilt när det gäller tvångsvård. Både när det gäller tvångsvård av barn, missbrukare och personer med psykisk störning finns en tydlig skyddsaspekt i den svenska lagstiftningen. Johansson och Svensson (2006:23) menar att ”tvång är en ytterlighet av den välvilja vård och sociala interventioner vilar på, den ytterlighet där staten agerar med motivet att det sker för individens bästa”. Medborgarskapet i välfärdsstaten rymmer en motsättning mellan positionen som ett juridiskt och politiskt subjekt å ena sidan och positionen som subjekt för vård och omsorg å andra sidan (Dean, 2010).

En så kallad panoptisk maktlogik bygger på avindividualisering och automatisering av makten genom systematisk observation av subjekten. Urtyper för denna form av övervakning utgörs av fängelset med kontrolltornet i mitten där fångarna i sina celler runt tornet hela tiden kunde övervakas. Den som övervakade såg fångarna, men fångarna såg inte den övervakande. Spridningen i samhället av denna nya maktteknologi gjorde att staten inte längre behövde förlita sig på tvång för att kunna kontrollera medborgarna, menar Foucault (2009; Innes, 2007). När den granskade blir medveten om att denne i varje ögonblick kan vara övervakad blir hen ett subjekt för kontroll genom att reglera sitt eget beteende. Det kan alltså vara både en effektiv och produktiv form av makt (Foucault, 2009). Spridningen av den panoptiska övervakningen ledde till utvecklingen av disciplineringsamhället. Eivergård (2003) skriver att den disciplinära makten i huvudsak syftar till att öka individens herravälde över sig

själv, genom att övervakningen internaliseras. Där förmoderna maktteknologier hade som syfte att straffa kroppen skapar disciplinering en möjlighet till "governing of the soul" genom styrningen av fysiska kroppar (Eivergård, 2003; Innes, 2007). Den disciplinära maktens effektivitet handlar alltså inte om tvång eller våld utan om dess normaliserande verkan. Det är i den sociala normen som disciplinen får sin legitimitet (Axelsson & Qvarsebo, 2017).

5. Metod

5.1. Vetenskapsteoretiska utgångspunkter

Olika vetenskapsideal eller vetenskapsparadigm är inte enbart filosofiska skillnader. Både implicit och explicit har olika positioner konsekvenser för metodval, det praktiska genomförandet av forskningen och för tolkningen av materialet (Guba & Lincoln, 1994). Att en viss ontologisk och epistemologisk position innebär praktiska implikationer blir tydligt om man som Åsberg (2001) delar upp det vetenskapsteoretiska fältet i olika nivåer, där nivå ett och två innebär avgörande val för forskaren, medan nivå tre är beroende av de övre nivåerna, och nivå fyra ytterligare underordnad:

1. *Ontologi*: läran om varats och verklighetens karaktär ("verklighetsuppfattning", "ontologisk utgångspunkt")
2. *Epistemologi*: läran om kunskapens grund och giltighet ("kunskapsansats")
3. a) *Metodologi*: läran om de olika sätt man går tillväga vid genomförandet av vetenskapliga undersökningar och upprättandet av vetenskaplig kunskap

b) *Metod*: datainsamlade förfaringssätt, till exempel intervjuer, enkäter, observationer
4. *Datanivån*: de fakta som insamlas, till exempel numerära eller icke-numerära (Åsberg, 2001:272f)

Den här avhandlingen vilar på en konstruktivistisk grundhållning. Konstruktivism är ett brett begrepp som rymmer en rad olika positioner och är snarast att betrakta som en vetenskapstradition eller ett paradigms snarare än en teori (Guba & Lincoln, 1994; Sohlberg & Sohlberg, 2013). En minsta gemensam nämnare kan dock vara uppfattningen att den sociala verkligheten, och vår kunskap om världen, produceras och upprätthålls i social interaktion. För mig, och för den här avhandlingen, betyder utgångspunkten att kunskap är en produkt av social handling, framför allt att det är mycket viktigt att visa hur jag nått fram till de resultat som presenteras och göra forskningsprocessen transparent för läsaren. Därför är avhandlingens metodavsnitt också relativt omfattande.

En annan viktig utgångspunkt är att forskarens förkunskaper, värderingar och antaganden påverkar tolkningen. Därför vill jag kort beskriva några personliga förutsättningar. Vid doktorandanställningens början hade det gått lite drygt ett halvår sedan jag tog examen från socionomprogrammet vid Göteborgs universitet

och jag hade mycket begränsad erfarenhet av och kunskap om psykiatrin och psykiska funktionsnedsättningar, även om jag jobbat en del både som boendestödare och på ett boende för missbrukare under studietiden. Jag hade en ganska kritisk inställning till psykiatrin i allmänhet och tvångsvård i synnerhet. Detta är en bild som nyanserats under arbetet med avhandlingen.

5.2. Metodologiska utgångspunkter

Mina ontologiska utgångspunkter innebär som sagt också metodologiska implikationer. Begrepp och koncept som används för att bedöma vetenskapliga arbetens kvalitet bygger ofta på positivistiska vetenskapsideal med andra ontologiska och epistemologiska utgångspunkter än den här avhandlingen. De vanligaste är kanske begreppen reliabilitet och validitet. Det finns de som hävdar att andra kvalitetsbegrepp behövs för kvalitativ forskning, eftersom sådana aspekter är framtagna för att bedöma kvantitativa studier. Jag håller inte med om denna uppdelning mellan kvantitativ och kvalitativ forskning, utan tvärt om hävdar jag liksom Guba och Lincoln (1994) och Åsberg (2001) att frågan om metod är underordnad frågan om ontologi och epistemologi. Ur ett sådant perspektiv kan både kvalitativa och kvantitativa metoder användas inom alla forskningsparadigm. Däremot kan många resonemang om kvalitetsbedömning av kvalitativ forskning användas om man utgår ifrån att man med kvalitativ forskning menar studier som inte baseras på ett positivistiskt vetenskapsideal med mål som att förklara och förutsäga kausala relationer, utan snarare har som mål att generera förståelse av sociala fenomen. Med en sådan utgångspunkt blir resonemang om god kvalitet i kvalitativ forskning användbara även här.

Stenbacka (2001) menar att en viktig kvalitetsaspekt är en systematisk och noggrann beskrivning av forskningsprocessen. Förberedelser, materialinsamling och analysarbete ska göras synliga för läsaren. En sådan beskrivning bör också innehålla reflektioner kring forskarens egen förförståelse och roll i processen. En förutsättning för det senare är insikten att forskaren alltid är en del av studien och att bara en reflekterande forskare kan göra processen synlig för sig själv, och därmed andra.

Resultaten av en studie är alltid beroende av den kontext i vilken de är producerade. Detta betyder dock inte att resultaten inte kan användas för att skapa en förståelse som är möjlig att applicera även utanför kontexten. Men när urvalet är strategiskt, snarare än statistiskt, och målet för studien är förståelse för sociala fenomen, snarare än att kunna göra kontextoberoende förutsägelser, behövs även alternativ till det positivistiska generaliserbarhetsidealet. Lewis och Ritchie (2011:264ff) föreslår begreppet ”teoretisk generalisering”, Stenbacka (2011:552) beskriver ”analytisk generaliserbarhet”, medan Bryman (2011:369ff) menar att resultaten ska ”generaliseras till teori och inte till population”. Det

handlar i alla tre fall om att studiens resultat ska kunna lyftas till en generell nivå, genom till exempel att teoretiska begrepp utvecklas eller tidigare teorier styrks. Larsson (2005) vidgar generaliserbarhetsbegreppet ytterligare och beskriver hur möjligheten att överföra kunskap från det enskilda fallet till en bredare kontext är beroende av att av forskaren tolkar empirin på ett sätt som lyfter fram det allmänna i den och erbjuder en förståelse som går att applicera även utanför den studerade situationen. Jag har valt att använda begreppet överförbarhet för att förtydliga min position i förhållande till ett positivistiskt generaliserbarhetsideal.

5.3. Allmänt om genomförandet

Avhandlingens tre första delstudier är gjorda inom ramen för forskningsprojektet Tvång i frihet – tillkomst, implementering och rättstillämpning av öppen psykiatrisk tvångsvård som har letts av Stefan Sjöström och Urban Markström, som också varit mina handledare. Projektet finansierades av Forte (dnr 2008-0955), dåvarande FAS. Det påbörjades 2009 och avslutades formellt under hösten 2015. Delstudie fyra ligger således utanför projektets ram. Delstudie ett genomfördes först, sedan delstudie tre, delstudie två och slutligen delstudie fyra. Att de i avhandlingen presenteras i en annan ordning beror på att jag valt att presentera dem i kronologisk ordning utifrån den tidsperiod som undersöks.

När jag började som doktorand i september 2009 fanns tydliga ramar genom ett väl definierat syfte, frågeställningar och metod för de tre första delstudierna. Datainsamlingen för delstudie ett hade också påbörjats. Planeringen för de tre delstudierna har också i stort sett följts, även om jag i genomförandet har haft stor frihet att själv fatta beslut innanför dessa ramar. För *delstudie ett* hade intervjuerna med nyckelpersonerna redan genomförts av Urban Markström (UM) och Stefan Sjöström (SS) när jag anställdes. Jag ansvarade sedan för att samla in material från den parlamentariska processen och mediematerial. Analysen gjordes gemensamt av alla tre medförfattare medan SS och jag hade huvudansvaret för själva skrivandet. SS översatte artikeln till engelska. Under arbetet med *delstudie två* hade UM huvudansvaret för datainsamlingen på en av orterna, men jag deltog i intervjuerna. Jag hade huvudansvaret för de andra två orterna och gjorde intervjuerna på dessa ställen. Intervjuguiden utformades av UM och mig. Jag hade huvudansvar för analysen, men alla tre författare bidrog. Jag skrev texten och UM och SS bearbetade innehållet ytterligare när de sedan översatte den till engelska. Det praktiska insamlandet av empiri för *delstudie tre* gjordes av mig. Samtliga tre författare var aktiva i sortering, klassificering och analysarbete och jag ansvarade för att skriva artikeln. SS översatte texten till engelska. *Delstudie fyra* har jag ensam genomfört och ansvarat för.

Empiriskt täcker de olika delstudierna åren från 1999, då det första förslaget om tvång i öppenvården lades, till 2013 då de sista intervjuerna med personer från

kommun och landsting genomfördes. För att kunna besvara avhandlingens syfte och frågeställningar görs nedslag i olika delar av policyprocessen vid olika tidpunkter och öppen tvångsvård undersöks ur olika perspektiv, på olika nivåer, i olika kontexter, med hjälp av olika datainsamlingsmetoder och analysmetoder. Avhandlingens breda ansats betyder konkret bland annat att empirin består av en rad olika material. Delstudie två bygger på intervjuer, som är material genererat speciellt för studien. De övriga delstudierna bygger framför allt på redan existerande dokument, alltså texter som inte skapats i specifikt forskningssyfte (jmf Bryman, 2011; Ritchie, 2011). Det betyder dock inte att sådana dokument kan betraktas som ett medel för att fånga en bakomliggande ”verklighet”. Dokumenten representerar i sig en verklighetsnivå – de är producerade i en viss kontext, har formulerats för vissa syften och specifika sammanhang (Atkinson & Coffey, 2011).

5.4. Delstudie 1: Införande

5.4.1. Syfte

I den här studien undersöker vi introduktionen på policynivå av öppen psykiatrisk tvångsvård i Sverige. För att kunna fånga den komplexa process som introduktionen av en ny policy innebär består empirin av flera olika material och vi använde en bred hermeneutisk ansats. I syfte att kontextualisera den svenska processen kontrasterade vi denna mot motsvarande processer i Norge, England/Wales och staten New York. Det empiriska materialet består av material från de parlamentariska processerna, debatter i massmedia och fackpress samt expertintervjuer i de fyra jurisdiktionerna.

5.4.2. Material, urval och materialinsamling

Empirin från Sverige består primärt av dokument från den parlamentariska processen. Det handlar framför allt om propositionen (Prop. 2007/08:70), men också utskrifter från relevanta riksdagsdebatter (Riksdagens protokoll 2003/04:11; Riksdagens protokoll 2007/08:106; Riksdagens protokoll 2008/09:85), direktiv (Dir. 2003:133; Dir 2008:93), offentliga utredningar (SOU 1998:32; SOU 2006:100) och en lång rad remissyttranden.

Dokumentet från den parlamentariska processen har kompletterats med texter i massmedia och fackpress. Sökningen gjordes i Mediarkivet, en databas med artiklar i fulltext från bland annat dagstidningar i både storstad och landsort, tidskrifter, fackpress och nyhetsbyråer. Sökorden ”öppen psykiatrisk tvångsvård” gav 71 träffar, och ”tvång i öppenvården” gav 63 träffar. Alla träffar var relevanta i den mening att de behandlade ämnet. Ingen avgränsning i tid gjordes för sökningarna. Den tidigast publicerade texten var samtida med det första förslaget

om öppen vård med särskilda villkor från slutet av 90-talet. Sökningarna gjordes i september och oktober 2009. Texterna var redaktionellt material, ledare och debattartiklar. Intresseorganisationer som Riksförbundet för social och mental hälsa, Riksförbundet för rättigheter, frigörelse, hälsa och likabehandling och Schizofreniförbundet skrev en rad artiklar och debattartiklar i både egna organ och annan media. I fackpress som Läkartidningen och Dagens medicin publicerades också både nyhetsartiklar och debattartiklar författade av till exempel vårdpersonal. Utöver det fanns också texter i till exempel Aftonbladet, Svenska dagbladet och Göteborgsposten.

För att kunna kontextualisera och utmejsla det unika i den svenska processen användes Norge, England/Wales och staten New York som kontraster i analysen. De tre områdena valdes för att de representerar olika introduktionsprocesser av regleringar kring öppen tvångsvård såväl som skilda välfärdssystem. Den svenska och norska rätten tillhör den rättsfamilj som brukar kallas "civil law", i kontrast till det anglo-amerikanska rättssystemet "common law", som karaktäriserar både staten New York och England/Wales. Common law-kontexter dominerar forskningen om psykiatrirätt i allmänhet och öppen tvångsvård i synnerhet, vilket gjorde det angeläget att fokusera på utvecklingen i Sverige och kunna kontrastera de olika processerna mot varandra. Norge valdes eftersom det i likhet med Sverige brukar klassas som en socialdemokratisk välfärdsregim (Esping-Andersen, 1990), och har en relativt lång tradition av att använda öppen tvångsvård. Införandet av tvång i öppenvården i England/Wales låg tidsmässigt ungefär samtidigt med den svenska processen. Staten New York hade tidigt infört tvång i öppenvård, vilket fått stor uppmärksamhet i den amerikanska och internationella debatten. Både USA och England/Wales räknas som exempel på liberala välfärdsregimer (Esping-Andersen, 1990). I Norge, England/Wales och staten New York har material från de parlamentariska processerna samt debatter i massmedia och i fackpress studerats.

Utöver detta har totalt sju semistrukturerade intervjuer genomförts med nyckelinformanter (jmf Marshall, 1996). Intervjuerna varade i genomsnitt ungefär en timme och spelades in, med intervjupersonernas godkännande. I Sverige intervjuades Anders Milton utifrån sin roll som psykiatrisamordnare. Han var den som ledde uppdraget att utreda möjligheten att införa öppen tvångsvård, och senare också föreslog det samma. Även Kjell Broström, intressepolitisk sekreterare för Riksförbundet för social och mental hälsa, RSMH, intervjuades. RSMH är en av de mest profilerade brukarorganisationerna på området och de var uttalat kritiska till införandet av tvång i öppenvården. De utländska experter som intervjuades arbetade alla med forskning eller utredningar kopplade till psykiatrisk tvångsvård. Från Norge intervjuades Georg Høyer, professor i socialmedicin, och Trond Hatling, sociolog och forskningsledare. Från New York intervjuades John Monahan, professor i juridik

och i psykologi. Från Storbritannien intervjuades George Szukler, professor i socialpsykiatri, och Peter Bartlett, professor i juridik. Samtliga professorer betraktas som världsledande auktoriteter på tvångsvård.

5.4.3. *Analys och överförbarhet*

Det breda och mångfacetterade materialet motiverade en bred hermeneutisk tolkningsansats. Hermeneutik handlar om att tolka, analysera och försöka förstå fenomenet som materialet handlar om och vilket budskap som är i fokus (Bryman, 2011; Westlund, 2009). Det finns ingen generell hermeneutisk arbetsprocess, men den liknas ofta vid en spiral som gräver djupare ned i förståelsen av fenomenet samtidigt som den söker nya vägar. Perspektivet skiftar mellan del och helhet och mellan forskningsobjekt och kontext. Analysprocessen inleds med en öppen läsning av materialet flera gånger (Westlund, 2009). I vårt fall handlade det främst om propositionen (Prop. 2007/08:70), eftersom det är här som den officiella motiveringen till den nya lagstiftningen utvecklas i detalj. Efter närläsning av propositionen ett flertal gånger var tanken att analysera materialet med hjälp av två begreppspar: kontroll – autonomi samt vetenskap – ideologi. Det innehåll i propositionen som skulle kunna inordnas under dessa kategorier markerades och vi fick på så sätt en rad exempel i varje kategori. När även det svenska mediematerialet och intervjuerna analyserades fick kategorierna modifieras något. Kategorin vetenskap, som från början var tänkt att innefatta exempel där vetenskaplig evidens användes för att stärka de egna argumenten, breddades för att också omfatta hänvisningar till andra former av kunskap som debattörer hänvisade till, som till exempel från kliniker, patienter eller anhöriga. Även kategorin autonomi kom att förändras eftersom vi såg att fokus låg på patienters rättigheter i bred bemärkelse, som till exempel rätten till rättslig prövning, snarare än frivillighet som ideal.

En viktig del i den hermeneutiska processen är att förstå den historiska och sociala kontext i vilken materialet producerades. En text, som till exempel propositionen i vårt fall, är självständig, samtidigt som den alltid ingår i ett större sammanhang, en tidsanda, en stämning och en situation. Det är avgörande att texten och kontexten förstås tillsammans (Bryman, 2011; Westlund, 2009). Ett sätt att möjliggöra kontextuell förståelse var alltså i vårt fall att kontrastera den svenska processen mot motsvarande processer i tre andra jurisdiktioner. Detta gjorde det möjligt att dels få en tydligare bild av de svenska särdragen, dels sätta in den svenska processen i en internationell kontext. I det anglo-saxiska materialet fann vi att olika intressegrupper tydligare hade tagit ställning och varit mer högljudda i debatten för eller emot lagstiftningen än i Sverige, vilket föranledde ytterligare en kategori. Till slut hade vi följande fem kategorier: *kunskapsanspråk*, *ideologi*, *risk/kontroll*, *patienträttigheter* och *viktiga intressenter*, enligt vilka det empiriska materialet ordnades. Resultaten

presenterades utifrån de fem kategorierna, bland annat genom exempel och citat som var typiska för respektive kategori.

Under relativt många år har förändringstrycket inom den offentliga sektorn varit starkt. Att introducera nya regleringar och program utgör en stor del av offentliga beslutsfattares arbete. Ofta hämtas inspirationen från andra länder eller från andra samhällsområden (Johnson, 2003), liksom i fallet med öppen tvångsvård. Mot denna bakgrund kan den här studien generera kunskap om hur introduktionen av nya regleringar generellt kan gå till.

