

Psykiatrisk tvångsvård vid demens

– en intervjustudie om slutenvårdsminimering

Kristofer Tilderkvist Neckén, ST-läkare specialistpsykiatri

Barn, unga och vuxna

kristofer.tilderkvist@kronoberg.se

Vetenskaplig handledare: Hans Thulesius,
spec. i allmänmedicin,
professor

Sammanfattning

Beteendestörningar och psykiska symtom är vanliga vid demens och utgör en utmaning för anhöriga och personal. Demenssjuka kan inte tvingas till vård annan än genom lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Socialstyrelsen anger att demens kan betraktas allvarlig psykisk störning vilket behövs för tvångsvård men det är upp till den enskilde psykiatrikern att bedöma om det är nödvändigt med tvångsvård. Andra studier tyder på att psykiatriker tycker det är nödvändigt med tvångsvård när det finns en fara för patienten eller andra eller när patienten inte kan ta hand om sig själv, men dessa studier har inte berört specifikt demenssjukdom.

Syftet med det vetenskapliga arbetet var att undersöka hur specialistläkare i psykiatri argumenterar kring beslut om psykiatrisk tvångsvård vid demens. Fyra specialistläkare i psykiatri från den egna kliniken fick berätta om sina tankar och erfarenheter kring psykiatrisk tvångsvård vid demenssjukdom. Fältanteckningar gjordes av intervjuerna som sedan analyserade enligt metodiken vid grundad teori.

Resultatet blev att kärnbegreppet som förklarar psykiatrikernas agerande är slutenvårdsminimering. För att minimera slutenvård används krishanteringsstrategier och ansvarsöverföring. Tvångsvård utgör en skydds-ventil som tillämpas i undantagsfall när allt annat prövats. Psykiatrikerna anser inte att demens enbart utgör allvarlig psykisk störning utan det krävs tilläggssymtom. Det krävs dessutom fara för patienten eller andra. Den demenssjuke bedöms i dessa fall inte kunna fatta egna beslut om sin vård. Resultaten är osäkra eftersom det är få intervjuer och enbart med psykiatriker från den egna kliniken. Resultaten behöver verifieras med fler intervjuer med psykiatriker från flera olika kliniker. Resultaten är i linje med andra studier på området som undersökt hur psykiatriker resonerar kring tvångsvård. Resultaten indikerar att det kan finnas behov av en alternativ lagstiftning vad gäller tvångsvård vid demenssjukdom. Resultaten indikerar också att det behövs mer och bättre utbildad personal inom kommunens äldreomsorg.

Innehåll

Introduktion	3
Syfte	5
Material och metod	6
Design.....	6
Studiepopulation	6
Metoder	6
Etik.....	7
Tidsplan.....	7
Finansiering.....	8
Resultat.....	9
Slutenvårdsminimering.....	9
Krishanteringsstrategier	9
Ansvarsöverföring	10
Skyddsventil	11
Diskussion	14
Slutsatser	16
Referenser.....	17

Introduktion

Vid kognitiv svikt och demens försämras kognitiva funktioner som innefattar bland annat minne, perception och språk [1]. ICD-10 definierar demens som svikt i minnesfunktion och ytterligare en kognitiv domän, tydlig sänkning från tidigare nivå samt nedsättning av emotionell kontroll eller motivation alternativt förändrat socialt beteende. Dessutom ska symtomen föreläggas minst sex månader och inte förklaras av konfusion [2]. Beteendestörningar och psykiska symtom är vanligt vid demens och sammanfattas i begreppet BPSD [1]. Detta innefattar oro och ångest, depression, apati, rastlöshet och vandrande, irritabilitet och aggressivitet, rop- och skrikbeteende, psykotiska symtom och ohämmat beteende. Läkemedelsverket har gett ut en rekommendation vad gäller läkemedelsbehandling vid BPSD som kan provas först efter att omvårdnadsåtgärder vidtagits [3]. Man inser lätt att dessa beteenden kan utgöra en utmaning för anhöriga och personal. Vad händer då om den demenssjuke inte förstår eller vill medverka i vårdinsatser. Kan man tvinga den demenssjuke till vård den inte samtycker till? Socialdepartementet pekar på i en rapport att individer med demens i stor omfattning utsätts för tvångsåtgärder som till exempel medicinering och inlåsning i stor omfattning trots att detta är emot gällande lag [4]. I rapporten påpekar man att det inte finns någon speciell lag som reglerar vård och omsorg för vuxna personer med nedsatt beslutskompetens till vilken gruppen med demenssjukdom räknas. Det finns därför ingen lag som reglerar under vilka förutsättningar vård och omsorg kan ges till en vuxen person med nedsatt beslutskompetens som inte kan ge uttalat samtycke. Inte heller närstående kan samtycka till vården utan i praktiken överläts besluten till vård- och omsorgspersonalen. Detta är ett problem som också lyfts av Svenska Psykiatriska Föreningen [5]. Filosofen Torbjörn Tännsjö resonerar att detta ändå är bättre än att som i en del andra länder tillåta det tvång som av personalen anses nödvändigt [6]. Han argumenterar samtidigt för att även om inte lagen tillåter det kan man ur etisk synvinkel acceptera tvång som individen behöver och som ges i dennes intresse. Om personalen dock istället vill följa lagen är det endast lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) som möjligen skulle kunna tillämpas i dessa fall. Förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård är att individen lider av en allvarlig psykisk störning, har ett oundgängligt vårdbehov samt tackar nej till vården alternativt inte kan fatta ett grundat ställningstagande till erbjuden vård [7]. I Socialstyrelsens handbok för psykiatrisk tvångsvård anges att ”klara demenstillstånd” bör hänföras till allvarlig psykisk störning [8]. Vidare poängterar man att vid bedömning om en psykisk störning är allvarlig måste man ta hänsyn både till störningens art och grad. Som exempel anges schizofreni som alltid betraktas som allvarlig till

