

Psykiatrisk sjukdomsbild hos tvångsvårdade och frivilligt vårdade patienter

En jämförande studie av patienter intagna för psykiatrisk vård i två svenska län

Tuula Wallsten
Eva Lindström
Tom Palmstierna

Inom den psykiatriska disciplinen är det möjligt att med stöd av gällande tvångsvårdslag vårda en patient mot dennes vilja. Detta har varit och är fortfarande en omdebatterad och kontroversiell fråga. I denna artikel belyses skillnader mellan tvångsvårdade patienter i två studier, 1985/86 och 1991. Dessutom görs en jämförelse mellan tvångs- respektive frivilligt vårdade patienter 1991. 1991 var tvångsvården i betydligt större utsträckning än 1985/86 inriktad på grava funktionsstörningar.

Symtommässigt förekom inga större skillnader mellan grupperna tvångs- respektive frivilligt vårdade vid undersökningen 1991. Det var inte mängden symtom eller symtomens svårighetsgrad som avgjorde om en patient kom att tvångsvårdas eller ej. Det var vissa enskilda symtom samt våld i anamnesen som var av betydelse.

Tuula Wallsten är överläkare vid Basenheten Psykiatri, Sala, Eva Lindström är överläkare vid Psykiatriska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala och Tom Palmstierna är överläkare vid Psykiatriska beroendekliniken, S:t Görans sjukhus, Stockholm

Inledning

Tvångsvård och tvångsåtgärder är ingenting nytt vid omhändertagandet av psykiskt sjuka människor. Omvårdnad och åtgärder har skilt sig åt i olika kulturer och i olika tidsperioder. De psykiskt sjuka och svagbegåvade omhändertogs under medeltiden i västvärlden på klosterhospital i mån av plats och på stora asyler i det arabiska världet. I mitten av 1300-talet finns beskrivet uppförandet av en "därkista" i Hamburg, inrymd i ett torn i bymuren. Oroliga "patienter" kedjades vid muren medan de något lugnare fick vandra runt utan bajor. I Wien byggdes vid samma tid ett "narr-torn" där medellösa, syfilissmittade, svagbegåvade och psykiskt

sjuka spärrades in. Häxprocesserna, som i Sverige nådde sin kulmen i slutet på 1660-talet, innebar med största sannolikhet att psykiskt sjuka kvinnor och män dömdes för häxeri.

Franska revolutionen blev något av en inledning även på en psykiatrisk revolution. Under sjätte revolutionsåret skedde genom lagstiftning reformer som innebar att de sinnessjuka i Frankrike inte längre blev kedjade. Pinel, fransk psykiatriker (1745-1826), verkade för att nya anstalter skulle uppföras där man inte hade djurburar som förebild vid uppförandet (1).

Många tidiga behandlingsmetoder kan jämföras med tvångsmetoder. Då "kurmetoder" var på modet var dessa av två slag, behagliga och obehagliga. Behagliga metoder kunde vara vin eller vallmosaftkur. Till de obehagliga hörde kräkmedel, nysmedel, svält, centrifugering och fastbindning i säng eller i stol. Enligt de rådande teorierna hade växlingen mellan behagliga och obehagliga metoder en terapeutisk effekt.

Även idag bedrivs tvångsvård inom psykiatrin, vilket varit och är föremål för debatt både inom och utom Sverige. Den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen har också genomgått flera lagförändringar de senaste tre decennierna. Från införandet av lagen om sluten psykiatrisk vård, LSPV, (2) 1967 kom antalet tvångsvårdade psykiskt sjuka patienter att minska successivt under de kommande decennierna (3).

En omfattande undersökning av tvångsvården (tvångsvårdsprojektet) i Västmanlands län och Uppsala län genomfördes 1985/86 (4). Syftet med projektet var att I) få kunskap om tvångsvårdens bakgrundsfaktorer, utformning och effekter II) inhämta erfarenheter från olika berörda parter såsom patienter, anhöriga, psykiatris personal, vårdgrannar och allmänheten III) utvärdera den psykiatriska vårdens funktion och effekter

IV) jämföra två län med olika vårdtradition och vårdorganisation.

Under senare delen av 1980-talet minskades antalet slutenvårdsplatser i de båda länen till fördel för decentraliserad öppenvård. En förnyad studie i samma län genomfördes 1991, före införandet av en ny tvångsvårdslag, lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT (5). Syftet var bland annat att utvärdera effekten av organisationsförändringen och att skapa en bas för en kommande utvärdering av den nya lagen.

