



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

“Förvaltningsrätten finner inte skäl att frångå läkarnas samstämmiga bedömning”

En studie om uttryck för makt i psykiatrisk tvångsvård

Catherine Laska och Helena Eklund

Examensarbete:	15 hp
Kurs:	SW2226 Vetenskapligt arbete i socialt arbete
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT2023
Handledare:	Hanna Wikström

Abstract på svenska

Titel: "Förvaltningsrätten finner inte skäl att frångå läkarnas samstämmiga bedömning" - En studie om uttryck för makt i psykiatrisk tvångsvård.

Syftet med denna studie är att undersöka och förstå hur makt uttrycks och utövas i bedömningar om behov av psykiatrisk tvångsvård. Frågeställningar i studien berör hur sociala kategoriseringar kommer till uttryck, hur föreställningar om normalitet och avvikelse uttrycks och hur uttryck för makt syns i språkliga formuleringar. Materialet utgörs av 109 domar om psykiatrisk tvångsvård från förvaltningsrätten. Som analysmetod används tematisk analys med ett diskursanalytiskt perspektiv, och som teoretiskt ramverk används maktteori, socialkonstruktivism, Mad studies och cripteori. Resultatet presenterar teman som ringar in flera typer av uttryck för makt i domar om psykiatrisk tvångsvård. I materialet framkommer sociala kategoriseringar som "den välkända patienten", "patient i behov av stödinsatser" och "patienten som inte vet sitt eget bästa". Genomgående värderas patientens trovärdighet som låg och lite hänsyn tas till patientens utsagor och inställning till vård. Flera föreställningar kring normalitet och avvikelse framkommer, där beteenden som i samhällets ögon ses som avvikande ofta blir skäl till tvångsvård eller tolkas som symtom på sjukdom. Språkliga uttryck för makt går att se i alla teman, men även i form av relativa angivelser och vaga uttalanden. Studiens slutsats är att det i den psykiatriska tvångsvården, och i de förhandlingar som ryms inom denna, finns flera uttryck för maktstrukturer och maktutövning som samverkar med varandra. Språkliga formuleringar från experter blir här en form av maktutövning. I studien presenteras även beskrivningar av när patienten lyssnats på och skäl för tvångsvård tydligare motiverats, vilket ses som goda exempel som visar att maktutövning går att påverka och förändra. Studiens författare ser behov av ökad medvetenhet om, och reflektion kring, makt och normer inom den psykiatriska tvångsvården. Författarna efterfrågar mer forskning för att hitta sätt att arbeta med den maktojämlikhet som existerar i en redan utsatt och integritetskränkande situation för patienten.

Nyckelord: Psykiatrisk tvångsvård, psykiatri, makt, kategoriseringar, avvikelse, normalitet, trovärdighet.

Abstract in English

Title: "The administrative court finds no reason to depart from the doctors' unanimous assessment" - A study on expressions of power in compulsory psychiatric care.

The aim of this study is to examine and understand how power is expressed and exercised in verdicts regarding the need for compulsory psychiatric care. This is done by investigating how social categorizations are expressed, how notions of normality and deviance are expressed and how expressions of power are seen in linguistic formulations. The material consists of 109 verdicts on compulsory psychiatric care, assessed by the administrative court. Thematic analysis with a discourse analytical perspective is used to analyze the material, and the theoretical framework consists of power theory, social constructivism, Mad studies and crip theory. The results present themes embodying several types of expressions of power in verdicts on compulsory psychiatric care. In the material, social categorizations such as "the well-known patient", "patient in need of support services" and "the patient incapable of knowing their own best" emerge. Throughout, the patient's credibility is assessed as low and little consideration is given to the patient's statements and attitude towards healthcare. Several notions of normality and deviance emerge, where behaviors seen as deviant in society's eyes often become reasons for compulsory care or are interpreted as symptoms of illness. Linguistic expressions of power can be seen in all themes, but also in the form of relative or vague statements. The study's conclusion shows that compulsory psychiatric care, and the negotiations that take place within it, contains several expressions of power structures and exercise of power that interact with each other. Linguistic formulations from experts become a form of exercise of power. The study also contains examples of when the patient is listened to and the reasons for compulsory care are supported in a clearer fashion, which are seen as good examples showing that exercise of power can be affected and changed. The authors of the study recognize a need for increased awareness and reflection on power and social norms within compulsory psychiatric care. The authors call for more research to find ways to work with the power inequality that exists in an already exposed and privacy-violating situation for the patient.

Key words: Compulsory psychiatric care, psychiatry, power, categorizations, deviance, normality, credibility.

Förord

Vi är tacksamma för kostnadsfri universitetsutbildning, universitetsbibliotek och folkbibliotek som tillsammans möjliggjort att vi kunnat skriva denna uppsats.

Vi vill tacka vår handledare Hanna Wikström för kloka råd, uppmuntran, reflektioner, omtanke, tips på litteratur samt bra och roliga samtal.

Vi vill tacka patienter, närstående och kollegor som vi möter i vårt dagliga arbete som hjälper oss få syn på och reflektera kring normer och uttryck för makt inom psykiatrisk tvångsvård.

Vi vill tacka våra nära och kära för moraliskt stöd, goda middagar och ovillkorlig kärlek.

Vi vill slutligen tacka varandra för gott samarbete, bra diskussioner, uthållighet, nyfikenhet, trevliga fikapauser och för en tro på en mer jämlik och normmedveten vård.

Vi hoppas att denna uppsats kan bidra till reflektion och dialog för att främja ökad medvetenhet om maktstrukturer inom psykiatrisk tvångsvård och med det på sikt en mer jämlik vård.

Helena & Catherine

11 januari 2024

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	3
Problemformulering	6
Syfte och frågeställningar.....	8
Studiens relevans för socialt arbete	8
Kontextualisering av uppsatsens ämne.....	9
Lagen om psykiatrisk tvångsvård.....	9
Tidigare forskning/kunskapsläge	13
Tvångsvård.....	13
Makt- och normkritiska perspektiv på psykiatriska tillstånd	16
Teori	18
Makt	18
Socialkonstruktivism och sociala kategoriseringar	21
Mad studies och cripteori	25
Metod	28
Datainsamling.....	28
Urval.....	29
Beskrivning av materialet.....	30
Analysmetod och tillvägagångssätt	31
Studiens tillförlitlighet.....	35
Kritisk metodreflektion och medvetna val	36
Arbetsfördelning.....	38
Etiska överväganden.....	39
Resultat och analys.....	42
Kategoriseringar	43
Underminerande av patientens trovärdighet.....	47
Föreställningar om avvikelse och normalitet	53
Relativa angivelser, vaga uttalanden och icke-relevant information.....	58
Goda exempel och undantag	61
Där det finns makt finns det motstånd.....	63
Diskussion	65
Förslag på fortsatt forskning.....	68
Avslutning	69
Referenslista	71
Bilaga 1	78
Bilaga 2	79

Centrala begrepp

Psykiska symtom – I denna studie använder vi termen ”psykiska symtom” som tecken och uttryck hos en person som kan bero på psykisk ohälsa, psykiatriska tillstånd eller psykisk sjukdom. Detta innefattar både det en person själv upplever och kan berätta om, och det som uppfattas av omgivningen, till exempel vårdpersonal. Det kan till exempel vara nedstämdhet, desorganiserat beteende eller sömnsvårigheter.