sin art men inte nödvändigtvis till sin grad. SPF har gett ut kliniska riktlinjer för psykiatrisk tvångsvård men går där inte in på detalj om vad som gäller tvångsvård vid demenssjukdom [9]. Man pekar dock på att bedömningen om ett tillstånd bedöms som allvarlig psykisk störning främst får ses som en faktafråga (där dock individuella bedömningar kan skilja sig åt) men att kravet på om individen har ett oundgängligt vårdbehov snarare är en värderingsfråga. Faktorer att då hänsyn till är till exempel om det föreligger fara för eget eller andras liv. I SPF:s kliniska riktlinjer för äldrepsykiatri ges inte heller närmare vägledning mer än att LPT kan tillämpas även vid demens [5]. Man poängterar dock att LPT inte bör ges vid långvariga omvårdnadsproblem vid demenssjukdom dock utan att närmare definiera gränserna för detta. Specialisten i psykiatri som enligt LPT ska fatta beslut om tvångsvård får således själv föra ett resonemang om tvångsvård är tillämpligt i det enskilda fallet. Finns det då några studier som studerar hur psykiatriker fattar beslut om tvångsvård och vilka överväganden de gör? I en enkätstudie från USA var det vanligaste argumentet för psykiatrisk tvångsvård att individen utgör en fara för sig själv eller andra eller har en uttalad funktionsnedsättning [10]. I en svensk enkätstudie fann man liknande resultat men noterade också att beslutsfattandet påverkades av påtryckningar från anhöriga [11]. Även i en norsk enkätstudie framkommer att de starkaste argumenten för tvångsvård är att patienten inte kan ta hand om sig själv eller är en fara för sig själv eller andra [12]. I en svensk intervjustudie undersöks vilka etiska överväganden psykiatriker gör när de fattar beslut om tvångsvård [13]. De sammanställer i studien psykiatrikernas argument för och emot tvångsvård men även omständigheter som påverkar besluten. Författarna konkluderar att den huvudsakliga etiska principen bakom psykiatrikernas överväganden är att göra gott och förhindra skada snarare än att bevara autonomi. Detta är i överensstämmelse med en norsk studie med liknande upplägg [14]. Intressant är att samma svenska forskargrupp finner att svenska psykiatriker bedömer att patienter som uppfyller kriterier för tvångsvård per definition har nedsatt beslutskompetens trots att LPT inte kräver detta [15]. Läkare verkar styras till stor del av sina egna värderingar när de bedömer om en individ är beslutskompetent [16]. Vissa läkare verkar också tycka att bedömningar av beslutskompetens är krångliga och tar lång tid [16, 17]. Det finns validerade bedömningsverktyg för att värdera beslutskompetens där MacCAT-T testet anses bäst [18]. Dessa verktyg används dock inte i svensk praxis på grund av att de är tidskrävande och eftersom beslutskompetens inte har samma framträdande roll i vår som i andra länders lagstiftning. Intressant nog tycks individer med allvarlig psykisk störning inte alltid ha nedsatt beslutskompetens [19]. Vissa forskare argumenterar för att nedsatt beslutskompetens ska krävas för psykiatrisk tvångsvård även i Sverige likt i många andra länder och att individens grundläggande värderingar måste beaktas vid utformningen av tvångsvården [6, 20]. Sammanfattningsvis behöver alltså en individ med allvarlig psykisk störning

inte ha nedsatt beslutskompetens, men en individ med uppenbarligen nedsatt beslutskompetens som till exempel svår demens behöver heller inte uppfylla kriterier för allvarlig psykisk störning. Frågan som då inställer sig är i vilka i lägen det kan vara aktuellt med psykiatrisk tvångsvård vid demenssjukdom. De empiriska studierna som redovisats har inte fokuserat på vilka specifika överväganden psykiatriker gör när de fattar beslut om tvångsvård vid demens.