Målsättningen med föreliggande delstudie var ur psykiatriskt perspektiv att jämföra patienter vårdade med olika legala vårdformer, tvångsvård respektive frivillig vård, avseende diagnos, symtomatologi och funktionsnivå. En ytterligare målsättning var att göra en jämförelse mellan resultaten 1985/86 och 1991 med avseende på gruppen tvångsvårdade. Vår hypotes avseende diagnoser var att tvångsvårdade patienter framförallt lider av psykotiska syndrom och de frivilligvårdade av depressioner och ångeststörningar. Vid skattning av global funktionsförmåga antog vi att tvångsvårdade patienter under året före intagning, vid inskrivning samt vid utskrivning som grupp betraktat hade lägre funktionsförmåga än frivilligt vårdade. Vi trodde också att det skulle finnas könsskillnader mellan materialen. Det är förmodligen större risk för en psykotisk man att bli vårdad med tvång, då han upplevs som mer hotfull och "farligare" än en kvinna med samma symtomatologi. Vi antog att det kunde finnas skillnader i medikamentell behandling mellan tvångs- resp frivilligt vårdade så att den tvångsvårdade gruppen får mer samt andra typer av psykofarmaka än de frivilligt vårdade. Dessutom antog vi att tvångsvårdade patienter skulle ha en högre vålds- och suicidbenägenhet än gruppen frivilligt vårdade.

Material

Undersökningen gjordes under perioderna 910318-910517 samt 910901-911212 i Uppsala län. I Västmanlands län utfördes densamma 910202-910505 samt 910901-911209. I studien ingick 95 konsekutiva patienter som vårdades enligt LSPV och 94 slumpmässigt utvalda patienter som vårdades frivilligt. Intagna blev exkluderade om de hade missbruksdiagnos, om de var utomlänspatienter, om de var < 18 år, > 70 år, N-fall (av domstol dömd till vård), omsorgspatienter, utskrivna inom tre dagar, ej svensktalande eller icke kommunikerbara av somatiska skäl. Material och bortfall redovisas mer detaljerat i separat artikel (6)

Metod

Alla patienter i undersökningen bedömdes av psykiatriker inom fem dygn efter inskrivning på vårdinrättningen. Vid bedömningen gjordes en journalgenomgång, en graderad symtombeskrivning enligt The Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS, (7) samt funktionsbedömning med en global skattningsskala, Global Assessment of Functioning Scale, GAF (8), varvid man beaktar psykologisk, social och yrkesmässig funktionsförmåga. Högsta funktionsnivå senaste året bedömdes samt aktuell funktionsnivå vid inläggning. Vid undersökningen 1985/86 användes Global Assessment Scale (9), GAS-skalan för funktionsbedömning. Denna skala är jämförbar med GAF.

Uppgifter om aktuell medicinering, sammanlagd slutenvårdstid senaste året, om patienten utövat våld mot annan person och/eller gjort suicidförsök under månaden före intagningen inhämtades. Diagnostik skedde enligt DSM-III-R (8).

Resultat

Av de tvångsvårdade patienterna var 53 procent män att jämföra med 34 procent i den frivilligt vårdade gruppen. Åldersfördelningen på de tvångsvårdade patienterna var 21-67 år (median 39 år) och åldersfördelningen för frivilligt vårdade 18-69 år, (median 40 år). I studien 1985/86 var 44 procent av de tvångsvårdade patienterna män. Medianåldern för de tvångsvårdade patienterna var i den studien 34 år.

Farmakologisk behandling hade inletts hos 88 procent av de tvångsvårdade patienterna inom fem dygn inklusive ECT. Detsamma gällde 90 procent av de frivilligt vårdade vid samma tidpunkt.

Av de tvångsvårdade hade 54 procent ej varit inneliggande för heldygnsvård senaste året, jämfört med 48 procent för de frivilligt vårdade.

Utifrån journaluppgifter framgick att 19 procent av de tvångsvårdade hade begått våldshandling mot annan person mer än en månad före intagning jämfört med 3 procent av de frivilligt vårdade.

Suicidförsök inom en månad före intagning hade gjorts av 11 procent i tvångsvårdsgruppen och 18 procent i frivilliggruppen.

Våldshandlingar mot annan person hade begåtts av 19 procent av de tvångsvårdade

Vid skattning av funktionsförmåga enligt GAF hade de tvångsvårdade patienterna en mer störd funktion än de frivilligt vårdade i samband med inläggning på psykiatrisk klinik (*tabell 1*). Bland de tvångsvårdade hade andelen patienter, vilka bedömdes ha grava funktionsstörningar, ökat från 50 procent 1985/86 till 84 procent 1991.

Tabell 1. Global bedömning av funktionsnivå (GAF) vid ankomsten hos tvångsvårdade respektive frivilligt vårdade patienter i Västmanlands och Uppsala län 1991.