5.5. Delstudie 2: Implementering

5.5.1. Syfte

Delstudie två behandlar implementeringen av öppen psykiatrisk tvångsvård i kommun och landsting. Implementeringsprocessen studeras ur ett översättningsperspektiv. Eftersom en grundläggande tanke i studiens teoretiska perspektiv är att idéspredning är en tolkningsprocess som är beroende av en aktiv tolkare och mottagare valde vi att intervjua professionella i kommuner och landsting för att kunna besvara forskningsfrågorna. Just intervjuer ger möjlighet att fånga den innebörd (Ritchie, 2011) som de professionella lägger i processen och idén om öppen tvångsvård.

5.5.2. Material, urval och materialinsamling

Urvalet av informanter har skett på två nivåer (jmf Bryman 2011), dels genom ett urval av geografiska områden och sedan ett urval av personer inom dessa. Tre geografiska områden i Sverige valdes ut för studien – ett storstadsområde, en mellanstor kommun samt ett kluster av mindre kommuner knutna till samma psykiatriska organisation. Dessa valdes utifrån ett antagande om att de tre områdena representerar olika institutionella kontexter för den lokala översättningsprocessen. Det var således ett strategiskt urval för att nå maximal variation, men också ett teoretiskt urval (jmf Ritchie, Lewis & Elam, 2011). Men det handlade också om ett bekvämlighetsurval då organisationerna delvis valdes utifrån redan kända kontaktvägar eller personliga kontakter med professionella i organisationerna. Detta bedömdes som en fördel av praktiska skäl. Intervjupersonerna i de olika organisationerna valdes även de utifrån ett strategiskt urval (Ritchie et al., 2011) utifrån plats i organisationen. Vi sökte personer som befunnit sig på nyckelpositioner under implementeringsprocessen, vilka hade så mycket information som möjligt. I praktiken kom valet av informanter också att avgöras genom ett snöbolls- eller bekvämlighetsurval (Ritchie et al., 2011).

I *Storstad* bodde ungefär 300 000 invånare. Kommunens förvaltning var indelad i stadsdelar där varje stadsdel ansvarade för områdets socialtjänst. I staden fanns ett universitetssjukhus med allmänpsykiatri, rättspsykiatri och ett större antal öppenvårdsteam. Sammanlagt fem intervjuer gjordes i *Storstad*. Två personer från den kommunala organisationen intervjuades. Båda var socionomer och en arbetade som psykiatrisamordnare och en som enhetschef och handläggare. Psykiatrisamordnaren hade en övergripande strategisk funktion inom kommunen. Hen hade bland annat arbetat med rutiner och informationsspridning kopplade till den nya lagen. Enhetschefen hade arbetat som handläggare i en annan kommun och satt då med i en arbetsgrupp som arbetade med implementeringen. Från psykiatrin intervjuades tre personer, alla hade någon form av ledningsansvar men arbetade samtidigt kliniskt som psykiatriker. Två arbetade inom slutenvården och en inom både slutenvården och öppenvården. En av dem hade varit ledande inom implementeringsarbetet i *Storstads* psykiatri och arbetade också sedan flera år tillbaka som sakkunnig i psykiatrimål i förvaltningsrätten.

Mellanstad hade ungefär 120 000 invånare och staden är belägen i en annars ganska glesbefolkad region. I staden fanns ett universitetssjukhus med allmänpsykiatri, rättspsykiatri och ett antal öppenvårdsteam. I *Mellanstad* intervjuades fyra personer från psykiatrin och en från kommunen. Informanten från socialtjänsten var socionom och valdes utifrån sin position som chef med ansvar för frågor kopplade till psykiska funktionsnedsättningar. Två av intervjupersonerna från psykiatrin var socionomer. Den ena arbetade som enhetschef för ett öppenvårdsteam och den andra som klinikchef. En person var psykiatriker och arbetade kliniskt och hade chefsansvar inom både slutenvården och öppenvården. Den fjärde intervjupersonen var sjuksköterska med administrativ chefsposition inom både sluten- och öppenvården. En av socionomerna och sjuksköterskan samt informanten från kommunen ingick tillsammans i en arbetsgrupp som arbetat med implementeringen av den nya lagen.

I *Småstadsområdet* fanns ett mindre sjukhus med en allmänpsykiatrisk klinik med fyra kommuner som upptagningsområde. Två av kommunerna hade öppenvårdsmottagningar som skulle täcka behovet i samtliga fyra kommuner. De fyra kommunerna hade mellan 15 000 och 40 000 invånare, tillsammans drygt 100 000 invånare. I *Småstads*kommunerna intervjuades totalt fyra personer och från psykiatrin intervjuades en person. I den största kommunen genomfördes en intervju. Informanten hade under en period arbetat på halvtid med att förbereda för den nya lagstiftningen och ledde också utbildningar om öppen tvångsvård för kommunens personal. Informanten i den näst största kommunen var enhetschef inom funktionshinderenheten med fokus på psykiatri. Hen ansvarade för att informera kommunens personal om den nya lagen. I den tredje kommunen

intervjuades två personer, den ena arbetade som enhetschef med ansvar för frågor kopplade till psykiska funktionsnedsättningar vid tiden för införandet av den nya lagstiftningen, den andre hade tagit över samma tjänst vid tiden för intervjun. I den fjärde och minsta kommunen gjordes ingen intervju. Den person som vidtalats blev sjukskriven under en längre period och ingen annan lämplig person fanns att intervjua. Från psykiatrin i småstadsområdet intervjuaes en psykiatriker. Denne arbetade kliniskt inom slutenvården och hade ledningsansvar. Personen ingick i en lokal arbetsgrupp som arbetade med implementeringen på kliniken.

Sammanlagt gjordes alltså 15 intervjuer – fem i varje område. Åtta av informanterna var anställda inom psykiatrin och sju inom socialtjänsten. Intervjuerna var semistrukturerade och frågorna utgick ifrån en tematisk intervjuguide (Bilaga 1) som modifierades något beroende på yrkesposition och organisation. Intervjuguiden var kronologiskt utformad för att kunna fånga faserna i implementeringsprocessen utifrån studiens teoretiska ramverk. De flesta intervjuer genomfördes på intervjupersonens arbetsplats medan några av praktiska skäl gjordes per telefon. Intervjuerna tog mellan 35 och 65 minuter och spelades in, efter intervjupersonernas godkännande. Intervjuerna transkriberades sedan. Inga enskilda patienter diskuterades under intervjuerna.

Intervjuerna genomfördes vid olika tillfällen mellan mars 2012 och mars 2013. Det betyder att det hade gått mellan ungefär tre och ett halvt och fyra och ett halvt år sedan lagen trädde i kraft när informanterna intervjuaes. Det var viktigt att datainsamlingen skulle ske tillräckligt långt efter att lagen trätt i kraft för att det faktiskt skulle vara möjligt att studera hur den hade implementerats och för att informanterna skulle kunna reflektera över processen, men samtidigt inte heller så långt efter att de inte kom ihåg skeendet. Den valda tiden för intervjuerna bedömdes som lämplig utifrån båda dessa aspekter. Vissa intervjupersoner hade mycket lätt att komma ihåg arbetet med att förbereda implementeringen av den nya lagstiftningen, medan andra hade svårare att minnas detaljer. De som varit mer aktiva i processen och haft mer ledande roller mindes generellt mer.

Vetenskapsrådet (2002) har sammanställt en rad forskningsetiska principer som kan konkretiseras i fyra huvudkrav på samhällsvetenskaplig forskning. Potentiella intervjupersoner informerades, i enlighet med *informationskravet*, om studiens syfte och upplägg, om att intervjun var frivillig, hur lång tid intervjun beräknades ta och att inga enskilda patienter skulle komma att diskuteras, om projektansvarigas namn och institutionsanknytning, om det förväntade kunskapsbidraget och om hur resultaten av studien skulle komma att publiceras. Informanterna informerades också om att de när som helst kunde avsluta sin medverkan i studien, i enlighet med *samtyckeskravet*. Samtliga godkände att intervjun spelades in, men avböjde erbjudandet om att ta del av inspelningarna.

Som föreskrivet i *konfidentialitetskravet* informerades intervjupersonerna om att den publicerade studien inte skulle komma att innehålla några personnamn eller namn på geografiska områden, men att de ändå skulle kunna komma att bli igenkända av exempelvis kollegor som också intervjuats. Eventuella negativa konsekvenser för de inblandade om de skulle kunna identifieras bedömdes också som små, varför kunskapsstillskottet bedömdes väga tyngre. Ljudfiler och textfiler med transkriptioner har skyddats med lösenord medan utskrifter har förvarats i mitt låsta arbetsrum. Enligt *nyttjandekravet* får uppgifter om enskilda personer endast användas för forskningsändamål, vilket också varit fallet i den aktuella studien.

5.5.3. Analys och överförbarhet

Materialet har analyserats med riktad innehållsanalys. Vid sådan utgår forskaren från tidigare forskning, en teori eller ett teoretiskt ramverk – i det här fallet ett översättningsperspektiv på organisatoriska förändringar och policyspridning. Vid riktad innehållsanalys styr sedan teorin forskningsprocessen och dess olika steg (Hsieh & Shannon, 2005). Med hjälp av existerande teori eller tidigare forskning blir det lättare att avgränsa forskningsfrågan och att förutse vilka faktorer eller fenomen som kan vara intressanta och hur relationen mellan dessa kan se ut. Under analysen kodas materialet enligt förutbestämda koder som bestämts utifrån teorin. Den grundläggande kodprocessen i innehållsanalys handlar om att organisera stora mängder text i ett mindre antal innehållskategorier. Kategorier är mönster eller teman som antingen är explicit uttryckta i texten eller tolkade genom grundlig analys. Slutligen är det också teorin eller tidigare forskning som styr diskussionen i resultatbeskrivningen. Nya kategorier kan motsäga teorin eller stärka och utöka den (Hsieh & Shannon, 2005).

Även intervjuguiden utformades utifrån utgångspunkterna i teorin. Med ett översättningsperspektiv vid analysen av idéspridning ligger fokus på att följa den idé som blir institutionaliserad. Idéspridningen delas in i fem stadier, vilka i intervjuguiden kom att utgöra fem olika teman med tillhörande frågor. Intervjuerna transkriberades av mig och de nedskrivna intervjuerna lästes igenom flera gånger av alla tre författare till studien. Vid starten av analysarbetet valdes tre av de mest innehållsrika intervjuerna ut och författarna läste noggrant igenom dessa. Sedan gjordes en gemensam första analys för att identifiera innehållskategorier motsvarande de fem stadierna i institutionaliseringsprocessen. Inom varje kategori eller stadium används sedan mer specifika teoretiska begrepp för att förklara eller organisera materialet. Ett sådant begrepp är materialisering, vilket kan användas som exempel på hur vi gick till väga i analysen. I intervjupersonernas berättelser var blanketten för samordnad vårdplanen ett centralt tema. En välgjord blankett pekades ut som

bevis för en fungerande praxis, medan svårigheter kopplade till öppen tvångsvård associerades till brister i blanketten. Det framstod alltså som att öppen psykiatrisk tvångsvård ofta var synonymt med blanketten vilket vi tolkade som att öppen psykiatrisk tvångsvård materialiserats som blanketten för samordnad vårdplanering. I resultatredovisningen presenteras teori, illustrativa exempel och beskrivningar parallellt (jmf Hsieh & Shannon, 2005) och rubrikerna motsvarar teorins olika stadieindelningar.

Den här studien bidrar med en teoretisk förståelse av hur tolkning och översättning av policyinitiativ kan ske inom den kommunala socialtjänsten och den landstingsdrivna psykiatrin. Våra resultat lyfts till en generell nivå genom att teorin styrks och man kan därför tala om teoretiskt överförbarhet (jmf Bryman, 2011).

5.6. Delstudie 3: Rättstillämpning

5.6.1. Syfte

Syftet med denna delstudie var att undersöka domstolsbeslut om öppen psykiatrisk tvångsvård i Sverige utifrån två perspektiv: rättssäkerhet och social kontroll. Detta gjordes genom fyra frågeställningar, där de första två frågeställningarna främst är empiriska medan de två senare är analytiska: Vem döms till öppen psykiatrisk tvångsvård och på vilka grunder? Vilka särskilda villkor beslutar domstolen om? I vilken utsträckning är domstolsprocessen rättssäker? Vilka former av social kontroll är aktuella? De empiriska frågeställningarna besvarades huvudsakligen genom att beräkna frekvens för att kunna presentera deskriptiv statistik. För att bedöma rättssäkerheten valde vi fyra indikatorer på rättssäkerhet och undersökte hur dessa realiserades i dokumenten. För att kunna svara på frågan om vilka former av social kontroll som är aktuella skapades ett begreppsligt schema utifrån några av de centrala aspekter av social kontroll vi identifierade i materialet.

5.6.2. Material, urval och materialinsamling

Det empiriska materialet består av samtliga skrivna domslut rörande öppen psykiatrisk tvångsvård under ett halvår, med start det andra halvåret efter att lagen trätt i kraft, det vill säga mellan 1 mars 2009 och 31 augusti 2009. Tidsperioden bestämdes utifrån att det dels var önskvärt att täcka in en längre tid men samtidigt skulle vara möjligt att göra en totalundersökning. Vi utslöt det första halvåret för att undvika den speciella övergångsperioden då ett stort antal patienter som tidigare befunnit sig på långtidspermission förs över till den nya vårdformen.

Materialet består av 541 domslut som rör 516 patienter. Vissa patienter är alltså berörda av fler än en dom. De skrivna domsluten är allmän offentlig handling. Domsluten rör ansökan om initiering eller förlängning av öppen psykiatrisk tvångsvård, ansökan om återintagning från öppen psykiatrisk tvångsvård till slutenvård samt patienters överklaganden av beslut rörande dessa tre frågor. Besluten är fattade av 21 länsrätter, det vill säga de förvaltningsrätter som fanns vid tidpunkten. Domsluten är mellan två och åtta sidor långa. Generellt skiljer sig utformning, omfattning och innehåll i domarna en hel del mellan olika länsrätter.

I samband med att lagen om öppen psykiatrisk tvångsvård antogs gav regeringen också ett uppföljningsuppdrag (Regeringsbeslut S2007/5551/HS) till Socialstyrelsen som löpande samlat in samtliga domar som rör öppen psykiatrisk tvångsvård. Vi har genom Socialstyrelsen fått tillgång till en lista över målnummer för domarna som sedan begärts ut från respektive domstol.

Det är viktigt att påpeka att dessa domar, på samma sätt som andra offentliga dokument, är producerade i ett särskilt syfte, i en specifik kontext med specifika krav på form och innehåll. Ett exempel på detta är att domsluten ofta verkar skrivas på ett sätt som ska skydda individens integritet. Viktig information om individens situation utelämnas för att skydda individen. Tyvärr får det konsekvenser i form av att det till exempel kan vara svårt att förstå grunderna för beslutet. De skrivna domsluten innehåller endast det som domstolen valt att ta med i domen. Det betyder att vi inte vet vad som faktiskt sagts under förhandlingen. Vi analyserar inte heller förhandlingen, utan de skrivna domsluten. Vi bedömer inte om domsluten är en korrekt återgivning av det som skedde eller om domsluten är riktiga. Domsluten är alltså inte något som refererar fenomen som existerar bortom materialet, det är de skrivna domarna som är det fenomen som studeras (jmf Spencer, Ritchie & O'Connor, 2011).

Det material som studien bygger på innehåller hantering av känsliga personuppgifter vilket regleras i personuppgiftslagen. Enligt huvudregeln är det förbjudet att behandla känsliga personuppgifter men det finns undantag, till exempel för forskning. All forskning som innebär behandling av känsliga personuppgifter ska etikprövas enligt etikprövningslagen (SFS 2003:460) och om behandlingen av uppgifterna godkänns vid en sådan prövning är den tillåten enligt personuppgiftslagen (Vetenskapsrådet, 2005; Centrala etikprövningsnämnden, Datainspektionen, Socialstyrelsen & Statistiska centralbyrån, 2013). Studien är godkänd av den regionala etikprövningsnämnden i Umeå, avdelningen för medicinsk forskning, DNR 09-045Ö. Datainspektionen (2008) ger ut allmänna råd för hur säkerhetskraven vid hantering av personuppgifter enligt personuppgiftslagen ska kunna uppnås. Enligt de allmänna råden ska säkerhetsnivå stå i proportion till bland annat de särskilda risker som finns med behandlingen och hur pass känsliga de behandlade personuppgifterna

är. Då uppgifterna redan är allmän offentlig handling hos förvaltningsrätten bedömde vi att riskerna var relativt låga och domsluten har därför förvarats fysiskt inlåsta i mitt arbetsrum eller elektroniskt under lösenordsskydd. Analysen av materialet har presenterats på gruppnivå och berör översiktligt kategoriserande variabler som ålder, kön och diagnos.

5.6.3. *Analys och överförbarhet*

Den analytiska processen har inte varit linjär, utan rört sig upp och ned i den analytiska hierarkin, mellan materialet och analytiska koncept och mellan olika grader av abstraktion (jmf Spencer et al., 2011). Mot bakgrund av tidigare forskning, och vår egen tidigare forskning i den första delstudien där exempelvis kontroll framstod som viktiga teman i debatten om tvång i öppenvården, påbörjades studien med några relativt ofärdiga teoretiska idéer. Att den nya lagstiftningen öppnade för nya kontrollpraktiker på nya arenor var till exempel ett av antagandena. Efter att ha läst igenom en stor mängd domslut kunde vi enas om de variabler som vi ville koda i materialet. Allt eftersom vi fick fram deskriptiv statistik om villkoren blev också bilden av hur kontrollen utövades tydligare. Utifrån detta kunde vi skapa en teoretisk modell över olika dimensioner och tekniker av social kontroll. I takt med att arbetet framskred framträdde också bilden av exempelvis bristande tydlighet, bland annat eftersom grunden för besluten ofta var oklara, och brist på enhetlig rättstillämpning såsom att vissa förvaltningsrätter slentrianmässigt utdömde vissa villkor. Detta framstod som en stor rättssäkerhetsbrist och för att kunna analysera detta närmare operationaliserade vi rättssäkerhetsbegreppet i fyra delaspekter. Studien innehåller således olika analysmetoder, och de olika metoderna användes både som stöd och som komplement till varandra. Att använda mer än en metod för att besvara forskningsfrågorna gjorde att fenomenen kunde belysas från flera olika håll och ge en mer fullständig och trovärdig förståelse (Bryman, 2011; Ritchie, 2011). Nedan följer en genomgång av de tre olika delarna i studien, var och en för sig.

Deskriptiva frågeställningar

Vi är tre personer som har kodat 37 variabler i domsluten. Variablerna handlar om bakgrundsinformation som till exempel vilken länsrätt som tagit beslutet, domslutet i sig, patientkaraktäristika, särskilda villkor, patientens inställning till vården och sakkunnigs inställning till ansökan. Analysenhet skiljer sig åt mellan olika variabler. Utfallsfrekvensen är till exempel beräknad med domar som analysenhet medan kön har patienter som analysenhet. Vissa variabler har varit svårare att koda än andra. I domsluten är det till exempel inte alltid tydligt om det rör sig om en förlängning av pågående öppen tvångsvård eller om en övergång från sluten till öppen tvångsvård. I vissa fall har vi kunnat lösa problemet genom

att det i materialet funnits en tidigare dom, eller en senare dom med mer utförliga beskrivningar.