Syfte

Syftet med det vetenskapliga arbetet var att undersöka hur specialistläkare i psykiatri argumenterar kring beslut om psykiatrisk tvångsvård vid demens.

Material och metod

Design

Det vetenskapliga arbetet genomfördes som en undersökning med kvalitativa data från intervjuer med specialistläkare i psykiatri. Styrkan med kvalitativa data är att öppna frågor kan ställas utan förhandsdefinierade svars kategorier [21]. Inom forskning med kvalitativa data betonas vikten av att redovisa forskarens förförståelse vilket består av erfarenheter, hypoteser, yrkesmässiga perspektiv och teoretisk referensram. KT:s erfarenhet som ST-läkare i psykiatri var att psykiatriska kliniker så långt det är möjligt undviker att vårda demenssjuka inneliggande oavsett om det sker frivilligt eller under tvång. Vissa kollegor hade uttryckt att de överhuvudtaget inte betraktar demens som allvarlig psykisk störning och att tvångsvård är uteslutet för denna grupp. Hypotesen inför projektarbetet var att de intervjuade endast i undantagsfall beslutar om tvångsvård vid demens och att de intervjuade kommer att argumentera för att demenssjuka får bättre vård i hemmet eller på sitt boende. Den teoretiska referensramen utgick från grundad teori där målet är att skapa nya teorier utifrån det insamlade datamaterialet.

Studiepopulation

Intervjuerna genomfördes med fyra specialister i psykiatri från specialistpsykiatri barn, unga och vuxna i Växjö där undertecknad själv jobbar. Detta får betecknas som ett så kallat tillgänglighetsurval [21].

Metoder

Datainsamling skedde genom individuella intervjuer. Intervjupersonerna tillfrågades om sina tankar och erfarenhet av tvångsvård vid demenssjukdom. Direkta frågor kring etiska principer undveks, eftersom målet med intervjuerna var att få inblick i hur psykiatriker tänker, resonerar och handlar. Intervjupersonerna informerades på förhand om syftet med intervjun. Ljud och bild från intervjuerna spelades in på dator. Fältanteckningar som beskrev intervjuerna gjordes utifrån anteckningar förda under intervjuerna samt det inspelade materialet. Utifrån metodiken inom grundad teori transkriberades inte intervjuerna. Fältanteckningarna analyserades utifrån metodiken

i grundad teori [22]. Målet vid grundad teori är att hitta en teori som beskriver forskningsområdet. Detta sker genom att de kärnbegrepp som beskriver området upptäcks. Kärnbegreppet definieras av olika kriterier som kallas indikatorer. Fältanteckningarna analyserades rad för rad. Varje rad kodades och fick etikett. Detta kallas öppen kodning och tanken är att möjliga indikatorer för kärnbegreppet skulle genereras. Resonemanget inom grundad teori är att fältanteckningar ger mer information om vad som verkligen händer än transkriberad text. Under kodningen framkom idéer kring kärnproblemet och de kärnbegrepp som kunde beskriva problemet. Dessa idéer skrevs ner i memon. Genom ständig jämförelse av etiketter och indikatorer hittades mönster som beskrevs i memon. Memos sorterades och jämfördes och utifrån detta skapades texten till den grundade teorin. I nästa steg testades den grundade teorin och de kärnbegrepp som framkommit mot fältanteckningar. Detta steg kallas selektiv kodning. Kärnbegreppen omformades under denna process. Det sista steget var utvecklingen av teoretiska koder som förklarar kopplingen mellan kärnbegreppet och dess egenskaper.

Etik

Det vetenskapliga arbetet bedömdes efter samråd med handledare inte kräva ansökan till etikprövningsnämnd. Etiska överväganden gjordes dock. Långtgående slutsatser med svagt stöd i materialet undveks för att deltagarna inte skulle känna sig missförstådda även om denna risk inte helt kan minimeras. Inga beskrivningar av deltagarna gjordes som kunde identifiera dem. Citat som kunde tänkas avslöja identiteten på deltagarna undveks. Deltagarna gavs på förhand information om projektarbetet så att de kunde lämna informerat samtycke. Deltagarna gavs information till att de närsomhelst kunde säga nej till fortsatt deltagande och begära att materialet där deras utsagor förekom raderades. Allt material omfattades av tystnadsplikt. Endast KT hade tillgång till materialet. Materialet förvarades så att ingen utomstående fick tillgång till det.