	Tvångsvårdade n=95 %	Frivilligt vårdade n=94 %
61-91 Fungerar i stort bra, milda symtom	2	6
51-60 Måttliga symtom, måttliga funktionssvårigheter	2	13
41-50 Allvarliga symtom eller någon form av allvarlig funktionsstörn.	12	24
0-40 Störningar i realitetsprövning eller kommunikationsförmåga eller uttalade funktionsstörn. i flera avseenden	84	56

Diagnostiskt fanns en klar skillnad mellan grupperna (*tabell 2*). Frivilligt vårdade patienter hade framförallt förstämningssyndrom (t ex depressiva eller maniska tillstånd). Många med förstämningssyndrom hade psykotiska symtom.

Tabell 2. Diagnoser enligt DSM-III-R hos tvångsvårdade respektive frivilligt vårdade patienter i Västmanlands län och Uppsala län 1991.

	Tvångsvårdade	Frivilligt vårdade
Scizofreni/ schizofreniliknande psykoser	60	33
Förstämmningssyndrom	31	42
Ångestsyndrom	0	5
Övriga diagnoser	4	14
Totalt antal	95	94

Det är inte särskilt stora skillnader diagnostiskt sett mellan de tvångsvårdade patienterna i undersökningen 1985/86 och de i studien 1991 (*tabell 3*).

Tabell 3. Jämförelse av diagnosgrupper hos de tvångsvårdade patienterna i studien 1985/86 och studien 1991.

Diagnosfördelning enligt DSM-III-R	1985/86 n=100	1991 n=95
Psykotiska syndrom	64 %	63 %
Förstämmningssyndrom	28 %	33 %
Ångestsyndrom	1 %	0 %
Övriga diagnoser	7 %	4 %

Vid granskning av enskilda symtom enligt BPRS-skattningarna skiljde sig grupperna av tvångs- resp frivilligt vårdade åt. Tvångsvårdade hade i större utsträckning symtom som tankestörningar, manerlighet, storhetsidéer, fientlighet och bisartt tankeinnehåll medan frivilligt vårdade i högre grad hade symtom som ångest, depressiv förstämning, skuldkänslor, motorisk förlångsamning och emotionell avtrubbnig.

Total BPRS-poäng kunde beräknas för 73 tvångsvårdade och 80 frivilligt vårdade. Medianen av total BPRS-poäng var 24 poäng för de tvångsvårdade och 22 poäng för de frivilligt vårdade.

Vid psykiatrikerbedömning inom fem dygn efter inskrivning på vårdavdelning hade medicinering med neuroleptika inletts hos 80 procent av de tvångsvårdade och hos 64 procent av de frivilligt vårdade.

Av de 83 tvångsvårdade patienterna med pågående farmakologisk behandling uppgav 35 att de hade biverkningar, bland de frivilligt vårdade var det 41 av 85.

Minst 36 procent av de tvångsvårdade uppgav sig lida av symtom som kan bedömas som psykotiska. Motsvarande siffra för frivilligt vårdade var 28 procent.

Diskussion

Som förväntat har tvångsvårdade patienter i högre grad störningar tillhörande psykotiska syndrom än frivilligt vårdade. De frivilligt vårdade har en förskjutning mot förstämningssyndrom, många dock med psykotisk valör.

Då de flesta patienter intervjuades senare än tre dygn efter inskrivning på vårdavdelning (utskrivning inom tre dygn var ett av exklusionskriterierna) innebär detta att många patienter var medicinerade vid första intervju-tillfället. Även om exempelvis neuroleptika inte hunnit få en antipsykotisk effekt på tre dygn har den dämpande effekten med stor sannolikhet hunnit ge t ex viss ångestlindring och sömnförbättring. Detta påverkar förmodligen bedömningen av den totala symtomgraden. Total-

poängen på BPRS skiljer sig inte åt mellan grupperna. Detta skulle åtminstone delvis kunna förklaras av att en större andel av de tvångsvårdade (80 procent) än av de frivilligt vårdade (64 procent) behandlas med neuroleptika vid första intervjutillfället.

Den kompetenta personalens omhändertagande och gränssättande attityd tillsammans med den trygga avdelningsmiljön kan även bidra till en relativt snabb lindring av symtom såsom spänning, ångest och i vissa fall misstänksamhet. Läkemedelsbiverkningar kan ibland imitera psykiska symtom såsom motorisk förlångsamning och spänning. Ovan nämnda faktorer har säkert bidragit till de i några fall låga totalpoängen på BPRS samt att vissa symtom varit svåra att skatta.