Samtliga tre författare har varit aktiva i kodningsarbetet. För att uppnå interbedömarreliabilitet (Bryman, 2011), inleddes arbetet med att flera domar kodades av alla tre kodare varpå resultatet jämfördes och diskuterades för att komma fram till gemensamma tolkningar. Efter avslutad kodning har samtliga variabler kontrollerats för kodare men ingen signifikant skillnad hittades.

Analysens första steg var att göra frekvensöversikter av de centrala variablerna. Vi bedömde det inte relevant att göra mer fördjupade statistiska analyser av samvariationer i materialet. En anledning är att variansen varit mycket låg för centrala variabler som exempelvis hur många ansökningar om öppen tvångsvård har avslagits, en annan har att göra med tillförlitligheten i de beskrivningar som finns i domarna för vissa variabler.

Social kontroll

Genom riktad innehållsanalys (jmf Hsieh & Shannon, 2005) kodades de särskilda villkoren. Vi kunde identifiera ett antal sätt på vilket dessa villkor fungerade kontrollerande av den enskilde. Å ena sidan gjorde vi en uppdelning mellan olika typer av tekniker för hur social kontroll konkret praktiserades såsom det beskrevs i domarna: *övervakning*, *behandling* och *sanktioner*. Övervakande tekniker syftar till att kontrollera patienten och motiveras i domarna dels utifrån samhällsskydd, dels utifrån den enskildes behov. Terapeutiska tekniker syftar till att förändra individen och dess mål uppfattas i allmänhet som något entydigt positivt för den enskilde. Tekniker som bygger på sanktioner bygger på explicita eller implicita hot om konsekvenser av oönskade beteenden. Å andra sidan gjorde vi skillnad mellan olika dimensioner i vilka dessa praktiker är verksamma: med *temporal kontroll* avses styrning i dispositionen av den enskildes tid; med *rumslig kontroll* avses styrning av rörelsefrihet i geografisk mening; med *fysisk kontroll* avses styrning som berör patientens kropp, oavsett var den befinner sig. Vi skapade sedan en tabell där exempel på olika villkor som motiverades på olika sätt fördes in. Se tabell 3. Vissa villkor förekommer på flera ställen i modellen eftersom de kan vara uttryck för olika tekniker och dimensioner.

I stort sett har vår modell fångat de särskilda villkor som vi funnit i domsluten. Två typer av villkor visade sig svårare att inkorporera: för det första villkor om att följa regler och rutiner i ett boende, för det andra villkor om samtalskontakt. En annan svårighet i analysen har ibland varit att tolka om särskilda villkor är uttryck för den ena eller andra sortens kontroll. Detta var delvis ett begreppsligt problem, men orsakades framför allt av att domarna innehåller väldigt litet information om motiven bakom villkoren.

Tabell 3: Tekniker och dimensioner av social kontroll i de särskilda villkoren

		Teknik		
		Övervakning	Terapeutiska	Sanktioner
Dimension	Temporal	<ul style="list-style-type: none"> Hålla kontakt med olika vård- och stödinsatser 	<ul style="list-style-type: none"> Normal dygnsrytm Reglering av tid för behandling 	-
	Rumslig	<ul style="list-style-type: none"> Bo i en särskild stad Boende Besöka öppenvården Förbud mot att träffa särskilda personer 	<ul style="list-style-type: none"> Daglig sysselsättning Boende 	<ul style="list-style-type: none"> Återintagning till sjukhus
	Fysisk	<ul style="list-style-type: none"> Medicinering Förbud mot att använda alkohol eller droger Blod- och urinprov 	<ul style="list-style-type: none"> Medicinering 	-

Rättssäkerhet

Analysen av rättssäkerhet kan sägas utgå ifrån en normativ uppfattning om vad som är rimligt att kräva för att skydda patientens processrättsliga rättigheter. Rättssäkerhetsbegreppet operationaliserades i fyra delaspekter av, eller indikatorer på, rättssäkerhet. Det handlar om opartiskhet, transparens, tydlighet och konsekvens. Konkret handlade till exempel bedömningen av opartiskhet om hur stor vikt som lades vid patientens respektive läkarens utsagor i domsluten. Transparens bedömdes exempelvis efter graden av öppenhet och insyn i processen i domslutet. Tydlighet handlade bland annat om huruvida det gick att förstå på vilka grunder rättsens beslut var taget. Konsekvens studerades till exempel utifrån eventuella regionala skillnader i särskilda villkor.

Det svåraste metodologiska problemet i studien har också varit ett fynd i sig – domsluten brister ofta i transparens och tydlighet. Det betyder att man kan ifrågasätta tillförlitligheten i information om exempelvis diagnos och farlighet och att det är svårt att göra jämförelser mellan olika grupper. Det är något ironiskt att brister i rättssäkerheten i sig ett är hinder för att undersöka rättssäkerhet. Men

oavsett dessa begränsningar är de brister i rättssäkerheten vi identifierat faktiska brister.

5.6.4. Överförbarhet

Med tanke på att studiens empiri utgörs av samtliga domslut rörande öppen tvångsvård under en relativt lång tidsperiod är det rimligt att generalisera resultaten även till andra tidsperioder i domslut rörande öppen tvångsvård. Mot bakgrund av att tidigare forskning visat problem ur ett rättssäkerhetsperspektiv vid mål rörande psykiatrisk tvångsvård är det rimligt att anta att de resultat rörande brister i rättssäkerheten som vi identifierat även går att överföra till mål rörande slutna tvångsvård. Däremot är det oklart om vare sig resultaten relaterade till rättssäkerhet eller till social kontroll går att överföra till situationer utanför själva domstolsprocessen. Vi vet exempelvis inte hur de särskilda villkoren påverkar patientens vardag. Troligtvis ger det i alla fall en indikation på hur den sociala kontrollen fungerar i praktiken.

5.7. Delstudie 4: Normativa utgångspunkter

5.7.1. Syfte

Utifrån tidigare forskning om öppen psykiatrisk tvångsvård har två paradoxer i förhållande till lagstiftningen identifierats: Öppen psykiatrisk tvångsvård innebär både mer och mindre autonomi för patienten; Öppen tvångsvård innebär att autonoma individer tvångsvårdas till autonomi. Syftet med delstudien är att tydliggöra vilka normativa ställningstaganden i förhållande till autonomi som ligger till grund för tvångsvårdsformen. Detta görs genom att de två paradoxerna belyses utifrån fyra perspektiv på autonomi: ett klassiskt liberalt perspektiv, ett medicinsk-etiskt perspektiv, proceduriella rekvisit och substantiella rekvisit.

5.7.2. Material, urval och materialinsamling

Studiens empiriska material består av de delar av lagstiftning och förarbeten som rör syftet med öppen psykiatrisk tvångsvård och tvångs- och samtyckesrekvisiten. Relevanta rättskällor för studien är lagen om psykiatrisk tvångsvård, regeringens proposition "Om psykiatrisk tvångsvård, m. m." (Prop. 1990/91:58), regeringens proposition "Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård" (Prop. 1999/00:44) och regeringens proposition "Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården" (Prop. 2007/08:70). Den förstnämnda propositionen innehåller förslaget till det som blev LPT, den andra innehåller ändringar i LPT kring bland annat rättssäkerhetsaspekter och permissionsbestämmelserna, och den tredje propositionen innehåller förslaget till det som blev öppen psykiatrisk tvångsvård.

De studerade texterna representerar den offentliga hållningen i de frågor som studien undersöker. Valet av övriga texter kan sägas ha styrts av ett teoretiskt urval (jmf Bryman, 2011; Ritchie et al., 2011). Urvalet skedde kontinuerligt och leddes av de teoretiska begreppen genom att jag sökte efter rättskällor som kunde bidra till en fördjupad förståelse av hur de teoretiska begreppen skulle tolkas i LPT och "Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården". I propositioner utvecklas de officiella motiven till lagändringarna och här återfinns vägledning i hur lagen ska användas och tolkas. Som redan har påpekats i kapitlet utgår jag ifrån att dokumenten i sig inte betraktas som representationer av "verkligheten" (Atkinson & Coffey, 2011). Däremot är syftet med en proposition att den ska spegla regeringens inställning i frågan. Det är med detta syfte och i denna kontext de är producerade.

5.7.3. *Analys och överförbarhet*

Analysen av materialet har skett genom riktad innehållsanalys (jmf Hsieh & Shannon, 2005). Utgångspunkten för studien var att studera normativa ställningstaganden kring tvång och frihet. Propositionen (Prop. 2007/08:70) och lagstiftningen närlästes för att finna områden där tvång och/eller frivillighet berördes. Därefter identifierades fyra olika kategorier inom det materialet. Dels två olika perspektiv på autonomi som kommer ur två olika idétraditioner, ett liberalt och ett medicinskt-etiskt, dels två olika uppsättningar rekvisit för autonomi, proceduriella och substantiella rekvisit. Jag valde då att formulera de motsägelsefullheter jag identifierat som grund för studien i termer av paradoxer kopplade till autonomi. De områden i texterna som handlade om tvång eller frivillighet kodades därefter utifrån vilket perspektiv på autonomi de representerade. Innehållet är således latent eftersom kategorierna sällan är explicit uttalade i texten och begreppet autonomi sällan. För att få ytterligare information kring de områden jag kodat sökte jag sedan i de två andra propositionerna efter resonemang och avsnitt som berörde dessa. Resultaten strukturerades utifrån de två paradoxerna och redovisas genom att illustrativa citat och beskrivningar av empirin belyses utifrån de olika perspektiven på autonomi.

Studiens resultat kan i sig inte överföras till andra områden, men däremot skulle den teoretiska analysen kunna användas på andra områden, till exempel på andra tvångsvårdslagar.

6. Sammanfattning av avhandlingens delstudier

6.1. Delstudie 1: Why community compulsion became the solution – Reforming mental health law in Sweden

Syftet med studien är att undersöka hur öppen psykiatrisk tvångsvård kommit att användas som policylösning i så många länder med olika rättsliga och sociala förutsättningar. Introduktionen, och den föregående processen, av öppen tvångsvård i Sverige användes som utgångspunkt och mot denna kontrasterades motsvarande processer i Norge, England/Wales och staten New York. Mer specifikt undersöktes utvecklingen i respektive välfärdsstatlig kontext i termer av policies inriktade på riskhantering.

Empirin från Sverige består av lagens förarbeten – primärt propositionen – riksdagsdebatter, debatter i massmedia och fackmedia samt intervjuer med två nyckelpersoner i policyprocessen. I Norge, England/Wales och staten New York har intervjuer med experter genomförts. Dessutom har material från de parlamentariska processerna samt debatter i massmedia och i fackpress från de tre jurisdiktionerna studerats. Efter närläsning av strategiska dokument i den svenska policyprocessen organiserades den analytiska processen enligt följande teman: viktiga intressenter, kunskapsanspråk, ideologi, risk/kontroll och patienträttigheter. Övrig empiri analyserades sedan enligt dessa teman.

Analysen visar att startpunkten för den process som slutligen lett fram till införandet av tvång i den psykiatriska öppenvården i både New York, England/Wales och Sverige, är våldsdåd som begicks av personer med psykisk sjukdom. I den svenska debatten var farlighet något som debattörerna förhöll sig till, oavsett om det handlade om att framhålla personer med psykiska funktionsnedsättningar som potentiellt farliga, eller att framhålla att man *inte* ville reproducera en sådan stereotyp bild. I den slutgiltiga svenska propositionen kom fokus på farlighet dock att tonas ned till förmån för behandling, rehabilitering och samhällsintegrering. Tvångsaspekten är också relativt osynlig i propositionen.

Inställningen till tvång i öppenvården bland brukar- och anhörigorganisationer var likartad i de fyra undersökta fallen. Brukarorganisationer tenderade att vara negativa, medan anhörigorganisationer var mer positiva. Representanter för berörda professionella var i huvudsak positiva till införandet av lagstiftningen.

I motsats till de som var positiva till öppen tvångsvård i England/Wales och New York, hävdade de svenska förespråkarna inte att deras ståndpunkt baserades på

vetenskapliga belägg för att tvångsvårdsformen fungerar. Detta är anmärkningsvärt med tanke på den pågående utvecklingen i Sverige vid samma tid i riktning mot evidensbaserad praktik inom såväl hälso- och sjukvården som den sociala sektorn. När motståndare i Sverige pekade på bristande evidens, använde sig förespråkarna istället av andra retoriska strategier, som till exempel att hänvisa till klinisk erfarenhet eller till sunt förnuft. Argument rörande autonomi och patienters rättigheter har varit i fokus för kritiker i England/Wales och New York, men förekom inte alls på samma sätt i Norge och Sverige. Frågor kring autonomi och rättigheter lyftes ibland fram i den svenska debatten men patienters rättigheter framställdes inte som absoluta och kopplades främst till frågor om rättssäkerhet i den juridiska prövningen vid öppen tvångsvård. Det medborgarrättsliga perspektivet saknades helt.

Sammanfattningsvis har vi i den svenska policyprocessen identifierat följande paradoxer och problematiska områden:

- Trots brist på evidens infördes lagstiftningen
- Trots att öppen tvångsvård i propositionen beskrivs i termer av integration och rehabilitering finns ingen diskussion kring hur tvång är relevant för att uppnå detta
- Trots att den nya lagstiftningen innebär att nya grupper kan komma att tvångsvårdas, tonas tvångsaspekten ned
- Trots att psykiatriker tidigare kritiserades för att använda tvångsvård för ofta innebär den nya lagstiftningen att denna praxis formaliserades
- Trots att policyprocessen startade i en rad uppmärksammade våldsbrott kom den slutgiltiga lagstiftningen att inriktas mot förebyggande tvångsvård för icke våldsamma allmänpsykiatriska patienter
- Trots att policyprocessen startade i en rad uppmärksammade våldsbrott kom det uttalade syftet med lagstiftningen att handla om att minska tvångsvården

En slutsats av analysen är att policyprocessen i England/Wales och i New York delar många drag, medan Norge och Sverige skiljer sig både från de anglosaxiska länderna och från varandra. Även om den svenska policyprocessen startade i en diskussion om våldsbrott genomsyras propositionen av ett fokus på integration. Den norska lagstiftningen är mer behandlingsorienterad medan det i de anglosaxiska länderna finns ett tydlig fokus på farlighet, samhällsskydd och riskhantering. Samtidigt har medborgerliga rättigheter varit i fokus i de anglosaxiska länderna på ett sätt som saknar motsvarighet i de nordiska. Dessa skillnader förklaras troligtvis av mer grundläggande skillnader i välfärdsstatlig kontext, för även om det finns skillnader mellan Sverige och Norge, är dessa små när de kontrasteras mot de anglosaxiska fallen. Andra skillnader i

policyprocessen förklaras troligtvis bäst av situationsbundna faktorer. Att de nordiska policyprocesserna innehöll jämförelsevis litet konflikt, berodde sannolikt på att införandet av tvång i öppenvård var en liten del i större satsningar på psykiatrifältet.

Hur skulle man då övergripande kunna förklara att öppen tvångsvård införts i så många olika länder med så olika socio-politiska traditioner? En viktig faktor är troligtvis den roll som den medicinska professionen spelade i utformningen av den nya lagstiftningen i alla de undersökta exemplen. Psykiatrifältet ses som ett i huvudsak medicinskt område och i avsaknad av entydiga forskningsresultat kom klinisk erfarenhet och psykiatrikers status att väga mycket tungt. Ytterligare en viktig förklaring kan finnas i en allmänt delad uppfattning där personer med psykiska funktionsnedsättningar förknippas med farlighet.

6.2. Delstudie 2: Translating coercion into collaboration – a study of the implementation of compulsory community care for people with mental illness

Syftet med studien är att undersöka vad som händer när en ny lagstiftning introduceras, som förutsätter långtgående samarbete mellan psykiatri och socialtjänsten. Vad händer på lokal nivå i och mellan de två organisationerna när de börjar tillämpa bestämmelserna om öppen psykiatrisk tvångsvård? För att förstå den processen används ett översättningsperspektiv och institutionaliseringsprocessen analyseras i termer av hur idéer översätts, legitimeras och reproduceras i olika institutionella kontexter.

Vi studerade tre geografiska områden i Sverige. Genom ett strategiskt urval valde vi ett storstadsområde, en mellanstor kommun, samt ett kluster av mindre kommuner knutna till samma psykiatriska organisation. Vi genomförde semi-strukturerade intervjuer med nyckelpersoner i implementeringsprocessen från kommunens socialtjänst och landstingets psykiatri i dessa tre områden. Totalt gjordes 15 intervjuer – fem inom varje geografiskt område. Åtta intervjupersoner var anställda inom psykiatri, sju inom socialtjänsten. Inga individuella patienter diskuterades.

Resultaten kan sammanfattas i tre huvudfynd. *Det första huvudfyndet* rör den roll som blanketten för samordnad vårdplanering spelade i implementeringsprocessen. Beslut om öppen tvångsvård fattas av allmän förvaltningsdomstol och ansökan måste innehålla en samordnad individuell vårdplan, i vilken det tydligt ska framgå vilka insatser som är planerade inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten. Det var just utformandet av blanketten för vårdplanen som skapade tillfällen för interaktion och möten mellan de båda organisationernas personal där en gemensam förståelse kunde

formas. Den samordnade vårdplaneringen – manifesterad som ett fysiskt objekt – verkar vara central för hur lagstiftningen materialiserades och intervjupersonerna talade ofta om blanketten som nästan synonymt med öppen tvångsvård.

Det andra huvudfyndet visar hur idén om öppen tvångsvård bidrog till att förtydliga ansvarsområden och förbättrade samverkan mellan psykiatri och socialtjänsten. Lagstiftningen hjälpte personal från båda organisationerna att förtydliga ansvarsfördelningen, men på något olika sätt, beroende på organisatorisk tillhörighet och kontext. Men det sätt som lagstiftningen översattes och användes i praktiken förde också med sig förändringar för andra grupper av brukare än de som var aktuella för öppen tvångsvård, och detta är vårt *tredje huvudfynd*. Intervjupersonerna beskrev hur samarbetet mellan organisationerna generellt hade förbättrats efter införandet av den nya lagstiftningen, eftersom det tvingade dem att komma överens om praktiska lösningar för samverkan som också gynnade andra patienter. En bidragande faktor till den här spridningseffekten var de gemensamma utbildningsprojekt som erbjöds socialtjänsten och psykiatriens personal inför införandet av den nya lagstiftningen. Utbildningsträffarna förde samman personal från de båda organisationerna och skapade en bättre förståelse för varandras förutsättningar och arbetssätt.

I analysen av resultaten framstår lagstiftningen kring öppen tvångsvård i intervjupersonernas berättelse som en pedagogisk reform för vårdgivare för att främja samverkan, snarare än en tvångsvårdslagstiftning. Den kanske viktigaste förklaringen till skiftet från tvång till samverkan är att det var *en* del i den nya lagstiftningen som inte var förhandlingsbar – den samordnade vårdplanen. Detta satte villkoren för hela implementeringsprocessen. Att båda organisationerna översatte och materialiserade idén om öppen psykiatrisk tvångsvård till en blankett för samordnad vårdplanering kan ses som en logisk konsekvens av de organisatoriska förutsättningarna för offentliga organisationer. En bidragande orsak var troligtvis att blanketter ofta spelar en viktig roll för att skapa ramar för arbetets organisering. En blankett för samordnad vårdplanering stämmer med organisatoriska förväntningar och normer och ses därför som en rationell och legitim tolkning av idén. Att materialisera idén som en blankett gör dessutom att det finns ett fysiskt objekt som kan visas upp, utvärderas och utvecklas vid behov.