Psykisk ohälsa – Samlingsbegrepp för tillstånd som orsakar lidande för en individ. Både psykiska besvär som inte uppfyller diagnoskriterier och psykiatriska tillstånd omfattas av samlingsbegreppet. Dessa kan ha olika svårighetsgrad och varaktighet (Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten & Sveriges Kommuner och Regioner 2020).

Psykiatriskt tillstånd – Uttryck för psykisk ohälsa där kriterierna för en psykiatrisk diagnos uppfylls. Består ofta av flera olika psykiska besvär, som kvarstår under en sammanhängande tidsperiod. Psykiatriska tillstånd delas in i psykiska sjukdomar och syndrom samt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (Socialstyrelsen et al. 2020).

Psykisk sjukdom – Psykiatriskt tillstånd som kan debutera när som helst under livet, och uppfyller kriterierna för diagnos. Exempel på psykiska sjukdomar är depressiva syndrom, ångestsyndrom, beroendesjukdom, personlighetsyndrom och psykossjukdomar. Skiljer sig från neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som debuterar i barndomen (Socialstyrelsen et al. 2020).

Allvarlig psykisk störning – Term som fungerar som ett av tre kriterier inom Lagen för psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128). Till allvarlig psykisk störning räknas tillstånd av psykotisk karaktär, allvarliga depressioner med självmordstankar, svårartade personlighetsstörningar, svåra krisreaktioner som påverkar den psykiska funktionsnivån, alkoholpsykos och klara demenstillstånd, samt i vissa fall förvirringstillstånd relaterade till missbruk och i vissa fall abstinensstillstånd (Prop. 1990/91:58).

Inledning

Vi som skrivit denna uppsats arbetar som kuratorer inom slutenvårdspsykiatri och möter dagligen patienter som på grund av bland annat psykotiska symtom blir inlagda på sjukhus, många gånger mot sin egen vilja med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). På vår arbetsplats, på samma sätt som i övriga samhället, finns bland oss i personalen föreställningar om normalitet kopplat till bland annat kön, könsidentitet, sexualitet, etnicitet, andlighet och kultur. I samtal om patienterna bland oss vårdpersonal på avdelningen framkommer även föreställningar kopplade till vad som anses vara normalt respektive avvikande på andra sätt, till exempel hur patienters relation till sina anhöriga ser ut eller patienters förhållningssätt till myndigheter. Vid bedömningar av psykiska symtom kan det ibland vara en svår gränsdragning mellan vad som kan vara ett faktiskt psykiskt symtom och vad som kan vara normbrytande beteende. Normativa föreställningar framkommer i beskrivningar av patientens beteende i diskussioner kring patientens mående, tillstånd och psykiska hälsa, vilket i förlängningen innebär att dessa föreställningar blir en del av att bedöma patienten och patientens beteende i relation till friskhet och sjuklighet. Det handlar inte minst om att urskilja vad som är eller inte är psykiska symtom till skillnad från vad som kanske bara uppfattas som udda, normbrytande eller lite märkliga beteenden, men inte är symtom på psykisk sjukdom eller ett psykiatriskt tillstånd. Detta som vi beskrivit ovan är den förförståelse vi har med oss in i arbetet med denna uppsats. Den kommer ur våra erfarenheter av arbete inom psykiatrisk slutenvård, men även från teorier och perspektiv som vi har med oss som socionomer.

Kliniska bedömningar av psykiska symtom görs framför allt utifrån samtal, intervjuer och observationer av patienten som sedan jämförs med olika diagnoskriterier, då det inte går att påvisa ett psykiatriskt tillstånd med hjälp av till exempel blodprov eller röntgenbilder såsom det går att göra med många somatiska tillstånd och sjukdomar (Sadock, Sadock & Ruiz 2015). Bedömningar av psykiska symtom kan därmed bli svåra gränsdragningar då det i hög utsträckning handlar om sociala och inte biologisk-medicinska bedömningar. Läkare och andra som bedömer psykiska symtom behöver därför i hög utsträckning bedöma en patient i relation till vad som ses som mer eller mindre "onormalt" eller avvikande beteende för att avgöra huruvida en patient är frisk respektive sjuk. I alla vårdssammanhang har vårdpersonal makt över patienten i form av bland annat sin medicinska kunskap (Fioretos, Hansson & Nilsson 2013).

Med lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128) har läkaren dessutom makt att vårda en person mot hens vilja. I bedömningar av psykiska symtom finns därför mycket makt och maktutövning. Gränsdragningar mellan vad som anses vara normalt respektive avvikande, eller friskt respektive sjukt, innebär i vissa fall skillnaden mellan att vårdas och inte vårdas med tvång.

I vårt arbete märker vi på ronder och i andra samtal med kollegor att det kan finnas en bild av vilket typ av liv eller beteende som är önskvärt för patienten från vårdens sida. Detta uppfattar vi ofta är kopplat till föreställningar om en *bra* patient, som är enkel för vården att följa upp och arbeta med efter utskrivning från sjukhuset. Det kan till exempel handla om att patienten ska ha en vilja att arbeta eller studera, aktivera sig, ha ett eget hem, ta emot stöd, socialisera sig och inkludera anhöriga i sin vård och behandling. I andra fall kan det istället finnas frågeställningar från personal på avdelningen kring varför en person är inlagd, då personen inte uppvisar tydliga psykiska symtom. I dessa fall kan vårdpersonal beskriva att patienten inte gör någonting som bedöms som avvikande beteende som motiverar att patienten behöver vård. Avvikande beteende blir då synonymt med psykiska symtom.

Det ovan beskrivna är alltså dels våra intryck från den arbetsvardag vi befinner oss i, dels resonemang som stöds av teorier och forskning som vi kommer presentera i uppsatsen. Utifrån vår erfarenhet både som kuratorer inom psykiatrisk slutenvård och vår kunskap om sjukvården i övrigt upplever vi att det inom många delar av vården kan saknas olika typer av normkritiska perspektiv. Vi ser behov av en ökad medvetenhet i relation till hur gränserna för normalitet och avvikande beteende förhandlas och kommer till uttryck i bedömningar om psykiatrisk tvångsvård. Beslut om psykiatrisk tvångsvård är enligt oss en plats där bedömningar och gränsdragningar kring vad som utgör tecken på psykiska tillstånd tas till sin spets. Detta då argumentation för vårdbehov måste uttryckas på ett tydligt och uttalat sätt och många gånger behöver motiveras i formella ansökningar som sedan blir underlag för allmänna handlingar i form av domar. I denna uppsats önskar vi därför undersöka hur makt och samhällseliga föreställningar om normalitet och avvikelser kommer till uttryck vid bedömningar om huruvida en person är i behov av tvångsvård.

Bakgrund

Genom den medicinska modellens diagnossystem kategoriseras och patologiseras människor med psykisk problematik. Samtidigt skiftar benämningar och diagnoser genom historien och därmed vad som betraktas som normaltillstånd och avvikelse. (Andersson 2004, s. 60)

Normer i samhället påverkar vad som anses vara normalt och vad som anses vara avvikande (Dahlborg Lyckhage, Lau & Tengelin 2015). Skapandet av föreställningar om normalitet och avvikelse kan förstås genom att studera synen på sjukdom och funktionshinder (Jeppsson Grassman & Olin Lauritzen 2004). Sociala konstruktioner är alltid en aspekt av sjukdomstillstånd, på det sättet att normer och föreställningar ger sjukdomen social och kulturell mening (Mattsson 2021). Som citatet ovan beskriver kan synen på normalitet och avvikelse, liksom synen på sjukdom och friskhet, skifta över tid och rum (Andersson 2004).