Tidsplan

Planeringen av projektarbetet gjordes under oktober-december 2021. Intervjuer och analysarbete genomfördes under januari-februari 2022. Sammanställning av projektrapport gjordes under februari – juni 2022.

Finansiering

Projektarbetet krävde inte någon extern finansiering. Intervjuerna genomfördes under ordinarie arbetstid. Inga pengar behövde avsättas för etikansökan eftersom detta inte bedömdes nödvändigt för projektarbetet.

Resultat

Kärnbegreppet som förklarar psykiatrikernas agerande är principen om slutenvårdsminimering. För att minimera slutenvård används krishanteringsstrategier och ansvarsöverföring. Principen om slutenvårdsminimering behöver dock en skyddsventil och det är där tvångsvård kan bli aktuellt. Kärnbegreppet och undergrupperna kommer beskrivas närmare nedan.

Slutenvårdsminimering

Principen om slutenvårdsminimering betyder att man ska undvika inläggning av demenssjuka så långt det bara är möjligt. Huvudargumentet bakom detta är att slutenvård är direkt skadligt för den demenssjuke på längre sikt. Miljöförändringen leder till ökad förvirring med försämring av symtom och förvärrade beteendeförändringar som i värsta fall kan leda till döden.

Inläggning leder inte till förbättring i aspekten veckor eller månader. Man förlänger ett vårdförlopp och drar ut ett vårdförlopp som det i slutändan inte var någon större mening med. Det är därför det är bättre att ha kvar dem i deras vanliga miljö där det är mindre stimuli och mindre risk för konfusion.

Specialist i psykiatri

Krishanteringsstrategier

För att undvika inläggning tillämpas olika former av krishanteringsstrategier. En av de viktigaste är kunskapsöverföring där äldrepsykiatrien utbildar och informerar omvårdnadspersonal om hur de ska bemöta demenssjuka på ett bra sätt. Förhoppningen är att detta dels ska förebygga kriser men också förhindra inläggning när en demenssjuk försämras.

70–80 procent är kunskap och bemötande hos personalen. Där kan vi vara behjälpliga med att lära ut det vi kan. Så där har vi ett utbildningsvärde för psykiatrien men det kanske skulle kunna komma från andra än oss. Nu är det så att vi har mest erfarenhet att hantera svåra beteendestörningar hos dementa.

Specialist i psykiatri

Om inte detta räcker kan äldrepsykiatriska öppenvården kopplas in snabbt för att sätta in åtgärder i patientens hemmiljö som leder till symtomreduktion. Viktigast är att hantera den demenssjuke med olika former av bemötandestrategier men medicinering kan även spela en roll.

Jag blev imponerad av personalen från äldrepsykiatri. Patienten var utåtagerande och slog sönder saker och de gick bara in och med bra lågaffektivt bemötande kunde de lugna ner honom.

Specialist i psykiatri

En viktig krishanteringsstrategi som även är kopplad till underbegreppet ansvarsöverföring är övertalningsförmåga. Detta innebär att kunna förklara för anhöriga och vårdpersonal varför vård i hemmet eller på boendet är att föredra framför inläggning. Detta kan även behöva motiveras för andra inblandade aktörer som till exempel polisen som i vissa fall kan bli inblandade.

Det är jättesvårt men jag säger samma sak till dem som jag pratat om här. Sen under extrema omständigheter kan det bli aktuellt med inläggning. Om polisen kommer är vi nära gränsen. Men inte alltid, absolut inte alltid. Det har hänt ofta att jag skickat hem sådana patienter.

Specialist i psykiatri

Ansvarsöverföring

Det andra viktiga förhållningssättet är att överföra ansvar från psykiatri till kommunen. Huvudansvaret för vården av demenssjuka bedöms ligga på kommunen. Överhuvudtaget är uppfattningen att psykiatrins ansvar för demenssjuka är begränsat.

De ska lösa personalfrågor och miljön på boendet. Psykiatri har inget egentligt ansvar. Det är inte psykisk störning.

Specialist i psykiatri

Till grund för denna uppfattning ligger också att omvårdnadspersonal måste kunna hantera visst våld och aggressivitet från demenssjuka utan att psykiatri omedelbart tillkallas.

Vi har två patienter inlagda nu som handlar väldigt lite om psykiatri. Men det är tillstånd som de flesta anser att bara psykiatri kan hantera. Men det är beteendestörningar som kommer med deras grundsjukdom. Det kan vara en farlig situation eftersom allmänheten då kan tolka det som att psykiatri tar hand om 'de galna'.