Om den huvudsakliga effekten av införandet av öppen psykiatrisk tvångsvård är att lagen tvingar vårdgivare att samverka, måste man avslutningsvis ifrågasätta reformens legitimitet. Måste enskilda patienters autonomi inskränkas för att samverkan mellan psykiatri och socialtjänst ska förbättras? Motiverar de goda spridningseffekterna till andra grupper att några individer tvångsvårdas?

6.3. Delstudie 3: The compliant court – Procedural fairness and social control in compulsory community care

Syftet med studien är att undersöka domstolsbeslut rörande öppen psykiatrisk tvångsvård i Sverige utifrån två perspektiv: rättssäkerhet och social kontroll. Detta görs genom fyra frågeställningar, där de första två främst är empiriska medan de två senare är analytiska:

- Vem döms till öppen psykiatrisk tvångsvård och på vilka grunder?
- Vilka särskilda villkor beslutar domstolen om?
- I vilken utsträckning är domstolsprocessen rättssäker?
- Vilka former av social kontroll är aktuella?

Studiens empiri består av alla domslut rörande öppen psykiatrisk tvångsvård i hela Sverige under sex månader, med start sex månader efter att lagen trädde i kraft, det vill säga 1/3 – 31/8 2009. Analysmaterial var de skriftliga domslut som meddelas vid varje mål. Vanligtvis var dessa mellan två och åtta sidor långa, men både utformning och omfattning varierade stort. Materialet består sammanlagt av 541 beslut rörande 516 patienter från allmänpsykiatrin. För att uppnå samstämmighet mellan forskarna i kodningen av de 13 variablerna jämfördes inledningsvis ett mindre urval av kodade domar. Det fanns inga signifikanta skillnader i hur de tre forskarna hade kodat. Variablerna rörde t.ex. domstolens beslut, patientens kön och diagnos samt särskilda villkor.

I studien undersöks proceduriell rättssäkerhet, det vill säga rättssäkerheten i förfarandet i domstolsprocessen. Med utgångspunkt i artikel 6 i Europakonventionen (Council of Europe, 1997) och i de principer som specificeras i förarbetena till Lagen om psykiatrisk tvångsvård valde vi fyra indikationer på en rättssäker process: *opartiskhet, transparens, tydlighet och konsekvens*.

För att analysera social kontroll skapade vi en modell med olika centrala aspekter som vi hade identifierat i vårt empiriska material. Vi gjorde en uppdelning mellan olika typer av tekniker för hur social kontroll konkret praktiserades såsom det beskrevs i domarna: *övervakning, behandling och sanktioner*. Övervakande tekniker kan av dem som utövar dem motiveras utifrån dels samhällsskydd, dels den enskildes behov. Terapeutiska tekniker syftar till att förändra individen och dess mål uppfattas i allmänhet som något entydigt positivt för den enskilde. Tekniker som bygger på sanktioner bygger på explicita eller implicita hot om konsekvenser av oönskade beteenden. Vidare gjorde vi skillnad mellan olika dimensioner i vilka dessa praktiker är verksamma i kontrollerandet av den enskilde. Med *temporal kontroll* avses styrning i dispositionen av den enskildes

tid; med *rumslig kontroll* avses styrning av rörelsefrihet i geografisk mening; med *fysisk kontroll* avses styrning som berör den egna kroppen oavsett var patienten befinner sig.

Analysen av den första empiriska frågeställningen visade att medelåldern bland patienterna i de undersökta domsluten var 47 år, med ett åldersspann mellan 14 och 86 år. 51 procent var kvinnor, vilket motsvarar fördelningen i den slutna tvångsvården. Bland kvinnorna beskrevs 11 procent som farliga för sig själva och 7 procent som farliga för andra. Bland män beskrevs 8 procent som farliga för sig själva och 30 procent som farliga för andra. 31 procent av patienterna samtyckte till öppen tvångsvård. I ungefär en tredjedel av domsluten nämndes ingen explicit diagnos. I de domslut där diagnos skrevs ut beskrevs 84 procent ha en psykosjukdom, 14 procent alkohol- eller drogmissbruk och 10 procent bipolär sjukdom. En patient kunde alltså ha flera diagnoser. Övriga diagnoser var mindre vanliga.

Analysen av den andra empiriska frågeställningen visade att domstolen oftast angav två eller tre särskilda villkor. Vi fann inte något samband mellan villkor och andra variabler som t.ex. kön eller diagnos. Det betyder att det t.ex. inte finns något samband mellan villkor om att avstå från alkohol och/eller droger och en missbruksdiagnos. I 41 procent av alla domslut delegerade domstolen beslutanderätten över de särskilda villkoren till behandlande läkare helt eller delvis. Tabell 4 visar vilka särskilda villkor som tillämpades.

Tabell 4: Särskilda villkor vid öppen psykiatrisk tvångsvård

Särskilda villkor	
Medicinering	79 %
Kontakt med öppenvårdspsykiatri	51 %
Kontakt med socialtjänst	27 %
Boende	25 %
Förbud mot alkohol eller droger	15 %
Samtal	5 %
Sysselsättning	4 %
Boendeort	3 %
Inte specificerat	1 %
Övrigt	15 %

I analysen ur ett rättssäkerhetsperspektiv fann vi att i 99 procent av fallen godkände domstolen behandlande läkares ansökan. Detta kan tolkas som att domstolen inte gjort någon kritisk bedömning av läkarens argument och därmed alltså inte lever upp till kraven på opartiskhet. Vidare var rättens sakkunnig och ansökande läkare överens i 99 procent av fallen, vilket också skulle kunna ses som ett tecken på att domstolen brister i opartiskhet. Vi fann också en betydande variation mellan olika domstolar. Vissa domstolar beslutade rutinmässigt om villkor om förbud mot alkohol, trots att det inte verkade finnas någon anledning i det enskilda fallet och trots att läkaren inte ansökt om det. Vissa domstolar överlät också rutinmässigt beslutanderätten om särskilda villkor till behandlande läkare, trots att läkaren inte ansökt om det. Sådan praxis tyder på brist på konsekvent rättstillämpning, liksom delvis på bristande transparens och opartiskhet. Ofta saknades viktig information eller juridiska formaliteter som motiven till beslutet. Detta kan bero på att domstolen i vissa fall försökt skydda patientens integritet i de offentliga domsluten, men det leder också till att det är svårt att avgöra om beslutet var riktigt, vilket försvårar överklaganden. Sådan brist på transparens och tydlighet är ett rättssäkerhetsproblem. Samtidigt har just bristen på transparens och tydlighet i domsluten varit den största metodologiska utmaningen i studien. Brister i rättssäkerhet i blir i sig ett hinder för att undersöka rättssäkerhet.

I förhållande till social kontroll är *övervakande* tekniker vanliga i domsluten och är verksamma i alla dimensioner. I den temporala dimensionen finns t.ex. villkor som specificerar hur ofta patienter ska vara i kontakt med vårdgivare. Den övervakande rumsliga kontrollen finns i villkor som rör patientens boendeplats. Fysisk kontroll av en övervakande karaktär utövas till exempel genom villkor om att patienten ska lämna blod- eller urinprov. Bortsett från medicinering, är villkor av *behandlande* karaktär ovanliga. Rumslig kontroll med behandlande syfte finns till exempel i villkor där daglig sysselsättning eller andra aktiviteter knyts till en viss plats. Den viktigaste komponenten i öppen tvångsvård är utan tvekan medicinering, vilket ofta är en teknik för social kontroll med behandlande syfte, av fysisk karaktär. Lagstiftningen tillåter inte *sanktioner* mot patienter som inte följer de särskilda villkoren. Den enda möjlighet som finns är rumslig, i form av återintagning till slutenvård.

Utifrån analysens resultat skulle man kunna argumentera för att öppen tvångsvård innebär ett skifte till mjukare kontrollpraktiker eftersom lagstiftningen inte tillåter återintagning som sanktion för att ett villkor inte har följts. Å andra sidan är just de fysiska kontrollpraktikerna de allra vanligaste i vårt material. Men det är inte helt enkelt att analysera och definiera tvånget. Enligt lagstiftaren är det i praktiken en förutsättning för tvångsvårdsformen att patienten medverkar till tvångsvård och en stor del av patienterna samtycker faktiskt till öppen tvångsvård. Detta kan vara ett tecken på att patienter har internaliserat det beteende som vårdgivare önskar se. Eftersom det är så svårt att se vad tvånget egentligen består i, är det också svårt att tala om dess effekter. Hur kan vi veta vad som är verksamt?

Sammantaget pekar våra fynd på att svenska domstolar till viss del misslyckas med att skydda enskilda medborgare från att felaktigt dömas till öppen psykiatrisk tvångsvård. Dessa brister i rättssäkerhet gör att patienter riskerar att utsättas för nya och oklara former av social kontroll.

6.4. Delstudie 4: Tvingad till autonomi. En teoretisk analys av öppen psykiatrisk tvångsvård i Sverige

Syftet med studien är att tydliggöra vilka normativa ställningstaganden i förhållande till autonomi som ligger till grund för öppen psykiatrisk tvångsvård. Detta görs genom att belysa två paradoxer utifrån sammanlagt fyra perspektiv på autonomi. Paradoxerna är en sammanfattning av de oklara och motstridiga områden som återkommit i tidigare studier av öppen psykiatrisk tvångsvård.

Paradox 1: Öppen psykiatrisk tvångsvård innebär både mer och mindre autonomi för patienten.

Paradox 2: Öppen psykiatrisk tvångsvård innebär att autonoma individer tvångsvårdas till autonomi.

Den första paradoxen analyseras utifrån två olika perspektiv på autonomi som kommer ur två olika idétraditioner: ett klassiskt liberalt perspektiv på autonomi och ett medicinsk-etiskt perspektiv på autonomi. Den andra paradoxen analyseras utifrån två olika uppsättningar med rekvisit för autonomi: proceduriella respektive substantiella rekvisit för autonomi. I artikeln görs en teoretisk analys av motiven till tvångsvården, dess förutsättningar och de aktuella tvångsrekvisiten genom att analysera lagstiftningen och dess förarbeten.

Inom den liberala politiska idétraditionen har idén om den autonoma individen en central roll. Den har sina rötter i principen att var och en har rätt att göra som den vill, så länge ingen annan skadas. Den liberala tanketraditionen bygger framför allt på rättigheter. Rätten till autonomi handlar främst om den enskilde i förhållande till staten. Även inom det medicinsk-etiska fältet är begreppet autonomi centralt. Autonomiprincipen är en av de fyra etiska principer för beslutsfattande inom medicinsk forskning och hälso- och sjukvård. De andra tre är godhetsprincipen, icke-skada-principen och rättvisepincipen. Idealet är att alla fyra principer kan efterlevas samtidigt men det finns tillfällen då någon eller några av principerna kan behöva stå tillbaka för att de andra ska kunna följas.

För att man ska kunna tala om en autonom agent utifrån ett proceduriellt perspektiv ska individen ha förmåga att fatta beslut och omsätta dessa i handling, så kallade kapacitetsrekvisit. För autonomi ur ett substantiellt perspektiv krävs att man också uppfyller så kallade autenticitetsrekvisit. Tanken är att personens vilja också måste spegla individens autentiska önskan. Om man både har kapacitet och autenticitet har man alltså substantiell autonomi.

Den första paradoxen – öppen psykiatrisk tvångsvård innebär både mer och mindre autonomi för patienten – kan förklaras med att lagstiftaren förhåller sig till både en liberal och en medicinsk-etisk autonomidefinition. I ett liberalt perspektiv är öppen tvångsvård en inskränkning av individens rätt till frihet. I ett medicinsk-etiskt perspektiv kan autonomiprincipen användas även för att motivera situationer då autonomi inskränks om det handlar om att öka eller skydda patientens autonomi i framtiden. Med en sådan utgångspunkt bidrar öppen psykiatrisk tvångsvård alltså till ökad autonomi, till exempel för de patienter som lagstiftaren menar får längre vårdtider i det korta perspektivet men som slipper återintagningar på längre sikt. I ett medicinsk-etiskt perspektiv kan autonomi också ställas mot andra värden, som till exempel att göra gott enligt godhetsprincipen. Detta görs i lagens förarbeten, där vinsten i hälsa och livskvalitet för patienten framstår vara så stor att den kan motivera inskränkningar i patientens autonomi. I propositionen framhålls de fördelar som

uppnås för den enskilde genom den nya lagstiftningen där patientens behov av vård och rehabilitering står i centrum.

Den andra paradoxen – öppen psykiatrisk tvångsvård innebär att autonoma individer tvångsvårdas till autonomi – kan förklaras genom att lagstiftaren blandar proceduriella och substantiella rekvisit för autonomi. Ur ett liberalt perspektiv är det en central att avgöra vem som är autonom eftersom det endast är försvarbart att tvångsvårda utifrån vårdbehovskriterium om personen är icke-autonom. Ur ett medicinsk-etiskt perspektiv blir frågan mindre viktig eftersom autonomiprincipen inte självklart har företräde framför andra principer, och eftersom mer autonomi vid ett tillfälle kan uppväga mindre autonomi vid ett annat. En förutsättning för tvångsvård är att patienten motsätter sig vården, och i motiven till LPT uttalas att det i princip inte är möjligt att tvångsvårda någon som samtycker till nödvändig vård (Prop. 1990/91:58). Lagstiftaren utgår ifrån att en individ som lider av en allvarlig psykisk störning inte automatiskt är oförmögen att bestämma över sin egen vård. Samtidigt är syftet med tvångsvården att sätta patienten ”i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård”. Formuleringen ter sig problematisk om utgångspunkten är att personen är autonom och alltså redan kan ta ställning till vården. Personen är autonom, men ska också bli det genom tvångsvård.

Lagstiftarens formulering om att personer som kan bli föremål för tvångsvård ska förutsättas vara autonoma tycks utgå ifrån proceduriella kriterier eftersom patienten uppfyller kompetensrekvisiten för autonomi. Samtidigt respekteras dock inte valet om det är att avstå vård. I praktiken bedöms autonomi i förhållande till utfallet av ett visst val. Det handlar om en kvalitativ bedömning av innehållet i valet, och det är just detta innehåll som ska förändras genom att personen ska bli ”i stånd att frivilligt medverka till vård”. Implicit i lagens formulering finns alltså utgångspunkten att det inte kan vara patientens autentiska önskan att avstå vård. Istället ska tvångsvård användas för att underlätta för individen att ta autentiska och därmed autonoma beslut. En sådan inställning är således ett uttryck för en substantiell syn på autonomi.

För öppen psykiatrisk tvångsvård tillkommer ytterligare en specifik dimension i förhållande till samtyckesrekvisiten. Eftersom den psykiatriska behandlingen inte får genomdrivas med tvångsåtgärder förutsätts läkare och patient enligt förarbetena i stora delar vara överens om innehållet i vården. Det är alltså så att det är ett rekvisit för tvångsvård att patienten motsätter sig vården, och målet är att denne frivilligt ska ta emot vård. Samtidigt är det i praktiken en förutsättning för öppen tvångsvård att patient och läkare är överens om innehållet i vården. Öppen tvångsvård förutsätter således att patienten uppfyller även autenticitetsrekvisiten genom att denne i stora delar samtycker till vården. Men eftersom syftet med tvångsvården är att återupprätta just den autentiska viljan

genom att patienten blir i stånd att frivilligt ta emot vård är autonomikraven för öppen tvångsvård uppfyllda samtidigt som autonomikraven för vårdens upphörande också är uppfyllda.

Avslutningsvis är det viktigt att påpeka att när godhetsprincipen ges företräde framför autonomiprincipen eller när autonomi inskränks vid ett tillfälle för att öka den vid ett annat, så förutsätter det att inskränkningen av autonomi faktiskt ger något gott eller mer autonomi i framtiden, som väger tyngre än inskränkningen av patientens autonomi idag. För att detta ska inträffa måste tvångsvården i någon bemärkelse faktiskt fungera. I dagsläget finns inget vetenskapligt stöd för att öppen psykiatrisk tvångsvård fungerar. Mot bakgrund av denna kunskap är det svårt att se vilket mervärde som väger tyngre än patientens autonomi. Ur ett medicinsk-etiskt perspektiv är det helt enkelt inte etiskt försvarbart att tvinga patienter till något som inte fungerar.

7. Diskussion och slutsatser

Syftet med den här avhandlingen har varit att analysera öppen psykiatrisk tvångsvård som social och normativ praktik i olika kontexter i det svenska välfärdssystemet. Avhandlingens första fyra frågeställningar som handlar om införande, implementering, rättstillämpning och normativa utgångspunkter har besvarats genom avhandlingens delstudier. Den femte frågeställningen, som handlar om hur öppen psykiatrisk tvångsvård kan förstås ur ett styrnings-, ett historiskt och ett maktperspektiv besvaras främst i kappan och framför allt i föreliggande kapitel. De tre perspektiven behandlas under var sin rubrik. Slutligen följer en avslutande diskussion.

7.1. Styrning

Politisk styrning av hälso- och sjukvården kompliceras av en rad omständigheter. Verksamhetens komplexitet, skilda beslutsnivåer, flera olika konkurrerande logiker och läkarprofessionens starka ställning är sådana faktorer (Berlin & Kastberg, 2011; Hasselbladh & Bejerot, 2017). När det gäller den psykiatriska tvångsvården tillkommer ytterligare omständigheter. Tvångsvårdens karaktär bidrar till en minskad transparens i verksamheten och de som vårdas med tvång är en stigmatiserad grupp med små möjligheter att påverka på policynivå. Professionens makt över den psykiatriska vården har traditionellt varit mycket stark, vilket man från politiskt håll försökt hantera på olika sätt. Ökad transparens och stärkt rättssäkerhet för patienterna har använts som strategier för att begränsa denna makt (jmf Blomgren, 2007). Ett exempel på detta är valet av begreppet "allvarlig psykisk störning" i LPT för att komma bort från ett rent medicinskt sjukdomsbegrepp, ett annat är införandet av rättslig prövning och offentligt biträde (Grönwall & Holgersson, 2014). Under senare tid har till exempel skyldigheten att rapportera tvångsvårdstillfällen till patientregistret har stärkts (Socialstyrelsen, n.d. a) som ett sätt att öka insyn, kontroll och uppföljning. När öppen psykiatrisk tvångsvård infördes beskrev lagstiftaren en lång rad motiv till den nya tvångsvårdsformen. Två av dessa berör områden där staten tidigare försökt styra utvecklingen i en viss riktning utan att lyckas. Dels gäller det syftet att ersätta den gamla praxisen med långa permissioner och dels att genom kravet på samordnad vårdplan öka samverkan mellan psykiatri och socialtjänst (Prop. 2007/08:70).

7.1.1. Istället för långa permissioner

Olika sätt att reglera tvångsvård utanför institutionerna har prövats de senaste decennierna. Försöksutskrivningarna i LSPV blev till permission till vårdtidens slut i LPT och år 2000 infördes istället en ettårsgräns för långa permissioner som endast tilläts för visst tillfälle eller vissa återkommande tillfällen. Permissionerna

hade då använts på ett sätt som lagstiftaren ansåg stå i strid med lagens krav på oundgängligt behov av heldygnsvård. När de nya bestämmelserna följdes upp visade det sig att permissionerna tvärtemot lagstiftarens intentioner ökat kraftigt (Socialstyrelsen, 2002). Trots formell och detaljerad regelstyrning har staten alltså lyckats dåligt med att styra användandet av permissioner inom den psykiatriska tvångsvården. Som Moos (2009) påpekar är hårda styrmedel visserligen formellt tvingande men påverkar inte nödvändigtvis värderingar eller kulturer. I det här fallet har den juridiska styrningen inte heller åtföljts av varken sanktioner eller incitament vilket gör att man i princip skulle kunna tala om mjuk juridisk styrning (jmf Maycraft Kall, 2010). Permission från psykiatrisk tvångsvård verkar vara ett område där byråkratiska och professionella logiker stått i konflikt med varandra. Kanske har det att göra med permissionernas ställning som gränfenomen. Det är inte "riktig" tvångsvård, så som vi förknippar den med spatiala begränsningar i form av institutionens väggar, men inte heller frihet.