Psykiatrin har en historia av att sjukdomsförklara olika typer av avvikande och normbrytande beteenden och människor (Johannisson 2015), och samhällets syn på vad som bedöms som psykiatriska tillstånd har varierat genom tiderna (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke 2010). I förmoderna samhällen kunde en person som idag hade uppfattats ha psykiska symtom, exempelvis på grund av att den hörde eller såg sådant som inte omgivningen gjorde, anses stå särskilt nära gudarna (Skårderud et al. 2010). Under 1600-talet i Europa blev personer som bedömdes som avvikande från normen för hur en samhällsmedborgare skulle vara inspärrade och avskilda från resten av befolkningen. Även om fokus under 1800-talet gradvis flyttades från inspärning till behandling blev många fortfarande isolerade (ibid). Piuva (2004) beskriver att när sociala aspekter i stället för endast biologiska började ses som del av bakgrunden till psykisk sjukdom psykiatriserades gamla moraliska krav. Exempel på detta är att det som tidigare kallades vanart, passivitet och egensinnigt uppträdande i stället blev diagnosen *neuros*. *Neuros* kom att användas som uttryck för lätt avvikande beteende och nervöst uppträdande (ibid).

Ett framträdande tema vid läsning om synen på psykisk sjukdom historiskt är att föreställningar om vad som är normalt, och samhällets syn på hur en människa bör bete sig, har påverkat bedömningar av vilka människor som anses vara "sinnessjuka", "vansinniga" eller, som det formuleras i lagen om psykiatrisk tvångsvård, lida av en *allvarlig psykisk störning*.

Föreställningar om kön, klass, sexualitet och kultur påverkar när ett tillstånd anses gå över gränsen till vad som bedöms som sjukligt (Johannisson 2015). Exempelvis har normer kring kön, framför allt hur en kvinna ska vara, påverkat vad som anses vara friskt och sjukt. Kvinnlig sexualitet har patologiserats och kvinnors normbrytande beteende har definierats som förvirring, psykisk sjukdom eller galenskap (ibid). Kvinnors biologi och biologiska funktioner har kopplats samman med sjukdomar som depression (Rhodén 2020), och kvinnor var överrepresenterade när det gäller lobotomi som används som behandlingsmetod in på 1960-talet, där anledningarna som angavs var kopplade till kvinnornas sexualitet (Johannisson 2015). Homosexualitet klassades fram till 1979 som sjukdom och behandlades bland annat med elchocker (Forum för levande historia, u.å.). Könsdysfori är än idag en diagnos enligt ICD-10 och DSM-5 (American Psychiatric Association 2014; Socialstyrelsen 2020). I Sverige har idéer om normalitet och avvikelse varit starkt sammankopplade med byggandet av folkhemmet och samhället har begränsat reproduktionen för personer som på olika sätt ansetts vara icke-önskvärda (Szönyi 2004). Steriliseringslagar infördes 1934 och 1941 där anledningar till sterilisering utgick från rasbiologiska, sociala och medicinska skäl (SOU 2000:20). Dessa lagar gällde fram till 1976 (ibid). Lagkrav på sterilisering vid ändrad könstillhörighet fanns kvar fram till 2013 då detta togs bort (Bet. 2012/13:SoU24).

Vad som anses vara ett normalt eller normativt beteende kan skilja sig över tid, men också mellan olika kulturer och traditioner. Element som magi kan anses som vanföreställningar i en miljö, men oproblematiskt i en annan (Bäärnhielm 2014). Religiösa upplevelser med syn- och hörselinslag kan i vissa kontexter ses som psykotiska hallucinationer, men som en eftersträvansvärd upplevelse i andra. Hur en person uttrycker känslor och användande av kroppsspråk och ögonkontakt kan vara ytterst bundet till en persons kulturella kontext och uppfostran (ibid). Begrepp kring psykiskt lidande kan skilja sig mellan olika språk och kulturer (Bäärnhielm 2018). Detta gör att det finns risk för att uttryck för lidande misstolkas av professionella som utgår från att patienten har samma begreppsapparat eller förståelse för lidande som de själva (ibid).

Varje år vårdas 11–12 000 människor i Sverige enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (Socialstyrelsens statistikdatabas 2023). Statistik visar att det finns tydliga regionala skillnader över landet, gällande antal personer intagna enligt psykiatrisk tvångsvård (ibid). Detta antyder

att det finns skillnader i bedömningar av behovet av tvångsvård eller vad som är en *allvarlig psykisk störning*. Flertalet artiklar, rapporter och offentligt insamlad statistik visar att det finns ojämlikhet när det gäller psykisk ohälsa och psykiatrisk vård, inte minst kopplat till ras, etnicitet, klass och kön. Personer som invandrat, samt barn till personer som invandrat, sjukhusvårdas på grund av psykossjukdom två till tre gånger oftare än personer som är födda i Sverige (Socialstyrelsen 2009). Utlandsfödda patienter inom psykiatrisk slutenvård upplever sämre bemötande än svenskfödda patienter (Dahlborg Lyckhage 2015). Låg utbildningsnivå, låg inkomst, och låg social status på arbete ger större risk att drabbas av depression (Tengelin 2015). Vid psykossjukdom ordinerar högutbildade mer adekvata mediciner än lågutbildade (ibid). Män dör i suicid i högre utsträckning än kvinnor (Simonsson Runger 2015). Det är betydligt vanligare att utlandsfödda personer tvångsvårdas vid ett förstagångsinsjuknande i psykos jämfört med svenskfödda personer (Terhune et al. 2020). Västra Götalandsregionens enhet Kunskapscentrum för jämlik vård lyfter i rapporten *Psykisk sjukdom och könsskillnader* att män har längre vårdtid och fler vårdtillfällen än kvinnor, att kvinnor får mer lugnande medicin än män samt att kvinnor i snitt får vänta på diagnos 200 dagar längre än män (Wallin 2013). Dessa studier undersöker inte orsaker till varför det finns en ojämlikhet i psykiatrisk vård, men Terhune et al. (2020) för fram att strukturell rasism kan vara en förklaring till ojämlikheten i tvångsvård och Wallin (2013) lyfter att föreställningar om kön kan påverka vård och behandling.

Normer kan beskrivas som föreställningar och värderingar i samhället som handlar om hur personer ska bete sig (Dahlborg Lyckhage et al. 2015). Personer socialiseras både in i, och utifrån, samhällets värderingar och normer (Hörnqvist 2012). Detta gör att dessa ses som något naturligt och självklart. Följs inte normerna är det förbundet med sanktioner, som kan användas som verktyg för att återföra den avvikande till det som anses vara normalt (ibid). Det finns därför en strävan att uppfattas som så "normal" som möjligt, då den som inte uppfyller normalitetens krav riskerar att definieras som avvikare och marginaliseras (Szönyi 2004). Normer leder till social ojämlikhet och sociala hierarkier genom att de utesluter individer eller grupper från olika sammanhang (Dahlborg Lyckhage et al. 2015). Konstruktionen av normer är en typ av maktutövning som också innebär stigmatisering av de som avviker från eller står utanför samhällets normer (de los Reyes & Mulinari 2023). Som vi beskrivit ovan är det tydligt

att föreställningar om normalitet och avvikelser har varit och fortfarande är betydande inom psykiatrisk vård, och att dessa föreställningar där blir omskrivningar för friskt och sjukt.