Ett tungt vägande argument emot inläggning som framförs är att inläggning leder till att kommunen backar från sitt ansvar och inte vidtar nödvändiga åtgärder som utbildning av personal, mer personal eller annat boende, vilket i slutändan leder till sämre situation för patienten.

Tidigare hade vi många demenspatienter inlagda och det var dåligt för alla. Det var inte till gagn för patienterna för de behöver stabilitet och kontinuitet. Det började användas av kommunen för om de hade en dålig patient var det lättare att ringa polisen och skicka dem hit. De tog inte sitt ansvar, ofta behöver man tvinga folk ta sitt ansvar.

Specialist i psykiatri

Skyddsventil

Tvångsvård vid demenssjukdom utgör en skyddsventil när alla andra åtgärder har uttömts för att lösa en kritisk situation. Läkarna uttrycker samtidigt att psykiatrin har ett ansvar för lösa ohållbara situationer.

Det är svårt att vara kategorisk. Jag vänder mig mot att man säger att vi aldrig ska ta in någon dement patient i psykiatrin för de hör inte hemma här. Det är jättebra och smidigt för psykiatrin att göra så men man måste se oss som en del av en stor samhällsapparat med våra vårdgrannar som kommunpersonal som får kämpa mycket med den här patientgruppen. Men det får vara ett givande och tagande.

Specialist i psykiatri

LPT betraktas dock som otillräcklig och svår att tillämpa vid demenssjukdom. Läkarna hade hellre sett en specifik lag anpassad för demenssjukdom men eftersom detta inte finns anpassar man sina bedömningar efter LPT för att lösa problemet på bästa sätt.

Man kan faktiskt hävda att det är väldigt lite psykiatri i detta. Men vi är med på ett hörn för att det inte finns någon annan laglig grund att hantera det på. Det känns som demenssjukdom bara hänger med på ett bananskal med en lagstiftning som inte är anpassad efter den sortens problematik.

Specialist i psykiatri

Den exakta gränsen där det blir aktuellt med tvångsvård vid demenssjukdom är oklar men enbart demens betraktas inte som allvarlig psykisk störning utan det krävs tilläggsymtom. Psykotiska symtom värderas högt av alla intervjupersonerna medan aggressivitet värderas högt av vissa men inte alla intervjupersonerna.

Om de lider av allvarlig psykisk störning, psykos eller självmordsproblematik då kan jag tänka mig tvångsvård precis som vid andra tillstånd. Men om det inte föreligger något sådant, utan bara demens kanske med aggressivitet då tycker jag inte man ska tillämpa tvångsvård. Om de börjar bli farliga får man fundera över att använda allmänna brottsbalken och nödvärnsrätten.

Specialist i psykiatri

Det finns ju situationer med dementa som kanske är på ett äldreboende eller hemma och som blir så beteendestörda och utåtagerande och våldsamma att de misshandlar sin partner eller personal. Det finns vissa exempel på extremt våldsamma och utåtagerande alltså de mest våldsbenägna och oberäknliga patienterna vi har här på psykiatrin. Och då uppstår frågan vilken samhällsinstans som ska hantera en människa med demenssjukdom med sådana beteendestörningar. Som jag ser det just nu med nuvarande lagstiftning är det bara psykiatrin som kan hantera det.

Specialist i psykiatri

I nästa steg görs en noggrann riskvärdering om nyttan med tvångsvård överstiger riskerna. Eftersom riskerna med inläggning bedöms vara höga måste det finnas en allvarlig fara för patienten eller andra för att det ska bli aktuellt med tvångsvård. Målet är samtidigt att avsluta tvångsvården så fort som möjligt. Målet med vården är att genom ändrat bemötande och i vissa fall medicinering stabilisera patienten, så att en ny planering kan göras med kommunen som då kan vidta åtgärder så att patienten så fort som möjligt kan vårdas i hemmiljön. En annan viktig del av vården är att bedöma andra psykiatriska eller somatiska tillstånd utöver demenssjukdomen som kan förklara den uppkomna krisen.

Det är svårt att värdera när situationer är så obärliga att riskerna är så stora att de överstiger riskerna med att bli inlagd på tvångsvård. Risken är att patienten försämrats ytterligare och blir ännu mer förvirrad och ännu mer våldsam och utåtagerande. Och konfusion har ju förhållandevis hög dödlighet.