Psykiatrins verksamhet är vad Maycraft Kall (2010) kallar en politisk "het potatis" där brukare porträtteras antingen som "policy victims" som svikits eller utsatts av staten eller som "policy risks", vilka begår allvarliga våldsdåd (se exempelvis Magnusson, 2010). Politiseringen av psykiatrin gör området extra känsligt för svängningar i den allmänna uppfattningen om vad psykiatrin bör göra. Politisk styrning av psykiatrin påverkas kanske därför i högre grad än andra områden av den allmänna opinionen. I avhandlingens första artikel diskuterar vi hur händelserna som inträffade 2003 påverkade införandet av öppen psykiatrisk tvångsvård. Under året inträffade flera våldsdåd där gärningsmannens psykiska hälsa pekades ut som en bakomliggande orsak. Händelserna fick stor medial uppmärksamhet och både psykisk sjukdom som predisponerande för våldsamhet och institutionella faktorer inom psykiatrin lyftes fram (Rasmussen & Höjjer, 2005). Det var mitt i det medieklimatet och mitt i den diskussion om hårdare tag och mer tvång som följde på våldsdåden 2003 som det nygamla förslaget om öppen tvångsvård presenterades och Nationell psykiatrisamordning fick sitt uppdrag. Det är inte orimligt att anta att våldsdåden och medias fokus på farlighet och våld bidrog till att lagstiftning kring tvång i öppenvården åter aktualiserades. Några år tidigare hade regeringen valt att inte gå vidare med det första förslaget om tvång i öppenvård eftersom förslaget mötte kritik och på grund av att det inte ansågs vara förenligt med den allmänna inriktningen mot mindre tvångsvård. År 2008 röstades i princip samma förslag igenom för att träda i kraft bara några månader senare. Då man tidigare försökt styra praktiken mot kortare permissioner valde man nu istället att utöka möjligheten till tvång utanför institutionerna. Det innebar också att man delvis formaliserade en praxis som redan existerade, istället för att försöka styra bort från den. Det är intressant att de olika sätten att förhålla sig till tvång utanför institution delvis motiverades på samma sätt från politiskt håll. Ambitionen att förkorta permissionerna

formulerades som en del i inriktningen mot minskat användande av tvångsvård eftersom patienterna då skulle skrivas ut istället, medan öppen tvångsvård förväntades minska tvångsvården eftersom patienterna då skulle kunna vistas utanför sjukhuset under pågående tvångsvård.

Det framstår som något paradoxalt att en praxis som tidigare kritiserats kraftigt formaliserades. Det verkar också som att öppen tvångsvård i princip tillämpas på samma sätt som de gamla permissionsreglerna (Socialstyrelsen, 2009a, 2010a). Om styrning av användandet av långa permissioner betraktas som en kamp om kontroll mellan olika logiker (jmf Hallin & Siverbo, 2011) kan detta snarast tolkas som att läkarprofessionen vann kampen. Läkarna var, som grupp, positiva till införandet av öppen tvångsvård och i den politiska diskussionen användes detta som ett argument för den nya tvångsvårdsformen. Klinisk erfarenhet och läkares åsikter ersatte också vetenskapligt stöd i debatten. Läkarprofessionens inflytande redan i policyformuleringsfasen är alltså tydligt. Samtidigt lyckas man från politiskt håll att lansera förändringarna och passa in lagstiftningen i den rådande politiska hållningen genom att framställa den nya lagstiftningen som ett sätt att minska tvångsvård, trots att det innebär att tvångsvården utökas till nya grupper. På så vis kunde man både anpassa utformningen av policyn till den professionella logiken och möta politiska krav.

Lagstiftaren menade att ökad rättssäkerhet var en viktig anledning till att formalisera den tidigare praxisen med långa permissioner. Detta genom att domstolsprövning för överföring till öppen tvångsvård infördes och genom att låta besluten om de särskilda villkoren tas av rätten (Prop. 2007/08:70). Utifrån ett styrningsperspektiv handlar det alltså om att låta överprövning i domstolen fungera som motvikt till professionens handlingsutrymme. Detta är en logisk styrstrategi utifrån de institutionella arrangemang som redan finns på plats (jmf Brodtkin, 2010). Domstolsprövningar för slutna tvångsvård är obligatoriska och det finns regler och rutiner på plats för sådan rättslig prövning.

I delstudie tre visar vi dock att det i praktiken sällan är frågan om någon egentlig prövning av ansökningarna. I över 99 % av alla mål rörande öppen tvångsvård går rätten på behandlande läkares linje och sällan förklaras varför patientens uppgifter inte tillmätts samma vikt som läkares. I 41 % av alla prövningar delegerar rätten dessutom beslutanderätten över de särskilda villkoren till läkaren. I många fall verkar rätten göra detta rutinmässigt, utan att läkaren bett om det. Detta betyder att makten att bestämma över vad patienten faktiskt inte får eller måste göra, som med den nya tvångsvårdsformen skulle ligga hos domstolen, delvis återförs till läkaren. Exemplet öppen psykiatrisk tvångsvård bekräftar att det är allt för förenklat att se politisk styrning som något som automatiskt inskränker professionernas självbestämmande. Styrningen påverkar professionerna på ett betydligt mer komplext och mångtydigt sätt än så.

Empiriskt finns det gott om exempel på hur de professionella ”desarmerar” styrmedel så att de i praktiken får liten inverkan på det vardagliga arbetet (Sveriges kommuner och landsting, 2017). Även om beslutet om öppen psykiatrisk tvångsvård och de särskilda villkoren formellt tas av domstolen så ligger beslutanderätten i praktiken hos läkarprofessionen. Resultaten är i sig kanske inte särskilt förvånande, att effekterna av styrning är svåra att förutsäga är ingen nyhet. Utfallet av en policy beror ofta på hur policyn anpassas i den specifika lokala kontexten (Matland, 1995) och idén att styrkedjan skulle fungera obruten kan betraktas som teoretiskt naiv (Sveriges kommuner och landsting, 2017). Verksamhetens karaktär gör det också svårt att styra genom allt för detaljerad reglering (jmf Berlin & Kastberg, 2011; Statskontoret, 2016), det måste finnas en flexibilitet och en möjlighet att överlämna beslutanderätten till läkaren i vissa fall. Öppen psykiatrisk tvångsvård framstår alltså som ett tydligt exempel på att det som händer med en policy på mikronivå i allra högsta grad påverkar individen.

Att resultatet är väntat betyder däremot inte att det är acceptabelt. När man diskuterar implementering i förhållande till öppen psykiatrisk tvångsvård bör man ha i åtanke att det inte är vilken policy som helst. Det är frågan om ett tvångsingripande från statens sida. Tvångsvård är att praktisera den yttersta makten staten har över en enskild – att beröva denne friheten. Här kan professionellas krav på handlingsutrymme aldrig ges samma moraliska tyngd som demokratiskt beslutade lagar (jmf Matland, 1995). Politisk styrning är en produkt av demokratin. Det ”demokratins svarta hål” (Rothstein, 2014) som uppstår när enskilda läkare, jurister eller domstolar inte tillämpar lagstiftningen i enlighet med lagstiftarens intentioner är mycket allvarligt när det rör sig om ett så ingripande beslut som tvångsvård. Situationen för personer som är aktuella för öppen psykiatrisk tvångsvård är ytterst rättsosäker. För att ett så integritetskränkande samhälleligt ingripande som tvångsvård ska vara legitimt måste detta botten i demokratiska beslut. I förlängningen resulterar detta annars i ett legitimitetsproblem för den psykiatriska vården, för den juridiska processen och ytterst för hela välfärdssystemet.

7.1.2. Öka samverkan

Den politiska styrningen mot ökad samverkan hade fram till införandet av öppen psykiatrisk tvångsvård huvudsakligen skett genom icke tvingande styrning som information, upplysning, positiva finansiella incitament och icke tvingande regleringar för att underlätta samverkan. Olika samverkansprojekt, försöksverksamheter och undanröjande av rättsliga hinder för samverkan hade provats. Många av verksamheterna ledde visserligen till att samverkan ökade, men endast så länge projektet eller verksamheten pågick. Problemet med bristande samverkan har således varit påtagligt de senaste decennierna. För

psykiatrins målgrupp är bristen på samverkan ett allvarligt hinder för god vård och service eftersom behovet av samverkan ofta är stort. Psykisk funktionsnedsättning påverkar många delar av en individs liv och behoven kan göra att individen kommer i kontakt med en lång rad välfärdsaktörer som till exempel sjukvård, socialtjänst, arbetsförmedling och försäkringskassa. Ofta är individens behov bestående över lång tid och stödet består av både service och transfereringar (Goodwin, 1997; Lurie, 2005; Melke, 2010; Wahlbeck & Taipale, 2006).

De gamla mentalsjukhusen representerade en extrem form av centralisering. De intagna arbetade, åt, fick vård och sov på samma ställe. En spatial separation av dessa funktioner har varit en nödvändighet för normaliserade livsvillkor (Tideman, 2000; Tøssebro et al., 2012; SOU 2000:114). Samtidigt som decentraliseringen av vård- och stödsystemet har skapat möjligheter för demokratisering, normaliserade livsvillkor och ökad autonomi har det också skapat nya problem (Leff & Warner, 2006). Som Berlin & Kastberg (2011) påpekar löser en viss styrmodell ofta vissa typer av problem, men samtidigt skapas nya. Decentraliseringen av ansvar och finansiering för målgruppen har lett fram till ökad specialisering, fragmentisering och friktion. Framväxten av nya organisationer, verksamheter och yrkesgrupper gör att det finns flera insatser att samordna samtidigt som gränsdragningar för ansvar blivit allt snävare. Samtidigt som förtydligande av ansvarsfördelningen för olika grupper varit ett av syftena med de reformer som genomförts inom psykiatrifältet så har detta också ökat behovet av samverkan på både individnivå och strukturell nivå. Bristande samverkan och samordning av insatser verkar vara ett pris som grupper med sammansatta behov får betala för att ”leva som andra”.

Öppen psykiatrisk tvångsvård är en motsägelsefull konstruktion, som jag har visat i avhandlingens fjärde delstudie. Något som sannolikt också bidragit till otydligheterna kring tvångsvårdsformen är att den inte är förenad med något tvång och att återintagning inte kan ske som sanktion för att patienten inte följer villkoren. Sammantaget bidrog dessa faktorer, tillsammans med de faktorer som präglar hälso- och sjukvården som exempelvis verksamhetens komplexitet, läkarprofessionens starka ställning och de implementerande organisationernas omfattande självstyre, till att det inför introduktionen framstod som en relativt öppen fråga vilka effekterna av den nya lagstiftningen skulle bli. Analysen av implementationsprocessen i kommun och landsting i delstudie två visar dock att lagstiftningens viktigaste praktiska effekt i kommun och landsting är att den främjat samverkan mellan vårdgivarna. Hur är det möjligt att öppen psykiatrisk tvångsvård framstår som en pedagogisk reform för vårdgivare för att främja samverkan, snarare än en tvångsvårdslagstiftning? Vid införandet av öppen psykiatrisk tvångsvård användes flera olika styrmedel, vilket gör det svårt att veta vilka enskilda styrmedel som egentligen gett effekt. Under 2007 och 2008

delades sammanlagt 220 miljoner kronor ut i riktade statsbidrag för att förbereda införandet av den nya tvångsvårdsformen (Socialstyrelsen, 2009a). Inför implementeringen arrangerade Socialstyrelsen lokala konferenser och seminarier och publicerade riktlinjer. Tillämpningen av öppen tvångsvård styrs också av Socialstyrelsens handbok och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård. Det paket av styrmedel som varit aktuella innefattar således såväl juridiska som pedagogiska och ekonomiska styrmedel. Det har varit såväl tidsbegränsade som mer permanenta styrformer. Vissa har varit helt frivilliga, andra mer tvingande. Men en förklaringsfaktor till detta fokus på samverkan sticker ut i analysen i delstudie två: det var *en* del i den nya lagstiftningen som inte var förhandlingsbar – den samordnade vårdplanen. Detta kan tolkas som ett mycket tydligt ställningstagande från lagstiftarens sida vilket satte villkoren för hela implementeringsprocessen. Om staten genom tidigare styrningsförsök erbjudit tillfällen och former för samverkan valde man nu att styra genom reglering. Genom kravet på samordnad vårdplan i ansökan till rätten har lagstiftaren dessutom byggt in en kontrollmekanism för att försäkra sig om att syftet uppnås. Samtidigt går det knappast att tala om öppen psykiatrisk tvångsvård som tvingande styrning för att uppnå samverkan. Som Maycraft Kall (2010) skriver så är det möjligt att finna fall av både hård och mjuk styrning även inom kategorin juridiska styrmedel. Kravet på samordnad vårdplanering är visserligen obligatoriskt vid ansökan om öppen tvångsvård men att använda tvångsvård är inte obligatoriskt. Givet att läkarna alltid använt tvång i öppenvården på något sätt var det däremot sannolikt att de även skulle använda den nya tvångsvårdsformen och därmed tvingas samverka.

Ur ett styrningsperspektiv är det unika med öppen psykiatrisk tvångsvård att man infört en tvångsvårdslagstiftning med det uttalade syftet att förbättra samarbetet mellan kommun och landsting på ett område som annars styrs av ramlagar. Samtidigt kan öppen psykiatrisk tvångsvård också ses som en del i en mer generell utveckling av detaljstyrning av hälso- och sjukvården där både detaljnivå och antalet paragrafer i HSL ökar (SOU 2011:65). Vid införandet av öppen tvångsvård hade paketeringen av styrningen sannolikt effekt för hur den kom att uppfattas. Som Pierre (2014) beskriver är begreppet decentralisering ett tydligt positivt laddat begrepp som man i den politiska debatten undviker att positionera sig emot. I fallet med öppen psykiatrisk tvångsvård betonades rättssäkerhet och patientens behov som motiv för den detaljerade regleringen av samverkan mellan kommun och landsting. Dessutom är samverkan i sig något som uppfattas som positivt. Vidare presenterades lagförslaget tillsammans med ett brett spektrum av åtgärder för psykiatri, som boendelösningar, rehabilitering, brukarinflytande och insatser till barn och ungdomar (SOU 2006:100).

7.2. I ett historiskt perspektiv

Historien har i förhållande till personer med olika former av funktionsnedsättningar präglats av speciallösningar och särskiljande. Fysiskt särskiljande och konkreta spatiala hinder har upprätthållit gränsen mellan de avvikande, de innanför murarna, och de andra. De senaste decennierna har man i Sverige, liksom i övriga västvärlden, undan för undan avvecklat de stora mentalsjukhusen och målet har varit att komma bort från kontroll och institutionsvård, mot samhällsbaserade vårdformer som skulle öka friheten och leda till ökad integrering för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Den psykiatriska tvångsvården utgör inget undantag från denna generella utveckling på fältet (Edgley, Stickley & Masterson, 2006). Den samhällsbaserade vården har redan övertagit flera av den totala institutionens funktioner – numera erbjuds både boende och arbete under normaliserade villkor i samhället. Med införandet av öppen psykiatrisk tvångsvård har även tvånget för första gången formaliserats utanför institutionen, ute i samhället. En slutsats som man kan dra av detta är att öppen psykiatrisk tvångsvård i sammanhanget kan tolkas som en del i en pågående avinstitutionaliseringsprocess. Införandet av öppen psykiatrisk tvångsvård motiverades delvis av just en integrerings- och normaliseringssträvan och kopplades till politiska och ideologiska motiv som handlade om den enskildes rättigheter, självbestämmande och möjlighet att leva ute i samhället. Detta alltså trots att samma lagstiftning några år tidigare kritiserats och tolkats som oförenlig med utvecklingen mot mindre tvångsvård.

Att tolka öppen psykiatrisk tvångsvård som en del i en avinstitutionaliseringsprocess är dock problematiskt ur flera aspekter. Det är tveksamt om inskränkt frihet kan användas som medel för att nå mål som handlar om full delaktighet, integrering och normalisering. Risker när förutsättningarna för integrering och normalisering bestäms av andra än den det berör är att vad som helst kan motiveras utifrån sådana principer (jmf Meeuwisse, 1997). Redan framväxten av anstaltsvård för olika grupper under 1800- och 1900-talen i Sverige kan tolkas i termer av en normaliseringssträvan. Genom isolering, fostran och moralisk påverkan som ”behandling” skulle de avvikande återuppfostras i önskvärd riktning (Eivergård, 2003; Grönwall & Holgersson, 2014; Palm & Stenius, 2002). Utbyggnaden av institutionerna motiveras alltså på samma sätt som nedmonteringen av de samma, långt senare (Bengtsson, 2004; Förhammar & Nelson, 2004). Utifrån en bredare definition av avinstitutionalisering, som inte avser endast stängningen av de stora institutionerna utan även den samtidiga uppbyggnaden av alternativa vårdformer i samhället samt en ny ideologisk grundinställning, kan öppen psykiatrisk tvångsvård knappast ses som en del i en sådan process (Markström 2003; Topor, Andersson, Bülow, Stefansson & Denhov, 2016). Utökad tvångsvård är svårt att passa in i ett

avinstitutionaliseringens begrepp som innefattar både en rent spatial dimension och förändrade sociala roller och praktiker (Bachrach, 1976; Meuwisse, 1997).

Vissa forskare menar att diskussionen om avinstitutionalisering i allt för hög utsträckning fokuserat den fysiska placeringen av vården, i stället för att uppmärksamma frågor om vårdens egentliga innehåll (Fakhoury & Priebe, 2002). På samma sätt som samhällsbaserad vård i praktiken ofta endast kommit att betyda vård som ges på andra ställen än på sjukhus (Rogers & Pilgrim, 2007), så är det kanske främst frånvaron av sjukhuset som definierar tvångsvård i öppenvård. Öppen tvångsvård bestäms i lagen utifrån sin position i förhållande till den slutna tvångsvården och som sådan är den främst "något annat". "Vård som ges när patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning benämns slutna psykiatrisk tvångsvård. Annan vård enligt denna lag benämns öppen psykiatrisk tvångsvård" (2 § LPT). En av utgångspunkterna i lagens förarbeten verkar vara att individer förväntas vinna något redan genom att befinna sig i samhället framför att vara intagen på en institution (jmf Goodwin 1993). Men även om tvångsvården sker utanför sjukhus så har dock de särskilda villkoren ofta en spatial dimension, som vi visar i delstudie tre, genom att patientens möjlighet att röra sig var och när de vill har begränsats. Och öppen tvångsvård är visserligen tvång utanför sjukhus, men det är fortfarande tvångsvård. Sammantaget gör detta att det är svårt att tolka införandet av öppen psykiatrisk tvångsvård som ett framsteg ur ett avinstitutionaliseringssperspektiv. Kanske skulle man, som Priebe (2003), rent av kunna tala om återinstitutionalisering.