Problemformulering

Vi ser att det finns en betydande maktobalans mellan vårdpersonal och patient vid psykiatrisk tvångsvård. Bedömningen om en person ska vårdas mot sin vilja enligt LPT görs i första skedet av läkare, och vid fastställande och fortsatt vård av domare och nämndemän i förvaltningsrätten (Wallsten 2013). Läkaren besitter därmed en formell makt att besluta kring tvångsvård, och det kan även finnas en underliggande dold informell makt över patienten om denne är medveten om att vissa beteenden eller samarbetssvårigheter kan leda till tvångsåtgärder (ibid). Lagen ger utrymme för läkarens individuella bedömning och tolkning av vad som ska ses som en *allvarlig psykisk störning* då det inte finns tydliga bedömningskriterier i lagtexten (Sjöstrand et al. 2015; Lundahl, Helgesson & Juth 2018). I remissvar inför införandet av lagen om psykiatrisk tvångsvård nämns oro för att begreppet är för oprecist och att det finns risk att tvång utifrån det skulle öka (Prop. 1990/91:58). *Allvarlig psykisk störning* är det juridiska begrepp som används i lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128), och för att vara tydliga med att det är just detta juridiska begrepp vi hänvisar till skriver vi det i denna studie kursiverat.

Att vårdas med tvång är en stor inskränkning i en persons integritet och vi som skriver denna uppsats menar att det därför blir extra viktigt att både chefsöverläkare och förvaltningsrätt är medvetna om och kan reflektera kring vad en ansökan om fortsatt tvångsvård baseras på, och att detta är vedertagen medicinsk kunskap och inte egna föreställningar eller samhällliga normer om hur en person "ska vara". I *Vårdhandboken* beskrivs hur all hälso- och sjukvård ska sträva efter en personcentrerad vård, där värdighet, ömsesidighet och vilja ska vara ledande kärnord och patientens egen berättelse ska vara det centrala (Boström & Fischer Grönlund 2023). Men hur vet vi som arbetar inom vården när en patient inte längre kan vara expert på sig själv? När slutar patienten att ses som trovärdig? Var går gränsen mellan att avvika från normen och att ha en *allvarlig psykisk störning*? När är en person djupt religiös och när är hen drabbad av religiösa vanföreställningar? Hur vet vi som vårdpersonal om en rädsla är legitim och baserad på erfarenheter en person har från uppväxt, familj, trauma eller nuvarande situation eller om det är paranoia? I vilka avseenden får människor leva som de önskar och i vilka avseenden patologiseras deras beteende för att de avviker från normen? Och när betraktas

beteenden som kan ses som normala i vissa sammanhang och onormala i andra som grund för att en människa behöver vårdas med stöd av LPT?

Mot denna bakgrund önskar vi, med hjälp av maktkritiska perspektiv, undersöka hur dagens psykiatri påverkas av bland annat samhällseliga föreställningar om normalitet. Vårt syfte är inte att undersöka *om* makt förekommer i domar om tvångsvård, utan *hur* den kommer till uttryck. Det finns många möjliga sätt att göra en sådan undersökning. I denna uppsats har vi valt att studera och analysera uttryck för makt i resonemang i domar om tvångsvård. Vi kommer att beskriva mer utförligt nedan, framför allt i metodkapitlet, om valet av material att studera samt hur vi har gått till väga för att inhämta domar och analysera dem. Vi varken kan eller önskar undersöka om de medicinska och juridiska bedömningarna är korrekta, då detta faller utanför vårt fält som socialarbetare och utanför vad som är möjligt att studera utifrån vårt material.

Syftet med denna uppsats är att synliggöra och analysera hur maktstrukturer kommer till uttryck. Vi önskar inte på något sätt förminska eller relativisera psykiskt lidande. Vi har förståelse för att personer ibland behöver vårdas med stöd av LPT, för att skydda personen själv eller för att skydda andra. Utifrån vår yrkeserfarenhet inom psykiatrin ser vi också att det många gånger är strukturella faktorer som fattigdom, bostadslöshet, diskriminering och ensamhet som påverkar, och ibland orsakar, psykiskt lidande. Detta är faktorer som sjukvården inte kan påverka direkt för den enskilda patienten men ändå behöver förhålla sig till, i och med att personer på grund av dessa faktorer ibland mår så psykiskt dåligt att de behöver slutenvård. Vi har förståelse för att det är svåra beslut som behöver fattas av läkare vid intagningsbeslut och andra beslut kopplat till tvångsvård såsom tvångsmedicinering och andra tvångsåtgärder. Vidare har även förvaltningsrätten svåra beslut att fatta vid en ansökan om fortsatt tvångsvård. Faktumet att bedömningar om tvångsvård är svåra och komplexa gör dock inte att de inte ska undersökas och granskas. Tvärtom, som vi nämner i inledningen, är det utifrån en strävan efter jämlik vård, patientsäkerhet och rättssäkerhet, viktigt att tvångsvården kan granskas.

Syfte och frågeställningar

Vårt syfte med denna uppsats är att undersöka hur makt uttrycks och utövas i bedömningar om behov av psykiatrisk tvångsvård. Våra frågeställningar är:

- Hur ser sociala kategoriseringar ut i domar om psykiatrisk tvångsvård?
- Hur uttrycks föreställningar om normalitet respektive avvikelse i resonemang om psykiatrisk tvångsvård?
- Hur går det att se uttryck för makt i språkliga formuleringar i domar om psykiatrisk tvångsvård?

Studiens relevans för socialt arbete

Inom socialt arbete är det viktigt att medvetandegöra hur maktstrukturer påverkar oss, för att kunna utmana och förändra dem (Mattsson 2021). Sjukvården är en plats där socialt arbete utförs i samspel med det medicinska arbetet. Syftet med denna uppsats är att undersöka hur makt kommer till uttryck inom psykiatrisk tvångsvård, som en del av ett arbete för att kunna synliggöra och förändra maktstrukturer inom sjukvården. Detta då vi som vårdpersonal riskerar att göra antaganden om patienters behov utifrån föreställningar som vi inte är medvetna om (Pherson 2015).

Med denna studie har vi förhoppning om att bidra till en fortsatt utveckling av verksamheter som sjukvården och rättsväsendet, för att kunna ge mer jämlik vård och bemötande. Vi hoppas att det vi kan få syn på genom denna undersökning kan hjälpa oss i den psykiatriska sjukvården att bli mer medvetna om normativa föreställningar och hur dessa kan påverka vår syn på vad som är normalt respektive avvikande, vad som är psykiatriska tillstånd och psykiska symtom och vad som är friskt respektive sjukt.

Kontextualisering av uppsatsens ämne

I kommande avsnitt kontextualiseras studien genom att beskriva det lagrum, *Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)*, som tvångsvården verkar inom. Utöver LPT är flera andra lagar aktuella och relevanta för patienter och vårdpersonal inom psykiatrisk tvångsvård, såsom hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen och patientsäkerhetslagen. Dessa lagar är gemensamma för hela hälso- och sjukvården, medan LPT är unik för just tvångsvård. Eftersom vi i denna uppsats fokuserar på psykiatrisk tvångsvård, är det därför LPT som vi kommer att beskriva i detta kapitel.

Lagen om psykiatrisk tvångsvård

Sedan 1991 är det i Sverige lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128) §3 som beskriver vilka kriterier som behöver bli uppfyllda för att tvångsvård ska bli aktuellt.

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 (SFS 1991:1128 §3).