Skillnader i symptomatologi mellan tvångsvårdade och frivilligt vårdade förklaras delvis med hjälp av skillnaderna i diagnos. Övervikten av psykotiska syndrom bland tvångsvårdade patienter gör att dessa patienter har tankestörningar, storhetsidéer och bisart tankeinhåll. Det är inte heller förvånande att en fientlig patient eller en patient som begått våldshandling före inläggning i högre utsträckning vårdas enligt LSPV. I lagtexten nämns både våld mot egen och annans person som möjlig intagningsorsak. De frivilligt vårdade har oftare diagnoser ur förstärknings- eller ångestgruppen vilket förklarar att dessa patienter oftare har symtom som ångest, depressiv förstärkning och skuld känslor.

Vi förväntade oss att de tvångsvårdade patienterna skulle ha mer BPRS-poäng på symtomet hallucinationer än de frivilligt vårdade. Detta är ej fallet. En förklaring kan vara att i gruppen frivilligt vårdade ingår en stor andel patienter med schizofrena syndrom där hallucinos är ett vanligt förekommande symtom. Även bland förstärkningsyndromen kan hallucinationer förekomma.

Sex symtom visade ingen skillnad i förekomst hos tvångs- resp frivilligt vårdade, nämligen somatiska bekymmer, emotionell avskärmning, spänning, misstänksamhet, hallucinatoriskt beteende och bristande samarbetsvilja.

En BPRS-skattning i direkt anslutning till inläggning och innan initiering av farmakologisk behandling skulle kunna ge större skillnad mellan grupperna. Svarefrekvensen och antalet tolkningsbara svar skulle förmodligen dock minska betydligt. För de patienter som medverkar skulle man troligtvis få en mer rättvisande bild av deras symtom vid intagningen. Detta skulle kunna resultera i större skillnader mellan olika symtoms förekomst och svårighetsgrad.

Till grund för GAF-bedömningen ligger utöver patientintervjun även tillgängliga journaldata. Denna blir därmed inte lika känslig som BPRS-skattningen för faktorer som inledd farmakologisk behandling, omhändertagande på adekvat nivå osv.

Vårt antagande var att de tvångsvårdade patienterna under hela det sista året haft lägre funktionsnivå än de frivilligt vårdade. Detta antagande besannades ej. En av orsakerna kan vara att det i gruppen frivilligt vårdade fanns en icke ringa andel med diagnosen schizofrent syndrom och i dessa fall kan det förväntas ett betydande funktionsbortfall under en längre tid (ett av de diagnostiska kriterierna).

Vid jämförelse mellan patientmaterialen i studien 1985/86 och studien 1991 skiljer sig materialen åt på följande sätt: De tvångsvårdade patienterna har en lägre funktionsnivå i samband med inläggningen 1991 än 1985/86. Detta kan förklaras av neddragningar inom sjukvården vad beträffar slutenvårdsplatser.

Ytterligare en förklaring till att de sammanlagda poängen på BPRS inte skiljer sig åt mellan tvångs- och frivilligt vårdade kan vara att det inte är mängden symtom och symptomens svårighetsgrad utan vissa enskilda symtom som avgör om en patient skall tvångsvårdas eller ej. Symtom som bristande samarbetsvilja och utåtagerande beteende predisponerar med stor sannolikhet för tvångsvård.

REFERENSER

1. Foucault, M: Vansinnets historia under den klassiska epoken. Aldus, Stockholm 1973.
2. Lag den 16 juni 1966 (nr 293) om beredande av slutna psykiatrisk vård i vissa fall, LSPV (SFS 1982:782) med tillämpningsföreskrifter (SFS. 1982:1041).
3. Psykiatrin i Norden - ett jämförande perspektiv. Delbetänkande av Psykiatriutredningen. SOU 1992:4.
4. Westrin C-G, Östman O, Eriksson, K, et al: Studier av psykiatrisk vård, särskilt tvångsvård, i två svenska län. Nord Psykiatr Tidskr 1989;43:121-129, 353-379.
5. LPT: Tillämpning av lagen om psykiatrisk tvångsvård. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:9.
6. Kjellin L, Ekblom B: Studier i psykiatrisk vård, särskilt tvångsvård i två län 1985/86 och 1991. Bakgrund, vårdorganisation, uppläggning och undersökningsmaterial. Socialmed Tidskrift.
7. Overall J E and Gorham D R: The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports, 1962, 10. 799-812.
8. American Psychiatric Association, APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IIIrd edition, revised, DSM-III-R, Washington, APA, 1987.
9. Endicott J, Spitzer R L, Fleiss J L, Cohen J: The global assessment scale. Archives of General Psychiatry 1976;33:766-771.