Även om öppen tvångsvård inte kan förstås som avinstitutionalisering kan det kanske ses som en konsekvens av det. Brophy och McDermott (2003) menar att införandet av öppen tvångsvård internationellt är driven lika mycket av ekonomiska faktorer som ideologiska, det handlar till exempel om brist på sängplatser inom slutenvårdspsykiatrin. Man skulle också kunna tänka sig att öppen psykiatrisk tvångsvård är en konsekvens av att den psykiatriska vården nu möter en ny generation brukare. Dessa har inte levt stora delar av livet på institution och blivit institutionaliserade till passivitet. Detta är grupper som innebär nya utmaningar för policymakare och kliniker (jmf Lamb & Bachrach, 2001).

Men samtidigt: Tvång utanför institution har ju funnits på olika sätt långt före införandet av den nya lagstiftningen. Öppen psykiatrisk tvångsvård formaliserade i praktiken bara en redan existerande praxis och gjorde den mer rättssäker. Tvångsvårdsformen verkar också användas ungefär som de tidigare permissionsbestämmelserna (Kjellin och Pelto-Piri, 2014; Socialstyrelsen, 2009a), vilket var i enlighet med lagstiftarens avsikt (Socialstyrelsen, 2010b). Det är även så, som jag beskrivit i delstudie fyra, att öppen tvångsvård i förhållande till tidigare långa permissioner i praktiken skulle kunna sägas vara en mindre

ingripande åtgärd. Intervjuerna med anställda inom den kommunala socialpsykiatri i delstudie två visar att den nya tvångsvårdsformen inte heller ger någon direkt kvalitativ skillnad för patienterna i vardagen. De behandlas som dem som vårdas frivilligt och inga nya boenden eller verksamheter skapades för målgruppen. Öppen psykiatrisk tvångsvård innebär således visserligen att en sÄrlösning skapas under normaliseringens flagg. Å andra sidan verkar det inte i praktiken innebÄra någon större skillnad mot tidigare. O'Reilly (2004) uppmärksammar diskussionen om de nya etiska dilemman som uppstår under tvång i öppenvården och skriver att "it is interesting to note that, for most of the 20th century, society fretted about the difficulties in monitoring what was happening 'behind the walls' of large institutions". Introduktionen av olika former av tvång i öppenvården internationellt borde, enligt författaren, ses som framsteg eftersom transparensen i tvångsvården ökar. Den fysiska placeringen av tvångsvården utanför institutionen är med ett sådant resonemang alltså något positivt i sig, oavsett tvångsvårdens innehåll. Vidare skulle man kunna tänka sig att öppen tvångsvård också innebär andra möjligheter att i framtiden utveckla ett nytt kvalitativt innehåll och att individer i högre grad exponeras för samhällsbaserat stöd.

7.3. Makt

Mot bakgrund av att de patienter som vårdas med tvång i öppenvården i princip är samma grupp som tidigare befann sig på långa permissioner (Socialstyrelsen, 2010b), att domstolsprövningen i praktiken inte fungerar som någon prövning och att beslutanderätten över villkoren ofta överlämnas till chefsöverläkaren kan man fråga sig om något egentligen förändrats i förhållande till tidigare praxis, om man bortser från den juridiska regleringen. Med utgångspunkt i maktens utövande, snarare än en formell föreställning om makten är det rimligt att ifrågasätta om öppen psykiatrisk tvångsvård verkligen är en ny form av kontrollpraktik? Och hur ser denna kontrollpraktik egentligen ut?

Enligt lagstiftaren är det i praktiken en förutsättning för öppen tvångsvård att patienten på något sätt medverkar till tvångsvården (Prop. 2007/08:70). Enligt de domar som studeras i delstudie tre samtycker faktiskt också en stor del av patienterna till tvångsvården. I analysen i artikel tre diskuterar vi också om detta är ett tecken på att patienterna har internaliserat det beteende som vårdgivare önskar se. På något sätt verkar villkoren fungera styrande och kontrollerande även om de formellt inte kan genomföras med tvång. Ett sätt att förstå detta är att förstå öppen psykiatrisk tvångsvård som en maktteknik för disciplinering. Disciplinär makt kan beskrivas som internaliserad övervakning (Eivergård, 2003). Syftet är främst att öka individens makt över sig själv, även när det är någon annan som står för den disciplinära maktutövningen (Eivergård, 2003). Målet med den öppna tvångsvården är just att individen ska bli i stånd att frivilligt

ta emot hjälp – att själv vilja det som den disciplinära makten styr mot. Genom styrning av patientens fysiska kropp skapas förutsättning för ”governing of the soul” (Innes, 2007). Öppen tvångsvård skapar, likt panoptikon, en maktrelation. Patienten görs medveten om att hen alltid kan vara övervakad. En panoptisk makt behöver inte använda tvång eller våld, det räcker med att den som är övervakad upplever sig vara sedd och granskad. Därmed kommer hen att själv reglera sitt eget beteende (Foucault, 2009). För en patient på öppen tvångsvård flyttar den övervakande makten ut från den psykiatriska avdelningen. För den panoptiska maktrelationen spelar det ingen roll vem som står för övervakningen eller ens om det verkligen är någon som ser (Foucault, 2009). Att tvångsvården sker utanför sjukhus betyder att det blir tydligare för patienten vilka personer som upprätthåller kontrollen. Den personal som patienten träffar i sin vardag kan vara sådana som ger frivilliga insatser som beviljats genom SoL eller LSS i patientens hem. Öppen tvångsvård disciplinerar de rum som traditionellt framställts som de icke-disciplinära.

I Sjöströms (2012) intervjuer med personer som vårdades med öppen tvångsvård beskrev intervjupersonerna en allmän obehagskänsla av att leva under tvång. Men författaren skriver också att det är svårt att isolera patienternas allmänna inställning till öppen tvångsvård från ett bredare sammanhang av annan tvångsvård liksom vården och livssituationen i stort. De flesta patienter hade en oklar bild av vilka särskilda villkor som gällde i deras fall. Det fanns också en osäkerhet bland de intervjuade kring vad deras juridiska status egentligen innebar. Några trodde att de skulle bli återintagna om de bröt mot villkoren. De som bodde i särskilt boende uppfattade ibland boendets regler som en del av villkoren för öppen tvångsvård, till exempel att ens partner inte fick sova över eller att man inte fick ha husdjur. Upplevelsen av att känna sig tvingad, men inte vara det ur ett formellt perspektiv, är inte heller unikt för tvång i en öppenvårdskontext. Det samma gäller även många patienter som vårdas inom den slutna tvångsvården. Många saknar kunskap om både juridisk status och rättigheter. Det finns både patienter som vårdas frivilligt inom slutenvården som tror att de vårdas med tvång och tvärt om. Många patienter vårdas frivilligt men är medvetna om att om de inte gick med på vården eller behandlingen skulle den frivilliga vården konverteras till tvångsvård (Sjöström, 2016). Denna skillnad mellan formella rättigheter eller formellt tvång å ena sidan och upplevelsen av övervakning och disciplinering å andra sidan finns alltså även i tydligare tvångsvårdskontexter än den öppna. För att kunna svara på frågan om vilken roll den fysiska kontexten spelar behöver man studera hur makten opererar på en mer vardaglig nivå. Säger till exempel de kontrollerande villkor som vi identifierade i delstudie tre något om hur patienterna upplever kontroll i vardagen? Detta är en fråga för framtida forskning att besvara.

Psykiatrisk tvångsvård är ett ovanligt tydligt exempel på det som Foucault kallar en pastoral maktpraktik, det vill säga makt som fungerar både styrande och hjälpande på samma gång. Den pastorala makten bygger på omsorg om flocken som en plikt som inte går att avsäga sig (Axelsson & Qvarsebo, 2017). Som visats i delstudie fyra framställs den psykiatriska tvångsvården i förarbetena just som en medmänsklig förpliktelse, något som krävs av samhället på grundval av en grundläggande solidaritet människor emellan. I en tvångsvårdssituation är individen samtidigt både subjekt i en kontroldiskurs, föremål för statens maktutövning, och subjekt i en medicinsk diskurs, det vill säga föremål för vård och omsorg (jmf Dean, 2010). Historikern Jenny Björkman (2001) påpekar att god och human vård inte nödvändigtvis ska betraktas som motsats till tvång, kontroll och disciplinering. I två av den här avhandlingens delstudier beskrivs dock hur öppen tvångsvård i förarbetena framställs på ett sätt som kan sägas passa i en medicinsk diskurs, snarare än en kontroldiskurs. Delstudie ett skildrar hur policyprocessen kom att utmynna i en proposition där värden som behandling och rehabilitering står i fokus med målet att minska tvångsvården. Detta är extra tydligt i förhållande till de anglosaxiska länderna i studien där farlighet, samhällsskydd och riskhantering lyfts fram. I analysen i delstudie fyra beskriver jag hur den öppna tvångsvården framför allt motiveras utifrån hur mycket gott detta kan ge patienten i form av till exempel hälsa och livskvalitet.

Det är dock tveksamt om det ens går att frikoppla hjälp från styrning i en psykiatrisk kontext. Den psykiatriska vården är präglad av en lång rad historiska och kulturella praktiker som föregår och formar dagens maktrelationer. Det styrkeförhållande som maktutövningen över patienten vilar på är grundläggande för att förstå psykiatrisk tvångsvård (jmf Axelsson & Qvarsebo, 2017; Sköldberg, 2014). Poängen med det pastorala maktbegreppet är just att dessa två dimensioner inte går att särskilja. Hjälp och kontroll produceras i samma handling. Makt som motiveras av välvilja och utifrån ett välvilligt syfte är fortfarande maktutövning (Johansson & Svensson, 2006). Utan psykiatrins historia som fond är det omöjligt att förstå hur en tvångsvårdsform som öppen tvångsvård som rent juridiskt innebär att tvångsvården utökas till att gälla flera grupper, kan framställas som ett medel för normalisering och full delaktighet. Som beskrivs i delstudie ett var också den medicinska professionens ställning och allmänhetens stigmatiserande attityder gentemot personer med psykisk funktionsnedsättning förutsättningar för att öppen tvångsvård infördes i de undersökta länderna. Det betyder att begrepp som rehabilitering, hälsa och livskvalitet i det här sammanhanget inte nödvändigtvis materialiseras som något som patienten själv skulle klassa som hjälp, eller ens skulle vilja ha om det inte var ett villkor för den öppna tvångsvården. Som visats i delstudie tre fungerar även särskilda villkor av behandlande eller terapeutisk karaktär kontrollerande. När vi analyserade de särskilda villkoren fann vi till exempel att villkor om

medicinering i allra högsta grad har potential att innebära både fysisk, spatial och temporal kontroll av patienten.

Trots att en helt ny tvångsvårdsform införts är kanske skillnaden i praktiken alltså inte så särskilt stor. Samtidigt bör inte betydelsen av den formella maktens former förminska. Tvångsvård är alltid ett stort ingrepp i en människas liv och integritet och vi bör tala om det i termer av vad det är – tvångsvård. För vad händer till exempel med rättssäkerhetsaspekter när de professionella främst pratar om öppen tvångsvård som något som ökar samverkan, som i delstudie två? När öppen tvångsvård i förarbetena främst beskrivs utifrån en medicinsk diskurs är det rimligt att anta att detta får konsekvenser för synen på tvång, och kanske i förlängningen bidrar till en generell ökning av tvångsvårdsanvändning för att man inte blir lika angelägen om att hitta lösningar som bygger på frivillighet. Avslutningsvis kan man alltså säga att vård och kontroll i den pastoraliska maktutövningen är så sammanflätade att de i praktiken inte går att skilja åt, samtidigt som det både analytiskt och etiskt är viktigt att hålla isär dem.

7.4. Avslutning

7.4.1. Patienterna

I den här avhandlingen har jag studerat införandet av en ny policy i det svenska välfärdssystemet. Från införande och lagstiftning till implementering och rättstillämpning. Det perspektiv på öppen psykiatrisk tvångsvård som helt uppenbart saknas i avhandlingen är patienternas. Eftersom det går utanför syftet har patienterna inte fått komma till tals, men avslutningsvis vill jag ändå göra ett försök att resonera kring vad öppen psykiatrisk tvångsvård betyder för dem som döms till tvångsvårdsformen.

Till att börja med bör det påpekas att det idag i en svensk kontext finns en stor kunskapslucka avseende hur öppen tvångsvård påverkar patienterna. Det behövs fler studier kring hur patienter upplever öppen tvångsvård, om patienterna blir hjälpta och vad det i så fall är som är verksamt i tvångsvårdsformen. Det allra mest grundläggande rättfärdigandet av tvångsvård bygger på att det fungerar. Alltså att tvångsvård ger ett bättre utfall än om man inte använt tvång (Høyer et al., 2002). Vem eller vad det ska fungera för skiljer sig däremot åt. Tvångsvårdslagstiftning måste ofta balansera tre ibland konkurrerande intressen: mänskliga rättigheter och vårdbehov för den enskilde individen, men också samhällsskydd (Anfang & Appelbaum, 2006; Salize, Dreßing & Peitz, 2002; Wolff, 2002). Olika jurisdiktioner har utformat tvångsvårdsregleringar utifrån olika avvägningar mellan dessa intressen. I Sverige motiveras tvångsvård primärt av vårdbehov. Att patienterna faktiskt blir bättre av öppen tvångsvård, eller att

det förebygger försämring, är därför helt grundläggande för att kunna motivera tvångsvårdsformen.

Vad denna betoning på patientens behov av vård betyder för den enskilde patienten är dock oklart. Internationellt är tvångsvård av personer som bedöms som farliga relativt okontroversiellt. Däremot råder oenighet om tvång av icke-farliga individer är etiskt försvarbart (Diseth & Høglend, 2014; Wynn, 2006; Zinkler & Priebe, 2002). Det finns inom EU en trend att ersätta vårdbehovskriterier med farlighetskriterier. Bland EU-länderna är det bara tre länder (Sverige, Italien och Spanien) som inte har ett obligatoriskt farlighetskriterium. I USA har en betoning på farlighet setts som ett sätt att minska den totala tvångsvården. Men det finns också forskning som talar för att kriterierna i lagstiftningen inte har så stor betydelse för vilka patienter som i praktiken tvångsvårdas (Anfang & Appelbaum, 2006; Dreßing & Salize, 2004; Fistein, Holland, Clare & Gunn, 2009; Large, Ryan, Nielssen & Hayes, 2008). När det gäller öppen tvångsvård verkar det finnas en samsyn inom vården kring vilka patienter som bör ges öppen tvångsvård (Burns & Dawson, 2009) och den typiske patienten som vårdas med tvång i öppenvården ser relativt lika ut i olika jurisdiktioner (Churchill et al., 2007). Detta tyder på att det är andra faktorer, som ekonomiska, administrativa, kulturella, sociala och medicinska, som är viktigare än de faktiska kriterierna (Høyer, 2000; Salize, Dreßing & Peitz, 2002). En slutsats man kan dra är att det krävs mer av ”mjuka” styrmedel som utbildning och information (jmf Moos, 2009) för att förändra värderingar och attityder och därmed nå en djupare vårdideologisk förändring.

Ett av de syften som motiverade införandet av öppen tvångsvård var att rättssäkerheten för patienterna skulle öka. Den här avhandlingen visar dock att det finns stora rättssäkerhetsbrister för just dessa patienter. Det är nästan omöjligt för patienten att få rätt i domstolen, rätten ger i många fall slentrianmässigt läkaren rätt att bestämma över de särskilda villkoren som dessutom många gånger är godtyckliga. Rättssäkerhet är alltid viktigt, men särskilt centralt är det i det asymmetriska maktförhållande som offentlig maktutövning över en enskild individ utgör (Gustafsson, 2010; Staaf, 2005) och i förhållande till det stora ingrepp i individens integritet som tvångsvård innebär.

Något som däremot verkar förbättras för patienter under öppen tvångsvård är samverkan mellan vårdgivarna. Om detta är den huvudsakliga effekten av införandet av öppen tvångsvård infinner sig dock en rad etiska frågor: Är det ett rimligt pris som patienterna får betala? Skulle man kunna nå samma resultat utan tvångsvård? Utifrån ett ekonomiskt perspektiv kan man också fråga sig om det var värt pengarna? Socialstyrelsen förmedlade under åren 2007-2010 sammanlagt 520 miljoner kronor i statsbidrag till kommunerna för att stimulera

dem att förbättra sina sociala insatser för de personer som vårdas i öppen tvångsvård (Socialstyrelsen, 2011). Vad har patienterna fått för den summan?

7.4.2. Framtiden

Trots att det i lagstiftningsprocessen konstaterades att det inte fanns något vetenskapligt stöd för att öppen psykiatrisk tvångsvård fungerade valde riksdagen ändå att införa tvångsvårdsformen. Från statligt håll har det inte heller tagits några initiativ för att utvärdera effektiviteten i efterhand. Sedan 2008 har det däremot tillkommit internationell forskning som visar att patienter i öppen tvångsvård varken har lägre återintagningsfrekvens, spenderar mindre tid i slutenvård, nyttjar öppenvården mer eller upplever sig må bättre. Med sådana resultat borde öppen tvångsvård vara starkt ifrågasatt. Det finns dock inga tecken på något sådant i Sverige och frågan har varken lyfts av vårdprofessioner eller från politiskt håll. Snarare kan vi kanske förvänta oss en utveckling i motsatt riktning. Psykiatrilagsutredningen föreslog i sitt betänkande (SOU 2012:17) en rad ändringar i förhållande till öppen tvångsvård. Bland annat att införa möjligheter att vidta vissa åtgärder med tvång, att öppen tvångsvård inte nödvändigtvis behöver föregås av sluten tvångsvård samt att chefsöverläkaren utan domstolsprövning ska kunna fatta beslut om övergång från sluten till öppen tvångsvård. Regeringen har visserligen valt att inte gå vidare med förslagen men de ger kanske en fingervisning om var vi är på väg. Dessutom är processen bekant. Det fanns ett motstånd på policynivå även mot att utöka tvångsvården när det första förslaget om öppen tvångsvård lades, men detta hade ändrats några år senare. Det finns alltså det som talar för att vi snarare går mot en utveckling där tvångsbefogenheterna ökar, än tvärt om.

7.4.3. En motsägelsefull tvångsvårdsform

Efter att jag under ett antal år har studerat, pratat om, läst om och analyserat öppen psykiatrisk tvångsvård är det kanske motsägelsefullheterna som framträder tydligast. Öppen tvångsvård ses å ena sidan som mindre tvång eftersom patienterna vårdas utanför sjukhus. Å andra sidan innebär öppen tvångsvård mer tvång eftersom tvånget utökas till nya grupper. Vidare kan öppen tvångsvård å ena sidan ses som ett sätt att utöva politisk styrning över läkarprofessionen. Å andra sidan anpassar lagstiftaren regleringarna efter en läkarpraxis som tidigare kritiserats. Dessutom kan man hävda att läkarprofessionen ändå i praktiken har makten, genom att det sällan är frågan om någon egentlig prövning i rätten samt att beslutanderätten över villkoren ofta delegeras. Det handlar också om att å ena sidan kan öppen tvångsvård ses som en naturlig del i en avinstitutionaliseringprocess där tvånget formellt flyttas utanför institutionen. Å andra sidan verkar det endast innebära en spatial förflyttning av tvånget utan någon egentlig ideologisk eller idémässig förändring. Självständighet och autonomi som normativt ideal är mycket starkt inom

funktionshinderområdet och på senare tid har också begrepp som brukarinflytande (se till exempel Tait & Lester, 2005) och valfrihet (se till exempel Fjellfeldt, 2017) blivit viktiga inslag. Samtidigt kallar RSMH införandet av öppen tvångsvård för ett brott mot en ”historisk humanistisk trend” (RSMH, 2012) och det totala antalet tvångsvårdade har ökat (Kjellin och Peltö-Piri, 2014). Med öppen psykiatrisk tvångsvård fick vi i Sverige å ena sidan en helt ny tvångsvårdsform. Å andra sidan kan man fråga sig om det bara är samma maktpraktik som innan men med ett nytt namn? Tvångsvård i frihet verkar å ena sidan vara något helt nytt, men å andra sidan bara mer av samma.