I något enklare ordalag sammanfattar Socialstyrelsen (2021) kriterierna för sluten psykiatrisk tvångsvård enligt följande tre punkter:

1. patienten lider av en allvarlig psykisk störning (som inte enbart är en utvecklingsstörning),
2. patienten har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för sluten psykiatrisk tvångsvård, och
3. patienten inte samtycker till frivillig psykiatrisk vård eller om det finns grundat skäl att tro att vård inte kan ges med patientens samtycke. (Socialstyrelsen 2021).

I proposition 1990/91:58 beskrivs gången för hur en person kan komma att vårdas enligt psykiatrisk tvångsvård. Först behöver ett vårdintyg skrivas av en legitimerad läkare och därefter behöver ett intagningsbeslut fattas av en annan läkare, som behöver vara specialistläkare i psykiatri. Intagningsbeslut behöver fattas inom 24 timmar från att vårdintyget skrivs. När intagningsbeslut är fattat kan tvångsvården pågå i högst fyra veckor. Genom en överklagan från patienten kan vården närsomhelst prövas rättsligt. Om läkaren anser att tvångsvården behöver fortsätta efter fyra veckor behöver hen ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till det. Ett medgivande från förvaltningsrätten ger möjlighet till tvångsvård i ytterligare högst fyra månader räknat från intagningsbeslutet. Fortsatt förlängning kräver ytterligare prövning i domstol, och gäller då som längst i sex månader (Prop. 1990/91:58).

Inför en ansökan om fortsatt psykiatrisk tvångsvård skickar läkaren in en ansökan till förvaltningsrätten (Sveriges Domstolar 2021a). När det gäller mål om psykiatrisk tvångsvård sker det i regel en muntlig förhandling, där samtliga parter som deltar kan få möjlighet att komplettera, förtydliga och besvara frågor (ibid). Vid den muntliga förhandlingen deltar patienten, patientens offentliga biträde som bekostas av staten, chefsöverläkaren som ansökt om psykiatrisk tvångsvård, en sakkunnig läkare, domare och oftast tre nämndemän (Sveriges Domstolar 2021b). Ofta finns även en protokollförare från domstolen närvarande och, om patienten önskar, kan även en stödperson vara med (ibid). Förhandlingar gällande psykiatrisk tvångsvård hålls som regel bakom stängda dörrar, vilket innebär att endast de som direkt berörs medverkar och att förhandlingen därmed inte är öppen för allmänheten. Rättens, det vill säga domares och nämndemäns, beslut gällande tvångsvården kan meddelas direkt vid förhandlingen eller efter några dagar (ibid).

När en patient ska skrivas ut från slutenvård till öppenvård, och personen i fråga har vårdats med sluten psykiatrisk tvångsvård, har chefsöverläkare möjlighet att ansöka om öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) inför utskrivningen. Detta regleras i LPT (SFS 1991:1128) §3

första stycket punkt 2. Chefsöverläkare ansöker då till förvaltningsrätten om utskrivning där patienten bedöms behöva iaktta särskilda villkor för att den ska få nödvändig psykiatrisk vård, vilka exempelvis kan vara att hålla kontakt med en öppenvårdsmottagning och att ta ordinerad medicin, men villkor kan även vara att vistas på ett visst ställe eller avstå från berusningsmedel (SFS 1991:1128 §26 tredje stycket).

I förarbetena till LPT beskrivs att den föreslagna lagstiftningen syftar till att vara mer anpassad efter den delvis ändrade synen på psykiska störningar sedan den tidigare lagen "Lag om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall" infördes på 60-talet (Prop. 1990/91:58). Den tidigare beteckningen "psykisk sjukdom" användes i den tidigare lagen på grund av att det fanns ett dominant medicinskt och biologiskt synsätt inom psykiatrin och det fanns ett önskemål om att den psykiatriska vården skulle närma sig den somatiska. Beredningen önskade vid framtagandet av den nya lagen markera utvecklingen som skett inom psykiatrin, att inte enbart biologiska grunder påverkar psykiska hälsoproblem, utan även sociala och psykosociala aspekter, och ändrade därför begreppet till *allvarlig psykisk störning* (ibid). Johanson (1993) beskriver hur grunderna för sluten psykiatrisk tvångsvård ändrades från att den enskilde skulle lida av psykisk sjukdom i kombination med en av följande indikationer; brist på sjukdomsinsikt, fara för sig själv eller andra, oförmåga att ta hand om sig själv, störa omgivningen eller innebära fara för någons egendom. Den nya lagen skulle i stället utgå från begreppet *allvarlig psykisk störning* med oundgängligt behov av inläggande vård där patienten själv motsätter sig vården eller inte är i stånd att fatta ett sådant beslut (ibid).

Den nya lagen föreslogs också ha ökad rättslig kontroll och begränsade vårdtider (Prop. 1990/91:58). Det nya lagförslaget förtydligade att förvaltningsrätten inte bara ska pröva om det finns en *allvarlig psykisk störning* och ett oundgängligt behov av vård, utan även ta ställning till om det kan finnas andra tillräckliga former av behandling eller stöd som patienten skulle kunna acceptera på frivillig väg. I den nya lagen föreslogs även tydligare regler kring läkarens möjlighet till användning av tvångsåtgärder, såsom kvarhållning, bältesläggning, besöksförbud, isolering och kroppsvisitationer (ibid). Med lagändringen kom också separata lagar för psykiatrisk tvångsvård (LPT) och rättspsykiatrisk vård (LRV), vilket tidigare reglerats i samma lag (Johanson 1993). I denna studie refererar vi alltid till Lagen om psykiatrisk tvångsvård

(LPT) när vi skriver om tvångsvård, och kommer inte att behandla LRV eller någon annan tvångsvårdslagstiftning.

Vissa instanser, däribland Socialstyrelsen, allmänna domstolar och läkarorganisationer, uttryckte oro över det nya begreppet *allvarlig psykisk störning* (Prop. 1990/91:58). De menade att det var för oprecist och därför inte rättssäkert. Oron var att begreppet skulle medföra en ökad användning av tvång, vilket var motsatsen till syftet med beredningens förslag. I propositionen beskrivs att till *allvarlig psykisk störning* räknas tillstånd av psykotisk karaktär, som specificeras på följande vis:

[...] således tillstånd med störd realitetsvärdering och med symtom av typen vanföreställningar, hallucinationer och förvirring (Prop. 1990/91:58, s. 85).

Till begreppet *allvarlig psykisk störning* räknas i lagen även allvarliga depressioner med självmordstankar, svårartade personlighetsstörningar, svåra krisreaktioner som påverkar den psykiska funktionsnivån, alkoholpsykoser och klara demenstillstånd (Prop. 1990/91:58). Även förvirringstillstånd relaterade till missbruk och i vissa fall abstinensstillstånd bedöms under kortare tid kunna räknas in i begreppet (ibid). Tydligare definitioner än så av de tillstånd som räknas in i begreppet *allvarlig psykisk störning* beskrivs inte i lagtext eller propositionen.

Tidigare forskning/kunskapsläge

Vi har letat tidigare forskning framför allt genom databasen Scopus, och även i databaserna PubMed och HeinOnline. Dessa databaser valdes ut då respektive databas är stora inom områdena socialt arbete, medicin och juridik. Vi har även hittat en del artiklar genom att de varit referenser i andra artiklar vi läst. Vid sökning och genomläsning av tidigare forskning uppfattar vi det som att tvångsvård inte verkar vara ett omfattande ämne för forskning och studier, speciellt inte i en svensk kontext. Vi sökte brett utifrån sökord på engelska som bland annat compulsory care, Sweden, psykiatr*, mental illness, social categor* och norm* i olika konstellationer, men fick ändå inte särskilt många träffar. Av de artiklar vi hittade har vi valt ut ett antal som vi ser som relevanta för vårt syfte och våra frågeställningar. I denna del om tidigare forskning kommer vi att gå igenom dessa studier som behandlar dels tvångsvård, dels norm- och maktkritiska perspektiv på psykiatri och psykisk sjukdom.