Specialist i psykiatri

I vissa lägen någon gång ibland så är den demenssjuke så svårt påverkad av psykotiska symtom eller konfusion så att det blir svårt att hantera det i hemmiljö eller på boende, och då kan det bli så svårt att det blir en fara för deras egen hälsa eller andra. Och då blir det så att någon gång ibland tillämpar vi LPT-lagstiftningen. Då försöker jag avskriva tvångsvården så fort som möjligt eftersom grundorsaken är demens och då ska man ju inte behandla med LPT.

Specialist i psykiatri

Den demenssjuke patienten bedöms när det blir aktuellt med tvångsvård inte själv kunna fatta beslut om tvångsvården, de kan inte fatta grundat ställningstagande till erbjuden vård som det uttrycks i LPT. En av intervjupersonerna uttrycker dock att hen försöker sätta in sig i vilken vård den demenssjuke velat ha om denne varit frisk och involverar anhöriga i denna beslutsprocess.

I detta kommer att man kan resonera i termer av konsekvensetik, vilket innebär att man kan resonera kring hur den demenssjuke skulle ha valt att göra i detta läget om den hade sett situationen framför sig om den var frisk. Och då kan man prata med anhöriga om vad den sjuke hade haft för inställning.

Specialist i psykiatri

Diskussion

Projektarbetet finner att kärnbegreppet som förklarar psykiatrikernas agerande när det kommer till tvångsvård vid demenssjukdom är principen om slutenvårdsminimering. Underbegreppen krishanteringsstrategier och ansvarsöverföring beskriver hur detta går till praktiskt. Underbegreppet skyddsventil illustrerar hur tvångsvård används vid demenssjukdom när alla andra åtgärder är uttömda. För att tillämpa tvångsvård vid demenssjukdom krävs tilläggssymtom där psykotiska symtom är tungt vägande. För att tvångsvård ska anses motiverat krävs fara för den demenssjuke eller andra. Den demenssjuke bedöms i dessa lägen inte själv kunna fatta beslut om sin vård.

Upplägget av projektet har ett antal brister som begränsar tillförlitligheten och användbarheten av resultaten. För det första är antalet intervjuer få. Det kan vara så att fler intervjuer tillfört fler perspektiv som förklarar psykiatrikernas agerande. Det finns också skillnader i hur intervjupersonerna ser på den potentiella nyttan med tvångsvård vid demenssjukdom, där en del är väldigt skeptiska och andra mer positiva. Fler intervjuer skulle kunna leda till större mättnad av materialet och mer tillförlitliga resultat [21]. Samtidigt finns inget enkelt samband mellan fler intervjupersoner och bättre kvalitet [23]. Nästa brist gäller att intervjuerna enbart är med psykiatriker från den egna kliniken. Detta påverkar överförbarheten av resultaten. Det kan vara så att psykiatrikernas agerande skiljer sig åt från agerandet på andra kliniker i landet och att deras agerande starkt påverkas av den lokala klinikkulturen. Dessutom kan förhållandet att undertecknad genomfört intervjuerna med kollegor påverka intervjupersonernas svar. De kan ha anpassat sina svar för att inte verka kontroversiella eller riskera att känna sig ifrågasatta. På samma sätt kan undertecknad omedvetet undvikit att ställa mer utförliga frågor för att inte riskera att kränka de intervjuade. Ytterligare en brist är att materialet enbart bygger på intervjuer. Idealet vid grundad teori är att ha data både från observationer och intervjuer [22]. Det kan finnas en diskrepans mellan vad psykiatrikerna säger att de gör och hur de verkligen agerar i verkligheten. Bedömningen var dock att det på grund av tid- och resursbrist inte var möjligt att följa psykiatrikerna i verkliga situationer. En annan faktor som begränsar resultatens förklaringsvärde är att det enbart bygger på intervjuer med specialister i psykiatri. Andra perspektiv hade sannolikt framkommit om intervjuer hade genomförts med andra läkare, omsorgspersonal inom psykiatri och kommunen, enhetschefer inom kommunen, biståndshandläggare inom kommunen, anhöriga etc. Därför bör det betonas att resultaten enbart

berör hur specialistläkare i psykiatri vid en enskild klinik ser på tvångsvård vid demenssjukdom. Slutligen kan man fundera hur valet av grundad teori och att inte använda en färdig intervjuguide påverkat resultaten. Om intervjufrågorna fokuserat mer på etiska frågor som andra studier på området hade kanske andra perspektiv kommit fram men frågan är om dessa varit mer sanna eller relevanta. Styrkan med studieupplägget är att psykiatrikerna fått redogöra fritt för sin syn på tvångsvård vid demenssjukdom och att resultaten därför förhoppningsvis avspeglar verkligheten väl.