8. Författarens tack

Att få möjlighet att vara doktorand har varit en fantastisk möjlighet och en stor förmån och jag har känt mig oerhört lyckligt lottad. Det här med att få betalt för att få gå kurser, lära sig nya saker, diskutera med smarta människor och sitta och fundera, det är inget annat än ett privilegium och det är jag oerhört tacksam för. Tack till institutionen för socialt arbete, Umeå universitet, för att jag fick den här chansen!

Att skriva en avhandling däremot, det har betytt massor med prestationsångest, deadlines och tvivel. Skrivkramp och skrivkamp. Stundtals ensamt och ganska knäckande. Och ändå, små glimtar av stolthet och eufori över tankar och ord som hamnat rätt och processer som till slut lett någon stans. Men jag är väldigt glad över att det är över!

Många långa kvällar vid köksbordet framför datorn. Men å andra sidan många marklyft på dagtid och många resor, lärdomar och skratt. En personlig resa och en klassresa. Att få med sig ett kapital som inte går att mäta i pengar. Att inte känna sig som hemma och samtidigt tycka att en har världens bästa arbetskamrater. Att tänka ”nu skiter jag i det här”. Och sedan skämmas för att en kastar bort ett privilegium. Och nu är det visst klart, tillslut.

Fram till sista året på socionomprogrammet hade jag aldrig haft en tanke på att doktorera, jag tror knappt att jag visste vad det var. Ingen runt mig hade gjort något sådant och plugga var något en gjorde för att kunna få ett jobb och kunna försörja sig. Det var också anledningen till att jag valde just en professionsutbildning som socionomprogrammet. När jag skrev min C-uppsats under utbildningen på Göteborgs universitet hade jag turen att få Annelie Siring och Ulrika Levander som handledare och det var de två som första gången introducerade tanken på att fortsätta inom akademien. Utan att ni hade gjort det och utan att ni peppat mig att söka doktorandtjänst så hade den här avhandlingen aldrig blivit skriven. Tack för det Annelie och Ulrika.

För det där allra mest grundläggande i livet: Mamma och pappa, ni som tror att jag kan göra allt och som alltid är stolta över mig, ni betyder så mycket för mig och jag är tacksam för allt ni har gett mig och som gjort mig till den jag är. Jonna och Anna, mina fina systrar, vilken tur att just ni är mina systrar. Ni finns alltid nära mitt hjärta. Med under hela doktorandresan har också mina svärföräldrar, Irene och Erling, varit. Tack för att ni ställer upp och vaktar barn och hjälper till. Och särskilt tack för barnvaktardagarna då jag hade möjlighet att åka till Oxford.

När flyttlasset gick till Umeå kände vi inte någon och att flytta till en helt ny stad är ganska läskigt. Tack Linda L för att du visade mig Umeå. Om alla vore som du vore världen rätt perfekt.

När jag började på institutionen för socialt arbete fick jag en hel massa nya arbetskamrater och några har under årens lopp också blivit till vänner. Tack Magdalena för alla gemensamma skratt över småbarnslivets härligt bisarra stunder. Tack Veronica för att du är en sådan person som en kan få sitta hos och äta, hulka, gråta och snora när en är som mest gravidillamående. Tack Magnus för resesällskap, träningssällskap och framför allt vänskap. Tack Maria för att det är så lätt att prata om svåra saker med dig. Tack Viktoria för fina samtal på distans. Tack Hanna B-R för samhörighet. Inger, samtalen med dig om viktiga saker har betytt väldigt, väldigt mycket. Tack! Ellinor, ”Better done than perfect” blev den här avhandlingens ledmotiv på slutet av tiden. Tack för inspirationen, för vänskap och för hjälpen med omslaget. Tack Gudrun för din hjälpsamhet när jag började undervisa och hade frågor om allt. Ett särskilt tack till Anna-Lena S och William som är så bra på att lösa en massa praktikaliteter. Tack till klockan elva-lunchgänget, Anna-Lena, Ann-Sofie med flera, för lunchsällskap. Doktorandgänget, både nuvarande och före detta doktorandkollegor, har varit en fast punkt att återkomma till, tack för gemenskapen hörni!

Tack vill jag också säga till Kristin T, för språklig hjälp i den juridiska världen.

Och slutligen världens största tack till er Urban och Stefan. Tack för att ni är så bra på både allvarligheter, uppmuntran och skratt. Ni har den fantastiska förmågan att få mig att känna mig smart och hos er har jag alltid känt att dörren stått öppen, oavsett om jag behövt diskutera avhandlingsarbete, idrottsskador eller livet utanför akademien. Urban, när du ger återkoppling på texter står Fantomen stilla. Det har varit så värdefullt. Tack för att ni båda så generöst delat med er av er klokhet, introducerat mig i era nätverk och för att ni är så bra på att veta när det behövs pepp och när det behövs vila. Ni är så bra!

Allra närmast hjärtat finns såklart de tre viktigaste i världen – Sally, Lotten och Sven. Inte för att ni bidragit särskilt mycket till den här avhandlingen, men för att inget hade varit något alls utan er. Och till sist, Tobias. Min partner och min allra bäst vän. Du är den jag alltid kan luta mig mot och som jag delar allt som är viktigt med. Livet har bjudit oss på både det ena och det andra och jag hade inte velat möta det med någon annan än dig. Jag är evigt tacksam för dig. Förhoppningsvis blir det i framtiden lite mer tid till annat än att skriva avhandling, det ser jag fram emot!

9. Referenser

Anfang, S. & Appelbaum, P. S. (2006). Civil Commitment - The American Experience. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 43(3), 209-18.

Appelbaum, P. S. (2001). Thinking carefully about outpatient commitment. *Psychiatric Services*, 52(3), 347-350.

Atkinson, P. & Coffey, A. (2011). Analysing documentary realities. In D. Silverman (Red.), *Qualitative research: Theory, method and practice*. London: Sage.

Axelsson, T. & Qvarsebo, J. (2017). *Maktens skepnader och effekter. Maktanalys i Foucaults anda*. Lund: Studentlitteratur.

Bachrach, L. L. (1976). *Deinstitutionalization: An analytic review and sociological perspective*. U.S. Department of Health, Education and Welfare.

Banks, L.C., Stroud, J. & Doughty, K. (2015). Community treatment orders: exploring the paradox of personalisation under compulsion. *Health and social care in the community*, 24(6), 181-190.

Bengtsson, S. (2004). Anstaltens utveckling och innebörd. I S. Förhammar & M. C. Nelson (Red.), *Funktionshinder i ett historiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Berlin, J. & Kastberg, G. (2011). *Styrning av hälso- och sjukvård*. Malmö: Liber.

Björkman, J. (2001). *Vård för samhällets bästa: Debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850-1970* (Doktorsavhandling, Uppsala universitet). Stockholm: Carlssons.

Björkman, J. (2011). Vem har rätt till vård och vem ska tvingas? I J. Andersson, J. Björkman & I. Humlesjö (Red.), *Välfärdsstatens skräpvind. Historiska spår i dagens trygghetssystem. Samtidshistoriska studier*. Lund: Studentlitteratur.

Blomgren, M. (2007). The drive for transparency: Organizational field transformation in Swedish healthcare. *Public administration*, 85(1), 67-82.

Blomqvist, P. (2004). The choice revolution: Privatization of Swedish welfare services in the 1990s. *Social Policy & Administration*. 38(2): 139-155.

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

Bringselius, L. (2017). *Tillitsbaserad styrning och ledning. Ett ramverk*. Samtal om tillit i styrning. En rapportserie med bidrag till Tillitsdelegationen. Stockholm: Regeringskansliet.

Brodkin, E. Z. (2010). Policy work: Street-level organizations under new managerialism. *Journal of Public Administration and Research Theory*, 21, 253-277.

Brophy, L., & McDermott, F. (2003). What's driving involuntary treatment in the community? The social, policy, legal and ethical context. *Australasian Psychiatry*, 11(1), 84-88.

Brophy, L. & Ring, D. (2004). The Efficacy of Involuntary Treatment in the Community. Consumer and Service Provider Perspectives. *Social Work in Mental Health*, 2(2-3), 157-174.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Burns, T. & Dawson, J. (2009). Community treatment orders: How ethical without experimental evidence? *Psychological Medicine*, 39(10), 1583-1586.

Burns, T., Rugkåsa, J., Molodynski, A., Dawson, J., Yeeles, K., Vazquez-Montes, M., Voysey, M., Sinclair, J., Priebe, S. (2013). Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 381(9878), 1627-1633.

Canvin, K., Rugkåsa, J., Sinclair, J. & Burns, T. (2014). Patient, psychiatrist and family carer experiences of community treatment orders: Qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(12), 1873-1882.

Centrala etikprövningsnämnden, Datainspektionen, Socialstyrelsen & Statistiska centralbyrån (2013). *Personuppgifter i forskningen – vilka regler gäller?* Tillgänglig: <http://www.datainspektionen.se/lagar-och-regler/personuppgiftslagen/forskning/>

Churchill, R., Owen, G., Singh, S., & Hotopf, M. (2007). *International experiences of using community treatment orders*. UK Department of Health. Tillgänglig: <https://www.bipsolutions.com/docstore/pdf/16188.pdf>

Council of Europe (1997). *Conventions for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*. Oviedo: Council of Europe.

Currier, G. W. (1997). A survey of New Zealand psychiatrists' clinical experience with the Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act of 1992. *New Zealand Medical Journal*, 110(1036), 6-9.

Danermark, B. & Kullberg, C. (1999). *Samverkan – välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.

Datainspektionen (2008). *Säkerhet för personuppgifter. Datainspektionens allmänna råd*. Tillgänglig: <https://www.datainspektionen.se/documents/faktabroschyr-allmannaradsakerhet.pdf>

Dawson, J. (2005). *Community treatment orders: international comparisons*. The Law Foundation, New Zealand.

Dawson, J. (2006). Fault-lines in community treatment order legislation. *International journal of law and psychiatry*, 29(6), 482-494.

Dawson, J. (2007). Factors influencing the rate of use of community treatment orders. *Psychiatry*, 6(2), 42-44.

Dean, M. (2010). *Governmentality. Power and rule in modern society. 2nd edition*. London: Sage.

DeRidder, R., Molodynski, A., Manning, C., McCusker, P. & Rugkåsa, J. (2016). Community treatment orders in the UK 5 years on: a repeat national survey of psychiatrists. *British Psychiatric Bulletin*, 40(3), 119-123.

Dir. 1989:22. *Utredning om service, stöd och vård till psykiskt störda*. 1989-05-11. Stockholm: Socialdepartementet.

Dir. 2003:133. *En nationell psykiatrisamordnare*. 2003-10-23. Stockholm: Socialdepartementet.

Dir. 2008:93. *Översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen*. 2008-07-10. Stockholm: Socialdepartementet.

Diseth, R. R. & Høglend, P. A. (2014). Compulsory mental health care in Norway: The treatment criterion. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 168-173.

Dreßing, H. & Salize, H. J. (2004). Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(10), 797-803.

Edebalk, P. G. (2016). *Den 'nya äldreomsorgen' i Sverige. Om framväxten 1965-1993* (Research reports in social work, 2016:6, Lund university). Lund.

Edgley, A., Stickley, T. & Masterson, S. (2006). Whose right? *Journal of mental health*, 15(1), 35-42.

- Eivergård, M. (2003). *Frihetens milda disciplin. Normalisering och social styrning i svensk sinnessjukvård 1850-1970* (Doktorsavhandling, Etnologiska skrifter, 30, Umeå universitet). Umeå. Tillgänglig: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:537631/FULLTEXT01.pdf>
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Fakhoury, W. & Priebe, S. (2002). The process of deinstitutionalization: an international overview. *Current opinion in psychiatry*, 15, 187-192.
- Fistein, E. C., Holland, A. J., Clare, I. C. H. & Gunn, M. J. (2009). A comparison of mental health legislation from diverse Commonwealth jurisdictions. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 147-155.
- Fjellfeldt, M. (2017). *Choice as governance in community mental health services* (Doktorsavhandling, Umeå university). Umeå.
- Forkby, T. (2005). *Ungdomsvård på hemmaplan. Idéerna, framväxten, praktiken* (Doktorsavhandling, Skriftserien, Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet, 2005:6). Göteborg.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected interviews & other writings, 1972-1977*. Edited by Colin Gordon. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1993). *Diskursens ordning*. Stockholm: Brutus Östlings bokförlag
- Foucault, M. (2007). *Security, territory, population. Lectures at the Collège de France 1977-1978*. New York: Picador.
- Foucault, M. (2008). *Diskursernas kamp*. Stockholm: Brutus Östlings bokförlag.
- Foucault, M. (2009). *Övervakning och straff. Fängelsets födelse*. Lund: Arkiv förlag.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The Third Logic*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Fulop, N. J. (1995). Involuntary outpatient civil commitment: What can Britain learn from the U.S. experience? A civil liberties perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18(3), 291-303.
- Förhammar, S. & Nelson, M. C. (2004). Introduktion. I S. Förhammar & M. C. Nelson (Red.), *Funktionshinder i ett historiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Gault, I. (2009). Service-user and carer perspectives on compliance and compulsory treatment in community mental health services. *Health & Social Care in the Community*, 17(5), 504-513.

- Geller, J. (1986). Rights, wrongs and the dilemma of coerced community treatment. *American Journal of Psychiatry*, 143(10), 1259-1264.
- Geller, J. L., Fisher, W. H., Grudzinskas Jr., A. J., Clayfield, J. C. & Lawlor, T. (2006). Involuntary outpatient treatment as “desinstitutionalized coercion”: The net-widening concerns. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(6), 551-562.
- Gibbs, A., Dawson, J., Ansley, C., & Mullen, R. (2005). How patients in New Zealand view community treatment orders. *Journal of Mental Health*, 14(4), 357-368.
- Gibbs, A., Dawson, J., Forsyth, H., Mullen, R. & Tanga, T. O. T.(2004). Maori experience of community treatment orders in Otago, New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(10), 830-835.
- Gibbs, A., Dawson, J. & Mullen, R. (2006). Community Treatment Orders for People with Serious Mental Illness: A New Zealand Study. *British Journal of Social Work*, 36(7), 1085-1100.
- Goffman, E. (2014). *Totala institutioner: fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Gooding, P. (2016). From deinstitutionalization to consumer empowerment: mental health policy, neoliberal restricting and the closure of the ‘Big bins’ in Victoria. *Health sociology review*, 25(1), 33-47.
- Goodwin, S. (1993). *Comparative mental health policy. From institutional to community care*. London: Sage.
- Grunewald, K. (2009). *Från idiot till medborgare. De utvecklingsstördas historia*. Stockholm: Gothia.
- Grönwall, L. & Holgersson, L. (2014). *Psykiatrin, tvånget och lagen. En lagkommentar i historisk belysning*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The SAGE Handbook of qualitative research*, 4th edition. London: Sage.
- Gustafsson, E. (2010). *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet. En rättsvetenskaplig monografi om LPT* (Doktorsavhandling, Lunds universitet). Lund: Studentlitteratur.
- Gustafsson, E. (2013). Öppen psykiatrisk tvångsvård – en tvivelaktig rättsfigur. I A. Syse, K. Ketscher, K. Lilleholt & E. Smith (Red.), *Velferd och rettferd. Festskrift til Asbjørn Kjønstad*. Oslo: Gyldendal.

- Hallin, B. & Siverbo, S. (2011). *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hasselbladh, H. & Bejerot, E. (2017). Performative policy: the case of Swedish healthcare reforms. *Critical Policy Studies*, 11(3), 291-310.
- Hertting, N. (2014). Implementering: perspektiv och mekanismer. I Rothstein, B. (Red.), *Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Hiday, V. (2003). Coerced community treatment: International trends and outcomes. In K. Diesfeld, & I. Freckelton (Red.), *Involuntary detention and therapeutic jurisprudence*. Aldershot: Ashgate.
- Hill, M. & Hupe, P. (2011). *Implementing public policy. An introduction to the study of operational governance. Second edition*. London: Sage.
- Hsieh, H-F. & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288.
- Høyer, G. (2000). On the justification for civil commitment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 65-71.
- Høyer, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjónsdóttir, M. & Syse, A. (2002). Paternalism and autonomy: A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(2), 93-108.
- Innes, M. (2007). *Understanding social control. Deviance, crime and social order*. Maidenhead: Open university press.
- Johansson, E. & Svensson, K. (2006). *Omedelbart samarbete: En rapport om polisens handlingsutrymme vid handräckning enligt LVU och LVM* (Rapportserien i socialt arbete, Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, Växjö universitet). Växjö.
- Johansson, S., Dellgran, P. & Höjer, S. (2015). Inledning. I S. Johansson, P. Dellgran & S. Höjer (Red.), *Människobehandlande organisationer. Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur och kultur.
- Johnson, B. (2003). *Policyspridning som översättning. Den politiska översättningen av metadonbehandling och husläkare i Sverige* (Doktorsavhandling, Lund Political Studies. 130). Malmö: Arbetslivsinstitutet.
- Kindström Dahlin, M. (2014). *Psykiatrirätt – Intressen, rättigheter & principer* (Doktorsavhandling, Stockholms universitet). Stockholm: Jure.

Kisely, S. & Campbell, L. A. (2007). Methodological issues in assessing the evidence for compulsory community treatment. *Current Psychiatric Reviews*, 3(1), 51-56.

Kisely, S., Campbell, L.A. & O'Reilly, R. (2017). *Compulsory treatment and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Tillgänglig: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004408.pub5/pdf/abstract>

Kisely, S., Campbell, L.A., Scott, A. & Preston, N.J. (2007). Randomized and non-randomized evidence for the effect of compulsory community and involuntary out-patient treatment on health service use: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(1), 3-14.

Kisely, S. & Hall, K. (2014). An updated meta-analysis of randomized controlled evidence for the effectiveness of community treatment order. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10), 561-564.

Kjellin, L. & Pelto-Piri, V. (2014). Community treatment orders in a Swedish county – applied as intended? *Biomed central research notes*, 7(879).

Kjellin, L., Östman, O. & Östman, M. (2008). Compulsory psychiatric care in Sweden – Development 1979-2002 and area variation. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 51-59.

Lamb, H. R. & Bachrach, L. L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 52(8), 1039-1045.

Large, M. M., Ryan, C. J., Niessen, O. B. & Hayes, R. A. (2008). The danger of dangerousness: why we must remove the dangerousness criterion from out mental health acts. *Journal of Medical Ethics*, 34, 877-881.

Larsson, S. (2005). Om kvalitet i kvalitativa studier. *Nordisk Pedagogik*, 25(1), 16-35.

Lawton-Smith, S. (2005). *A question of numbers. The potential impact of community-based treatment orders in England and Wales*. London. The King's Fund.

Lawton-Smith, S., Dawson, J. & Burns, T. (2008). Community treatment orders are not a good thing. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 96–100.

Leff, J. & Warner, R. (2006). *Social inclusion of people with mental illness*. Cambridge: Cambridge university press.