Tvångsvård

I en kvalitativ intervjustudie av Sjöstrand et al. (2015) där läkare intervjuats om etiska aspekter av tvångsvård menar de intervjuade att lagen ger utrymme för läkarens individuella bedömning och tolkning när det gäller att ta beslut om tvångsvård. Lagen definierar inte vad som är en *allvarlig psykisk störning*, utan det är upp till läkaren att bedöma det utifrån patientens uppvisade symtom. Personer med psykotiska symtom och personer med suicidtankar eller suicidplaner tas upp som exempel på patienter där det är vanligt förekommande att läkare beslutar om tvångsvård (ibid). I en intervjustudie om tvångsvård vid emotionellt instabilt personlighetssyndrom lyfts liknande resonemang om att vad som anses vara en *allvarlig psykisk störning* handlar mycket om läkarens personliga bedömning (Lundahl et al. 2018). Denna studie menar också att det kan finnas sociopolitiska skäl, som att skydda läkaren eller kliniken från anklagelser om att inte ha skyddat patienter tillräckligt från självskada eller suicid, till att läkare bedömer att det finns skäl för tvångsvård (ibid).

Ytterligare en studie belyser frånvaron av tydlig definition av begreppet *allvarlig psykisk störning*. Radovic, Eriksson och Kindström Dahlin (2020) har intervjuat läkare, domare, nämndemän, sakkunniga läkare och juridiska ombud om när patienter anses sakna sjukdomsinsikt. De beskriver att begreppet sjukdomsinsikt ofta används i förhandlingar om

tvångsvård i Sverige, men sällan har en tydlig eller avgränsad definition. Informanterna i studien kopplar ingen eller bristande sjukdomsinsikt till alla kriterier för tvångsvård, där det kan betyda såväl *allvarlig psykisk störning*, behov av dygnetruntvård, som oförmåga att ta ställning till erbjuden vård. Artikelförfattarna menar att detta är problematiskt både ur juridiska och etiska perspektiv. De skriver att utifrån informanternas förståelse av sjukdomsinsikt betyder denna att hålla med specialistläkaren, och författarna menar att denna förståelse och användning av sjukdomsinsikt lämnar väldigt lite utrymme för patienterna att argumentera för sin sak just eftersom de anses sakna själv- och sjukdomsinsikt. Artikelförfattarna menar att det inte går att som standard utgå från att läkaren alltid har rätt och patienten fel med hänvisning till att patienten saknar sjukdomsinsikt (ibid).

En studie som går igenom alla domar om ÖPT i Sverige under en 6-månadersperiod 2009 belyser att genomgångna domar inte möter kraven på transparens, opartiskhet, tydlighet och kontinuitet (Zetterberg, Sjöström & Markström 2014). Domarna saknar information om patientens tillstånd och situation, vilket gör det svårt att utifrån bedöma om patienten uppnår kriterierna för behov av tvångsvård. Artikelns genomgång visar även på regionala skillnader mellan olika domstolar i Sverige, vilket gör att patienter riskerar att bedömas och behandlas olika beroende på var de bor eller befinner sig. Slutligen menar artikelförfattarna att domarna inte uppnår opartiskhet då mer än 99% av domarna går i linje med ansökan från chefsöverläkaren, och även att den sakkunnige läkaren i 99% av fallen gör samma bedömning som den ansökande läkaren (ibid).

I en studie av Kjellin, Östman och Östman (2008) beskrivs utvecklingen av psykiatri i Sverige från 1979 till 2002, och i den undersöks även regionala skillnader. Studiens resultat visar på stora regionala skillnader gällande antal patienter som fick psykiatrisk tvångsvård, men i jämförelse mellan regioner med högt antal patienter och lågt antal patienter framkom inga större skillnader gällande aspekter som geografisk placering på avdelningen eller mottagningen, mängd vårdplatser, antal personal, vårdavgifter, utbildning eller vårdprogram. Författarna lyfter frågan vad det är som gör att så stora regionala skillnader kan förekomma när förutsättningarna verkar vara liknande och diskuterar om variationerna kan bero på klinikens ledarskap, och om sjukhusledningens värderingar påverkar hur tvångsvård används inom regionerna (ibid).

En annan studie om tvångsvård i Sverige mellan 2001 och 2016 visar att utlandsfödda och barn till utlandsfödda löper större risk att tvångsvårdas vid förstagångsinsjuknande i psykos (Terhune et al. 2020). Risken att tvångsvårdas var mer kopplad till region som personen eller personens föräldrar kom ifrån, där Afrika, sydvästra Asien och utomnordiska Europa innebar störst risk. Jämfört med personer med föräldrar födda i Sverige löpte även personer med blandad svensk och nordisk bakgrund större risk för tvångsvård. I studien tas strukturell och institutionaliserad rasism upp som en möjlig orsak till detta samband, och att den bidrar till den oproportionerliga mängden patienter inom psykiatrisk tvångsvård som har migrantbakgrund eller tillhör en minoritetsgrupp (ibid).

Flera studier från USA och Europa menar att synliga minoriteter som till exempel svarta löper större risk att tvångsvårdas inom psykiatri (Baker et al. 2021). En studie av DeLuca et al. (2022) lyfter att diskriminerande strukturer påverkar tillgång till vård genom att program som ska fånga upp unga med hög risk för att utveckla psykossjukdom riskerar att göra detta i mindre utsträckning på grund av en ojämlik sjukvård. Enligt en portugisisk studie som granskat vårdtider och antal vårdtillfällen inom psykiatrisk vård, hade patienter med högre ålder, med psykossjukdom och som vårdades enligt tvångsvård ofta längre vårdtider (Silva et al. 2020). Patienter med kortare vårdtider var ofta gifta, hade högre utbildningsnivå och vårdades för suicidförsök eller beroendeproblematik. Patienter som hade gått i pension eller förtidspension, hade en psykosdiagnos och vårdades med tvång hade också i regel fler än en inläggning per år. I studien diskuteras behovet av att kunna arbeta förebyggande, exempelvis i form av individanpassat stöd och öppenvård efter utskrivning från sjukhuset (ibid).

I flera av de ovan nämnda studierna om tvångsvård i Sverige (Sjöstrand et al. 2015; Lundahl et al. 2018; Radovic et al. 2020) lyfts alltså problematiken att begreppet *allvarlig psykisk störning* inte är tydligt definierat. På grund av att en tydlig definition saknas blir det läkarens individuella bedömning vad som ska anses vara en *allvarlig psykisk störning*, och begreppet sätts i vissa fall i samband med andra också otydligt definierade begrepp som exempelvis sjukdomsinsikt. Detta ser vi som relevant bakgrund till vår studie då frånvaron av tydligt definierade juridiska begrepp lämnar utrymme för individuella bedömningar som kan påverkas av personliga föreställningar. Tidigare forskning och rapporter visar också på regionala skillnader och skillnader utifrån födelseland för patienten när det gäller risk att tvångsvårdas. Även detta visar att det finns risk

att personliga föreställningar och strukturella maktstrukturer påverkar bedömningar om vem som är i behov av tvångsvård.