I linje med andra studier tyder resultaten på att ett tungt vägande argument för psykiatrisk vård är att skydda patienten och andra från fara [10–12]. Precis som en annan intervjustudie tyder resultaten på att psykiatriker inte bedömer patienten som beslutskompetent när de fattar beslut om psykiatrisk tvångsvård [15]. Dock uttrycker en av de intervjuade psykiatrikerna att denne tar hänsyn till en hur en hypotetisk frisk version av den demenssjuke individen hade velat ha sin vård. Detta påminner om Svenska Läkaresällskapets rekommendationer kring beslut att avstå och/eller avbryta livsuppehållande behandling [24]. Även om psykiatrikerna inte direkt nämner etiska resonemang är det tydligt att de värderar att göra gott och förhindra skada framför att bevara autonomi vilket är i linje med andra studier [13-14]. I jämförelse med en annan studie med svenska psykiatriker framkommer vissa gemensamma teman även om metodiken är annorlunda [13]. Även i den studien anges som skäl för tvångsvård att erbjuda nödvändig psykiatrisk vård och att skydda individen och andra från skada. Dessutom framkommer även i den studien åsikten att tvångsvård så långt som möjligt ska undvikas och att lagen uppfattas som svårtolkad och anpassningsbar efter den praktiska situationen. Slutligen framkommer även i den studien att en bristande vårdmiljö kan leda till mer tvångsvård. Skillnader berör framförallt psykiatrikerna i den andra studien resonerar kring hur man ska bevara och återställa patienternas autonomi att fatta egna beslut och att tvångsvården i sig kan leda till en förbättring av patientens tillstånd. När det kommer till demenssjukdom ser inte intervjupersonerna i undertecknads projektarbete att det finns någon effektiv behandling som på sikt egentligen kan leda till påtaglig förbättring i patienternas tillstånd. Då blir det lätt att se att övervägandena kring tvångsvård blir annorlunda. Detta betyder också att det inte finns något sätt att återställa patienternas autonomi så att de kan fatta egna beslut kring sin vård och därför blir diskussionen kring detta begränsad. Behandlingspessimismen leder också till att psykiatrin ser sig som en mindre aktör i vården av demenssjuka. Konflikten uppstår dock när kommunerna som uppfattas ha huvudansvaret för demensvården upplever att de inte klarar av att hantera vissa patienter genom frivilliga insatser. Då ger lagstiftaren personalen inget annat alternativ än att kontakta psykiatrin som har de lagliga möjligheterna att tillämpa tvångsvård. Psykiatrikerna i den

här studien uttrycker behovet av en alternativ lagstiftning för demenssjuka så att visst tvång kan tillämpas på boenden. Det som också är tydligt är att psykiatrin ser ett behov av att äldrevården får mer och bättre utbildad personal som kan hantera demenssjuka individer och att detta i sig kan göra att tvångsvård minimeras. Dessutom behövs det kanske specialboenden som är vana att hantera demenssjuka med utåtagerande beteende. Detta skulle då i sig kunna minska behovet av alternativ lagstiftning för demenssjuka. Både behovet av eventuell alternativ lagstiftning och kompetensförstärkning av personal i äldrevården är något som betonades av socialdepartementet i en rapport redan 2003 [4].

Resultaten ger en inblick i hur psykiatriker resonerar kring tvångsvård vid demenssjukdom. För att verifiera resultaten behövs fler intervjuer göras och på andra kliniker i landet. Det hade varit intressant med liknande studier men med annan metodik än grundad teori för att bekräfta alternativt förkasta resultaten. För att få in andra perspektiv på tvångsvård hade det varit intressant att göra intervjuer med andra inblandade i vården av demenssjuka som till exempel omsorgspersonal i kommunen och anhöriga. Resultaten kan förhoppningsvis bidra till att olika inblandade i vården av demenssjuka som till exempel kommuner genomför förbättringar som personalförstärkning och bättre utbildning av personal. Det kan också vara ytterligare en signal till lagstiftaren till att utreda behovet av alternativ tvångsvårdslagstiftning vid vården av demenssjuka.

Slutsatser

Slutsatsen av projektarbetet är att psykiatriker så långt som möjligt undviker psykiatrisk tvångsvård vid demenssjukdom. Enbart demens bedöms inte utgöra grund för tvångsvård utan det krävs ytterligare faktorer. Tvångsvården motiveras med att den skyddar den demenssjuke eller andra från fara. Den demenssjuke bedöms inte kunna fatta beslut om sin egen vård när tvångsvård i dessa fall tillgrips.