Lewis, J. & Ritchie, J. (2011). Generalising from qualitative research. I J. Ritchie & J. Lewis (Red.), *Qualitative research practice. A guide for social science students and researchers*. London: Sage.

Lindberg, L. & Grönvik, L. (2011). Funktionshinderspolitik – en introduktion. Lund: Studentlitteratur.

McIvor, R. (1998). The community treatment order: Clinical and ethical issues. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 223-228.

Magnusson, A-S. (2010). *Bilden av psykiatriområdet. Nyhetsrapporteringen i Rapport 1980-2006* (Doktorsavhandling, Göteborgs universitet). Göteborg.

Markström, U. (2003). *Den svenska psykiatireformen. Bland brukare, eldsjälar och byråkrater* (Doktorsavhandling, Umeå universitet). Umeå: Boréa.

Markström, U., Sandlund, M. & Lindqvist, R. (2004). Who is responsible for supporting long term mentally ill persons? Reforming mental health practices in Sweden. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 23(2), 51-64.

Marshall, M. N. (1996). The key informant technique. *Family practice*, 13(1), 92-97.

Matland, R. E. (1995). Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2), 145-174.

Maughan, D., Molodynski, A., Rugkåsa, J. & Burns, T. (2014). A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(4), 651-663.

Maycraft Kall, W. (2010). *The governance gap. Central-local steering & mental health reform in Britain and Sweden* (Doktorsavhandling, Acta Universitatis Upsaliensis, Skrifter utgivna av Statsvetenskapliga föreningen i Uppsala, 178, Uppsala universitet). Uppsala.

McSherry, B. & Weller, P. (2010). Rethinking Rights-Based Mental Health Laws. I McSherry, B. & Weller, P. (red.) *Rethinking Rights-Based Mental Health Laws*. Oxford: Hart Publishing, 3-10.

Meeuwisse, A. (1997). *Vänskap och organisering. En studie av Fountain House-rörelsen* (Doktorsavhandling, Lund studies in social welfare, Lunds universitet). Lund: Studentlitteratur.

Moos, L. (2009). Hard and Soft Governance: the journey from transnational agencies to school leadership. *European Educational Research Journal*, 8(3), 397-406.

Mullen, R., Dawson, J. & Gibbs, A. (2006). Dilemmas for clinicians in use of Community Treatment Orders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 535-550.

Niemann, C. (2017). *Tillitsbaserad styrning i statsförvaltningen. Kan Regeringskansliet visa vägen?* Statskontoret, rapport. Tillgänglig: <http://www.statskontoret.se/globalassets/publikationer/2016/201626a.pdf>

Nirje, B. (2003). *Normaliseringsprincipen*. Lund: Studentlitteratur.

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

O'Reilly, R. (2004). Why are community treatment orders controversial? *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 579-584.

O'Reilly, R., Keegan, D. & Elias, J. W. (2000). A survey of the use of community treatment orders by psychiatrists in Saskatchewan. *Canadian Journal of Psychiatry* 45(1), 79-81.

O'Reilly, R., Keegan, D., Corring, D., Shrikhande, S. & Natarajan, D. (2006). A qualitative analysis of the use of community treatment orders in Saskatchewan. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(6), 516-524.

Palm, J. & Stenius, K. (2002). Sweden: Integrated compulsory treatment. *European addiction research*, 8, 69-77.

Pierre, J. (2014). Regeringen styr riket? Governance-problematikens huvuddrag. I Rothstein, B. (Red.), *Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem*. Lund: Studentlitteratur.

Priebe, S. & Turner, T. (2003). Reinstitutionalisation in mental health care. This largely unnoticed process requires debate and evaluation. *British Medical Journal*, 326, 175-176.

Priebe, S. (2004). Institutionalization revisited – with and without walls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 81-82.

Prop. 1990/91:58. *Om psykiatrisk tvångsvård, m. m.* Tillgänglig: <https://data.riksdagen.se/fil/D8F7BD1F-FB87-4BE3-A487-9D99484DD372>

Prop. 1999/00:44. *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*. Tillgänglig: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/psykiatrisk-tvangsvard-och-rattpsykiatrisk-vard_GN0344/html

Prop. 2007/08:70. *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*. Tillgänglig: <https://data.riksdagen.se/fil/4007442F-A7EE-48B9-9085-2E298050BD0E>

Prop. 2008/09:193. *Vissa psykiatrirfrågor m.m.* Tillgänglig: <https://data.riksdagen.se/fil/6FF10B37-34AA-4325-8626-67E8411D5B72>

Rasmussen, J. & Höijer, B. (2005). *Mediebildens av psykisk sjukdom och psykiatrin i samband med våldsbrott. En studie av DN, Aftonbladet och Rapport*. Tillgänglig: <http://www.rsmh.se/Mediarapport2.pdf>

Regeringsbeslut S2007/5551/HS. *Uppdrag att utbetala bidrag till kommuner för att förstärka sociala insatser i samband med ny vårdform*. 2008-05-15.

Reitan, T. (2016). Commitment without confinement. Outpatient compulsory care for substance abuse, and severe mental disorder in Sweden. *International Journal of Law and Psychiatry*, (45), 60-69.

Riksdagens protokoll 2003/04:11. *Riksdagsdebatt om Den psykiatriska vården*, 2003-10-06. Tillgänglig: <https://data.riksdagen.se/fil/D533DEB6-F341-487C-B28D-F1D6620A2102>

Riksdagens protokoll 2007/08:106 *Riksdagsdebatt om Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*, 2008-05-07. Tillgänglig: <https://data.riksdagen.se/fil/DA8509E3-9ED6-4E2D-A832-388F3479A79E>

Riksdagens protokoll 2008/09:85. *Interpellationsdebatt om den psykiatriska tvångsvården*, 2009-03-17. Tillgänglig: <https://data.riksdagen.se/fil/56053070-6AB6-4327-BE4F-7F72822D98F0>

Riley, H., Høyer, G. & Lorem, G. F. (2014). 'When coercion moves into your home' – a qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in Norway. *Health and Social Care in the Community*, 22(5), 506–514.

Ritchie, J. (2011). The applications of qualitative methods to social research. I J. Ritchie & J. Lewis (Red.), *Qualitative research practice. A guide for social science students and researchers*. London: Sage.

Ritchie, J., Lewis, J. & Elam, G. (2011). Designing and selecting samples. I J. Ritchie & J. Lewis (Red.), *Qualitative research practice. A guide for social science students and researchers*. London: Sage.

Romans, S., Dawson, J., Mullen, R. & Gibbs, A. (2004). How mental health clinicians view community treatment orders: a national New Zealand survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(10), 836–841.

Rogers, A. & Pilgrim, D. (2007). *A sociology of mental health and illness. Third edition*. Maidenhead: Open university press.

Rothstein, B. (2014). Välfärdsstat, förvaltning och legitimitet. I Rothstein, B. (Red.), *Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem*. Lund: Studentlitteratur.

Rothstein, B. & Vahlne Westerhäll, L. (2005). Introduktion. I Rothstein, B. & Vahlne Westerhäll, L. (Red.), *Bortom den starka statens fall*. Stockholm: SNS förlag.

RSMH (2012). *RSMHbloggen: Psykiatrilagsutredningen – ännu ett misslyckande*. Tillgänglig:
<https://rsmhbloggen.se/2012/04/03/psykiatrilagutredningen-annu-ett-misslyckande/>

Rugkåsa, J. (2016) Effectiveness of Community Treatment Orders: The International Evidence. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(1), 15-24.

Rugkåsa, J., Dawson, J. & Burns, T. (2014). CTOs: what is the state of evidence? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(12), 1861–1871.

Salize, H. J., Dreßing, H. & Peitz, M. (2002). *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients – Legislation and practice in EU-member state. Final report*. European commission, Health & Consumer Protection Directorate-General. Tillgänglig:
<http://www.mentalhealthalliance.org.uk/pre2007/documents/salize.pdf>

Scheid-Cook, T. (1993). Controllers and controlled: An analysis of participant constructions of outpatient commitment. *Sociology of Health and Illness*, 15(2), 179-198.

Schwartz, K., O'Brien, A-M., Moral, V., Armstrong, M., Fleming, C., & Moore, P. (2010). Community treatment orders: The service user speaks. Exploring the lived experience of community treatment orders. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 15(1), 39-50.

Segal, S. P. & Tauber, A. I. (2007). Revisiting Hume's law. *American Journal of Bioethics*, 7(11), 43-45.

SFS 1966:293. *Lag om beredande av sluten psykiatrisk tvångsvård i vissa fall*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1991:1129. *Lag om rättspsykiatrisk vård*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1993:387. *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2011: 09. Regeringsform. Stockholm: Justitiedepartementet.

Sjöström, S. (1997). *Party or patient? Discursive Practices Relating to Coercion in Psychiatric and Legal Settings* (Doktorsavhandling, Linköping studies in Arts and Science, 153). Umeå: Boréa.

Sjöström, S. (2012). *Det diffusa tvånget. Patienters upplevelser av öppen tvångsvård*. Tillgänglig: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:488254/FULLTEXT01.pdf>

Sjöström, S. (2016). Coercion contexts – how compliance is achieved in interaction. In A. Molodynski, J. Rugkåsa, & T. Burns (Red.), *Coercion in community mental health care. International perspectives*. Oxford: Oxford University press.

Sköldberg, K. (2014). *Maktens många ansikten. Teorier och idéer om makt under två och ett halvt tusen år*. Stockholm: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2002). *Permissioner vid psykiatrisk tvångsvård. En uppföljning och utvärdering av ändrad reglering*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009a). *En ny vårdform. En lägesrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8370/2009-126-149_2009126149.pdf

Socialstyrelsen (2009b). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8496/2009-126-72-rev2.pdf.pdf>

Socialstyrelsen (2009c). *Innehållet i den psykiatriska tvångsvården*. Tillgänglig: https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8506/2009-126-81_200912681.pdf

Socialstyrelsen (2009d). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpningen av*

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18). Tillgänglig:
https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8336/2009-126-114_2009_126_114.pdf

Socialstyrelsen (2010a). *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården – Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*. Tillgänglig:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18088/2010-6-32.pdf>

Socialstyrelsen (2010b). *Öppna jämförelser och utvärdering 2010. Psykiatrisk vård – ett steg på vägen*. Tillgänglig:
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18050/2010-6-6.pdf>

Socialstyrelsen (2011). *Insatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Kommunernas användning av stimulansbidragen 2007-2010*. Tillgänglig:
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18378/2011-6-29.pdf>

Socialstyrelsen (2014). *Statistik om psykiatrisk tvångsvården enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), år 2013*. Tillgänglig:
<https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/statistik-om-psykiatrisk-tvangsvard-enligt-lpt-2013.pdf>

Socialstyrelsen (2016). *Socialstyrelsens statistikdatabas. Psykiatrisk tvångsvård*. Tillgänglig:
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/psykiatrisktvangsvard>

Socialstyrelsen (n.d. a). *Här hittar du en beskrivning över hur patientregistret förändrats genom åren*. Tillgänglig:
<http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/historik>

Socialstyrelsen (n.d. b). *Statistik om psykiatrisk tvångsvård*. Tillgänglig:
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/psykiatrisktvangsvard>

Sohlberg, P. & Sohlberg, B-M. (2013). *Kunskapens former. Vetenskapsteori och forskningsmetod*. Stockholm: Liber.

SOU 1984:64, *Psykiatrin, tvånget och rättssäkerhet. Betänkande av Socialberedningen*. Stockholm: Allmänna förlaget.

SOU 1992:73, *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård till psykiskt störda. Slutbetänkande av Psykiatriutredningen*. Stockholm: Allmänna förlaget.

SOU 1998:32, *Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård. Slutbetänkande av Tvångspsykiatrikommittén*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2000:114, *Samverkan – om gemensamma nämnder på vård och omsorgsområdet*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2006:100, *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2011:65, *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning. Delbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2012:17, *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd. Betänkande av psykiatrilagsutredningen*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2017:56, *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme? Delbetänkande av Tillitsdelegationen*. Stockholm: Wolters Kluwers.

Spencer, L., Ritchie, J. & O'Connor, W. (2001). Analysis: Practices, Principles and Processes. I J. Ritchie & J. Lewis (Red.), *Qualitative research practice. A guide for social science students and researchers*. London: Sage.

Staaf, A. (2005). *Rättssäkerhet och tvångsvård. En rättssociologisk studie* (Doktorsavhandling, Lund studies in sociology of law, 22, Lund university). Lund: Sociologiska institutionen.

Statskontoret (2016). *Samlad uppföljning av den statliga styrningen av kommuner och landsting*. Tillgänglig:
<http://www.statskontoret.se/publicerat/publikationer/2016/Samlad-uppfoljning/>

Steadman, H. J., Gounis, K., Dennis, D., Hopper, K., Roche, B., Swartz, M., & Clark Robbins, P. (2001). Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatric Services*, 52(3), 330-336.

Stenbacka, C. (2001). Qualitative research requires quality concepts of its own. *Management Decision*, 39(7), 551-556.

Stensrud, B., Høyer, G., Granerud, A. & Landheim, A.S. (2015). "Life on hold": A qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in two Norwegian counties. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(3), 209-216.

Stensrud, B., Høyer, G., Granerud, A. & Landheim, A.S. (2016). "Care or control?": A qualitative study of staff experiences with outpatient commitment orders. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 51, 747-755.

Stroud, J., Banks, L. & Doughty, K. (2015). Community treatment orders: learning from experiences of service users, practitioners and nearest relatives. *Journal of Mental Health*, 24(2), 88-92.

Sveriges kommuner och landsting (2016). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015. Verksamheter och ekonomi i landsting och regioner*. Tillgänglig: <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/statistik-om-halso-och-sjukvard-samt-regional-utveckling-2015.html>

Sveriges kommuner och landsting (2017). *Debatt pågår! Styrning och professionellt inflytande i offentliga organisationer*. Tillgänglig: <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-563-9.pdf?issuusl=ignore>

Swartz, M.S. & Swanson, J. W. (2004). Involuntary outpatient commitment, community treatment orders, and assisted outpatient treatment: what's in the data? *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 585-591.

Swartz, M.S., Swanson, J.W., Steadman, H.J., Robbins, P.C. & Monahan, J. (2009). *New York State assisted outpatient treatment program evaluation*. Tillgänglig: https://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/publications/aot_program_evaluation/report.pdf

Swartz, M.S., Swanson, J.W., Wagner, R., Burns, B.J., Hiday, V.A., & Borum, R. (1999). Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry*, 156(12), 1968-1975.

Swartz, M.S., Swanson J.W., Wagner, H.R, Hannon, M.J., Burns, B. J. & Shumway, M. (2003). Assessment of four stakeholder groups' preferences concerning outpatient commitment for persons with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1139-1146.

Swartz, M. S., Wagner, H. R., Swanson, J. W., Hiday, V. A., & Burns, B. J. (2002). The perceived coerciveness of involuntary outpatient commitment: Findings from an experimental study. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 30(2), 207-217.

Tait, L. & Lester, H. (2005). Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 168–175.

Tideman, M. (2000). *Normalisering och kategorisering. Om handikappideologi och välfärdspolitik i teori och praktik för personer med utvecklingsstörning* (Doktorsavhandling, Skriftserien institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet, 2000:1). Stockholm: Johansson & Skyttmo förlag.

Tierney, T. F. (2004). Foucault on the case: The pastoral and juridical foundation of medical power. *Journal of Medical Humanities*, 25(4), 271-290.

Topor, A., Andersson, G., Bülow, P., Stefansson, C-G. & Denhov, A. (2016). After the asylum? The new institutional landscape. *Community mental health*, 52, 731-737.

Tøssebro, J., Bonfils, I. S., Teittinen, A., Tideman, M., Traustadóttir, R. & Vesala, H. T. (2012). Normalization fifty years beyond – current trends in the Nordic countries. *Journal of Practice in Intellectual Disabilities*, 9(2), 134-146.

Vahlne Westerhäll, L. & Östlund, A. (2011). Öppen psykiatrisk tvångsvård – en lagteknisk felkonstruktion? En analys av RÅ 2010 ref. 93. *Förvaltningsrättslig tidskrift*, (2), 373-390.

Vahlne Westerhäll, L. (2013). Tvång, proportionalitet och likhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård. Är lagstiftningen om öppen tvångsvård rättssäker? *Juridisk Tidskrift*, 24(4), 827-844.

Vedung, E. (1998). Policy Instruments: Typologies and Theories. I M-L. Bemelmans-Videc, R. C. Rist & E. Vedung (Red.), *Carrots, Sticks & Sermons. Policy instruments and their evaluation*. London: Transaction Publishers.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Tillgänglig:
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vetenskapsrådet (2005). *God forskningssed*. Tillgänglig:
<https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

Weller, P. (2010). Lost in Translation: Human Rights and Mental Health Law. I McSherry, B. & Weller, P. (red.) *Rethinking Rights-Based Mental Health Laws*. Oxford: Hart Publishing, 51-72.

Westlund, I. (2009). Hermeneutik. I A. Fejes & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber.

Wolff, N. (2002). Risk, response, and mental health policy: Learning from the experience of the United Kingdom. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27(5), 801-832.

Wynn, R. (2006). Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(4), 247-251.

Zinkler, M. & Priebe, S. (2002). Detention of the mentally ill in Europe – a review. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 106, 3-8.

Åsberg, R (2001). Det finns inga kvalitativa metoder – och inga kvantitativa heller för den delen. Det kvalitativa-kvantitativa argumentets missvisande retorik. *Pedagogisk forskning Sverige*, 6(4), 270-292.

Bilaga 1. Intervjuguide, delstudie 2.

Innan reformen trädde i kraft

- Ditt första möte med ÖPT, när, var, av vem och hur
- Hur förhöll sig dessa idéer till verkligheten inom socialtjänsten? Tankar om fördelar, eller invändningar?
- Hur såg ni på denna reform? Vad diskuterades?
- Vilka var socialtjänstens förutsättningar inför förändringen? Organisation, arbetssätt, kunskap, samverkansorgan?
- Hur såg processen ut med förberedelser inför införandet? (arbetsgrupp? uppdrag till medarbetare? utbildningar?)
- Vilken hjälp fick ni av de statliga aktörerna? Seminarier, skrivningar, pengar?
- Stimulanspengarna: kände till? Hur använda? Hur gick den processen till? (vem bestämde, vem drev på).
- Utbildningar: om vad? Vilka gick? Vilka erfarenheter har ni av dessa?
- Så inför införandet: vad var er samlade strategi?

Den lokala tillämpningen av ÖPT

- Hur ser du på ÖPT nu? Fördelar och nackdelar med denna vårdform för er och för klienterna?
- Typisk klient med ÖPT?
- Hur går det till? Utgå gärna från en typisk patient. När får man info? Diskuterar ni insatserna och villkoren med psykiatrin? Vilka insatser handlar det om? Strategi när villkor inte följs?
- Samarbetet mellan kommun och landsting: Är det formaliserat? Vem tar initiativen? hur har det sett ut? Samarbetsforum, gemensam verksamhet el verksamhetsplanering, arbetet med samordnad vårdplanering. Hur har det fungerat tycker du? Vad skiljer från situationen innan?

-Insatserna till den enskilde under ÖPT: finns det andra eller fler insatser idag?
Vad utmärker i så fall dessa? Någon kvalitativ skillnad för den enskilde?
(stödperson enl LPT, gratis medicinering?)

-Enskilda vårdgivare? Vilken plats har de?

-Är ÖPT en naturlig del av ert arbetssätt? Ser landstinget det på samma sätt?