Makt- och normkritiska perspektiv på psykiatriska tillstånd

I *Vansinnets historia* betonar Foucault att begrepp och kategorier som används inom den moderna psykiatrin är skapade kulturellt och har producerats tillsammans med vetenskapen samt att vad som definieras som psykisk sjukdom är beroende av den rådande diskursen i samhället, det vill säga samhällssynen (Nilsson 2008; Foucault 2010).

Normbrytande beteenden kopplat till exempelvis kön och/eller sexualitet har under lång tid setts som “onaturliga” och utifrån detta klassats som kriminella eller sjukdomstillstånd (Bhugra et al. 2022). Pherson och Tengelin (2015) beskriver att normer kring könsidentitet och könsuttryck riskerar att påverka hur symtom tolkas eller inte tolkas som sjukdom inom psykiatrin. Hassim och Wagner (2013) lyfter i en litteraturgenomgång med material från flera länder hur den kulturella kontexten påverkar bedömningen av vad som anses patologiskt, och vikten av att kliniker känner till patientens kulturella kontext för att inte riskera att feldiagnostisera. De tar som exempel hur erfarenheter och tolkningar av bland annat hallucinationer påverkas av kulturella föreställningar och utifrån dessa kan tolkas som antingen patologiska eller övernaturliga.

I en artikel från USA lyfter O'Connor och Vandenberg (2009) att vårdpersonal bedömer personers tro eller uppfattningar mer eller mindre som vanföreställningar utifrån hur överensstämmande de är med etablerade föreställningar och normer i samhället. Artikeln lyfter problematiken att en persons uppfattning kan bli sjukdomsförklarad beroende på vilken ställning den har i relation till i samhället rådande uppfattningar. O'Connor och Vandenberg ställer frågan om en vanföreställning kan bli normaliserad om tillräckligt många tror på den (ibid). Harper (2021) lyfter en liknande frågeställning, att vad som bedöms vara en vanföreställning ofta handlar om sociala normer. Harper tar som exempel att den vårdpersonal som bedömer om en person har vanföreställningar gör detta i relation till vad som är “common sense” och för det mesta inte på allvar försöker utforska vad det är personen berättar utifrån empiriska data. Även kopplingen kring upplevelser av maktlöshet och hur dessa kan leda till

vad som bedöms som paranoia lyfts, då en person kan börja möta världen med misstänksamhet utifrån tidigare erfarenheter av diskriminering (ibid).

Rosenberg (1984) lyfter redan på 1980-talet i en USA-baserad studie frågeställningen vad det är som gör att vissa typer av funktionsnedsättningar och avvikande beteenden bedöms som sjukdom medan andra inte gör det. Rosenberg tar som exempel att vissa beteenden klassas som kriminella, andra som bara lata eller dumma, medan andra klassas som sjukdom. Vidare lyfts perspektivet att för att en person ska bedömas som psykotisk behövs två personer, personen som ska bedömas och även en annan person som observerar (ibid). Bedömning av psykiska symtom är alltså en relationell social praktik.

Timander (2020) menar att det inom psykiatrisk sjukvård i Sverige finns ett ideal av förnuft och rationalitet som gör att det som avviker från detta ideal bedöms som avvikande och patologiseras. Muenzenmaier et al. (2015) beskriver i en artikel publicerad i USA hur ett normmedvetet bemötande och ett intersektionellt perspektiv kan öppna upp för en mer komplex och omfattande förståelse för den enskilde och deras symtom.

Ovanstående studier ger exempel på hur föreställningar om normalitet och avvikelse kan påverka diagnosticering och bedömningar av psykiatriska tillstånd och psykiska symtom. En del av denna forskning lyfter att föreställningar om till exempel kön, kultur och religion påverkar vad som bedöms som "normalt". Vi ser dessa studier som en relevant inramning till vår uppsats då det vi vill göra är att undersöka just hur föreställningar om normalitet och avvikelse kan uttryckas i resonemang om psykiatrisk tvångsvård.

Teori

För att analysera vårt material har vi valt att utgå från teorier om *makt*, *socialkonstruktivism* och perspektiv från *Mad studies* samt *cripteori*. Vi har valt dessa teorier och perspektiv för att kunna undersöka och synliggöra hur makt kommer till uttryck i domar om tvångsvård. Dessa teorier och perspektiv kan även användas för att analysera hur språk används som maktutövning, vilket också är något vi vill undersöka i vårt material.

Makt

Makt finns överallt i samhället och i alla typer av relationer (Hörnqvist 2012), och därmed även inom psykiatrisk sjukvård. Makt är komplext och föränderligt och något som görs i interaktionen mellan människor (de los Reyes & Mulinari 2023). Foucault menar att makten alltid finns där, men förändras över tid och tar sig nya och mindre tydliga uttryck (Mattsson 2005). Enligt Foucault handlar makt om att påverka andras handlingar, och det är både en aktivitet som utövas och en relation (Nilsson 2008; Hörnqvist 2012). En form av maktutövning är konstruktionen av normalitet, vad som ses som “*det rätta, möjliga och naturliga*” (de los Reyes & Mulinari 2023, s. 36 kursivering i original), och en del av denna maktutövning är stigmatiseringen av de som på olika sätt står utanför eller bryter mot samhällets normer (ibid).

Foucault skiljer på *repressiv makt*, som syftar till att upprätthålla lagar och på så sätt förhindra vissa beteenden, och *produktiv makt*, som syftar till att upprätthålla normer och på så sätt framkalla vissa beteenden (Hörnqvist 2012). Maktutövning sker genom att påverka underordnades beteende mot lag, så kallad repressiv makt, eller mot norm, så kallad produktiv makt. Normöverskridande beteende bestraffas av den produktiva makten (ibid). Makten är även produktiv på det sätt att den producerar kunskap och diskurser (Börjesson & Rehn 2022). Diskurser, ursprungligen kallat diskursiva formationer, är språkliga utsagor som är kopplade till praktik, och bidrar på det sättet till att forma samhället (Nilsson 2008). Ett annat sätt att beskriva diskurser är som sanningsregimer, då de “ger ramar för vad vi kan uttrycka och förstå” (Mattsson 2021. s. 35).

Maktstrukturer är krafter som skapar kategorier i samhället och sedan ordnar dessa hierarkiskt i relation till varandra (Mattsson 2021). Dessa kategorier definierar normer och gränser för vilka

som innesluts i en gemenskap och vilka som anses vara avvikande (Fioretos 2009). Annanhet konstrueras i detta genom att framställa *den andra* som underlägsen, främmande och avvikande (de los Reyes & Mulinari 2023). Foucault menar att det sätt som vi människor skapar ordning i världen, genom språk, uppdelningar och hierarkier, är genomsyrat av makt (Börjesson & Rehn 2022). Var gränsen går mellan vad som anses vara normalt respektive avvikande definieras utifrån dikotomier och uteslutning av det som inte ryms inom ramen för normalitet (Hörnqvist 2012).

För att förstå hur maktstrukturer upprätthålls och hur konstruktionen av vad som förstås som normalt och som avvikande går till, måste vi uppmärksamma att överordnade grupper på grund av sin maktposition har företräde när det gäller att definiera hur världen ska tolkas. (Mattsson 2021, s. 42).