Referenser

1. Sjöbeck M, Nilsson C. ABC om demenssjukdomar. *Läkartidningen*. 2009; 106(20): 1369-1373.
2. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organisation. 1993.
3. Läkemedelsbehandling och bemötande vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom – BPSD. Information från läkemedelsverket. 2008;19(5):15-24
4. Socialdepartementet. På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga (DS 2003:47) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 7 oktober 2021]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/departementsserien-och-promemorior/2003/10/ds-200347/>
5. Sparring Björkstén K, redaktör. Äldrepsykiatri – kliniska riktlinjer för vård och behandling. Stockholm: Gothia Fortbildning AB; 2013.
6. Tännjö T. Tvångsvård. Om det fria valets etik i hälso- och sjukvård. Stockholm: Thales; 2002.
7. SFS 1991:1128 Lag om Psykiatrisk Tvångsvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 1991:1128.
8. SOSFS 2008:18 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Socialstyrelsen; 2008:18.
9. Wallsten T, redaktör. Psykiatrisk tvångsvård – kliniska riktlinjer för vård och behandling. Stockholm: Gothia Fortbildning AB; 2013.
10. Brooks RA. U.S. psychiatrists' beliefs and wants about involuntary civil commitment grounds. *Int J Law Psychiatry*. 2006 Jan-Feb;29(1):13-21. doi: 10.1016/j.ijlp.2005.04.004. Epub 2005 Nov 14. PMID: 16289753.
11. Kullgren G, Jacobsson L, Lynöe N, Kohn R, Levav I. Practices and attitudes among Swedish psychiatrists regarding the ethics of compulsory treatment. *Med Law*. 1997;16(3):499-507. PMID: 9409133.
12. Diseth RR, Bøgwald KP, Høglend PA. Attitudes among stakeholders towards compulsory mental health care in Norway. *Int J Law Psychiatry*. 2011 Jan-Feb;34(1):1-6. doi: 10.1016/j.ijlp.2010.11.001. Epub 2010 Dec 8. PMID: 21144587.

13. Sjöstrand M, Sandman L, Karlsson P, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Ethical deliberations about involuntary treatment: interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Med Ethics*. 2015 May 28;16:37. doi: 10.1186/s12910-015-0029-5. PMID: 26016885; PMCID: PMC4446957.
14. Feiring E, Ugstad KN. Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission: a qualitative analysis. *BMC Health Serv Res*. 2014 Oct 25;14:500. doi: 10.1186/s12913-014-0500-x. PMID: 25344295; PMCID: PMC4209226.
15. Sjöstrand M, Karlsson P, Sandman L, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Conceptions of decision-making capacity in psychiatry: interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Med Ethics*. 2015 May 21;16:34. doi: 10.1186/s12910-015-0026-8. PMID: 25990948; PMCID: PMC4447019.
16. Hermann H, Feuz M, Trachsel M, Biller-Andorno N. Decision-making capacity: from testing to evaluation. *Med Health Care Philos*. 2020 Jun;23(2):253-259. doi: 10.1007/s11019-019-09930-6. PMID: 32350707.
17. Penn D, Lanceley A, Petrie A, Nicholls J. Mental capacity assessment: a descriptive, cross-sectional study of what doctors think, know and do. *J Med Ethics*. 2020 Jul 9:medethics-2019-105819. doi: 10.1136/medethics-2019-105819. Epub ahead of print. PMID: 32647042.
18. Lamont S, Jeon YH, Chiarella M. Assessing patient capacity to consent to treatment: an integrative review of instruments and tools. *J Clin Nurs*. 2013 Sep;22(17-18):2387-403. doi: 10.1111/jocn.12215. Epub 2013 May 8. PMID: 23650907.
19. Hoge SK, Poythress N, Bonnie RJ, Monahan J, Eisenberg M, Feucht-Haviar T. The MacArthur Adjudicative Competence Study: diagnosis, psychopathology, and competence-related abilities. *Behav Sci Law*. 1997 Summer;15(3):329-45. doi: 10.1002/(sici)1099-0798(199722/06)15:3<329::aid-bsl276>3.0.co;2-z. PMID: 9415960.
20. Sjöstrand M. Autonomy and decision-making: studies on the ethics self-determination in healthcare [avhandling på internet]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2013 [citerad 2021-10-20]. Hämtad från: <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/41808>
21. Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning – en introduktion. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014.
22. Klingberg G, Hallberg U, redaktörer. Kvalitativa metoder helt enkelt!. Lund: Studentlitteratur; 2021.
23. Kvale S, Brinkmann S. Den kvalitativa forskningsintervjun. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014.

24. Svenska Läkaresällskapet. Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och/eller avbryta livsuppehållande behandling [Internet]. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet; 2018. [citerad 2022-03-01]. Hämtad från: https://www.sls.se/globalassets/sls/etik/dokument/sls_ssf_riktlinjer_avbryta_avsta_2018.pdf