Foucault menar att kunskap aldrig är fri från maktrelationer, och att de grupper som har makt i samhället också får definiera vad som är kunskap (Mattsson 2021). Enligt Foucault har olika samhällen och olika historiska perioder specifika makt-kunskapsregimer som producerar sanningar, vilket gör att vissa föreställningar om till exempel sjukdom och galenskap ses som sanning under en viss period (Nilsson 2008). I kunskap finns en klassificerande funktion, där människan som studeras eller undersöks tilldelas en identitet (Hörnqvist 2012). Eftersom makt och kunskap är så intimt sammanvävda kommer den kunskap som produceras gynna makten (Mattsson 2021), och för Foucault var ett exempel på detta den psykiatriska vetenskapen som har makt att definiera någon som avvikande (Börjesson & Rehn 2022). Sjukhus beskrivs av Foucault som en plats där individen görs till ett objekt som kan analyseras och beskrivas (Hörnqvist 2012). Språket blir ett uttryck för makt genom att användas för att tala om vad som är relevant med en person (Börjesson & Rehn 2022). Beroende på sammanhang och vem som talar så väljs delar av allt det en person är och kan vara ut, det bestäms vad som är relevant med personen i fråga i den aktuella kontexten och allt annat personen är och kan vara osynliggörs (ibid).

Maktstrukturer verkar på en övergripande och strukturell nivå samtidigt som de upprätthålls och reproduceras genom handlingar och tankar, detta sker såväl i vardagen mellan individer som inom organisationer och myndigheter (Mattsson 2021). Relationer av över- och underordning konstrueras och upprätthålls mellan individer och grupper genom simultana processer, vilket leder till ojämlikhet genom utestängning från inflytande och makt samt

berövande av resurser (de los Reyes & Mulinari 2023). Samhälleliga maktstrukturer är en integrerad del av oss alla och vår vardag vilket gör att de inte ifrågasätts (Mattsson 2021).

Det är lättare att få syn på maktstrukturer på en strukturell nivå där de kan synliggöras som till exempel ojämlikhet mellan olika grupper i samhället, men svårare att se tydligt på en konkret individnivå (Mattsson 2021). Det kan överhuvudtaget vara svårt att synliggöra och problematisera överordnade positioner, då det som är normen ofta ses som självklart och objektivt. Hur normalitet respektive avvikelse konstrueras, och hur överordnade grupper ges företräde i att definiera hur världen ska tolkas, behöver synliggöras för att förstå hur maktstrukturer upprätthålls (ibid).

Vårdpersonal innehar en maktposition gentemot patienten, och har större handlingsutrymme än patienten att påverka och styra (Dahlborg Lyckhage et al. 2015). De som ses som experter inom ett område ges makt över andra genom att deras vetande ses som ej ifrågasättbart, och får genom detta så kallad *expertmakt* (Börjesson & Rehn 2022). De som har expertmakt har tillgång till det som Börjesson och Rehn (2022) kallar *expertspråk*, det vill säga det språk som används av sakkunniga inom ett område. Generellt finns det en tolerans i samhället för existensen av expertspråk, men i vissa situationer kan expertspråk bli invecklat och krångligt och bara begripligt för vissa, och blir då ett *maktspråk* (ibid). Genom den medicinska kunskapen som uttrycks i medicinska ord och begrepp blir språket ett starkt maktmedel. Vårdpersonal har i vårdsammanhang på grund av sin medicinska kunskap *definitions*makt, som gör att de är i en överordnad position i relation till patienten (Fioretos et al. 2013). Vårdpersonal har även *positions*makt, som grundar sig i social position eller yrkesroll (Bylund 2022).

Professioner som till exempel läkare är viktiga diskursbärare, då de genom sin status som är kopplad till ett specifikt vetande anses ha rätt att definiera vad som är kunskap (Nilsson 2008). Foucault beskrev hur det som han kallade *pastoral*makt företräds av bland annat läkare och annan vårdpersonal som genom denna typ av maktutövning styr folket för det de anser vara deras eget bästa. Den medicinska vetenskapen kan ses som ett verktyg i styrningen av det moderna samhället, där medicinsk personal får diktera vad som är normalt gällande individens fysiska och moraliska relationer. Medicinsk praktik formar också kunskap genom diagnosticering och behandling (ibid). Fioretos et al. (2013) skriver att begreppet normalitet

används inom den medicinska praktiken som beskrivning av det som anses vara “friskt”. Vad som anses rymmas inom normalitet är dock påverkat av våra kulturella föreställningar och gör att “den medicinska blicken inte bara är diagnostiserande, utan även värderande” (ibid, s. 43).

Foucault menar att makt alltid producerar motstånd (Nilsson 2008). Maktens konstruktion är instabil och utmanas av bland annat så kallade *motdiskurser* (de los Reyes & Mulinari 2023). Motståndshandlingar syftar till att utjämna maktförhållandena (Hörnqvist 2012). Mattsson (2021) skriver att ett sätt att förhålla sig kritiskt till maktstrukturer är att ge underordnade och alternativa grupper samma legitimitet som de överordnade. Detta kan göras genom att lyssna till och lyfta fram dessa röster, och därigenom utmana den maktordning och struktur som råder (ibid). Vi som skriver denna uppsats hoppas kunna göra det genom att använda oss av de teoretiska perspektiven *Mad studies* och *cripteori*, som beskrivs längre ner i detta kapitel.

Maktkritiska perspektiv hjälper oss att studera produktionen av kunskap och vetenskap (Mattsson 2021), i detta fall definitionen av psykisk sjukdom eller vad som är en *allvarlig psykisk störning*, genom att förstå denna kunskap som präglad av vissa intressen och perspektiv. Vi ser tvångsvård som en plats där frågor om makt kommer till uttryck genom bland annat språket, och har verkliga och konkreta konsekvenser för de individer som berörs. Maktperspektivet är centralt för vår studie då den handlar om att studera uttryck för makt inom psykiatrisk tvångsvård.

Socialkonstruktivism och sociala kategoriseringar

Ett socialkonstruktivistiskt perspektiv innebär att se världen som socialt konstruerad (Barlebo Wenneberg 2010). De *sociala konstruktioner* som utgör allas vår verklighet reproduceras ständigt (ibid). Vi som människor uppfattar vår egen sociala kontext som normal och naturlig, men det är den sociala kontexten som bestämmer hur vi tolkar vår verklighet och kunskap (Berger & Luckmann 1966). Olika aspekter, till exempel kulturella och sociala, påverkar hur vi tänker och handlar. Med hjälp av socialkonstruktivism “avslöjas” naturliga sanningar som socialt konstruerade, det vill säga som socialt bestämda inom ett specifikt sammanhang (Berger & Luckmann 1966; Barlebo Wenneberg 2010). Vården är ett sådant sammanhang där fenomen som har med kropp och psyke att göra betraktas på sätt som är specifika för vården

(Berger & Luckmann 1966). Även värden genomsyras emellertid av föreställningar som finns om människor i samhället i övrigt (Fioretos et al. 2013).

Berger och Luckmann (1966) beskriver hur sociala konstruktioner lär oss normer kring rätt och fel, samt vilka beteenden som är lämpliga i olika situationer. Även vad som ska uppfattas som ett problem är socialt konstruerat (Sahlin 2013). Socialkonstruktivismen synliggör de processer som konstruerar verkligheten (Barlebo Wenneberg 2010) och kan därmed hjälpa oss undersöka hur det går till när det som ses som sanningar etableras (Sahlin 2013).

Beteenden etableras genom det Berger & Luckmann (1966) kallar *habitualisering* och *institutionalisering*. Habitualisering innebär att en handling eller ett beteende som utförs flertalet gånger och upprepas blir ett mönster, en vana, och blir till slut en del av det de kallar det allmänna kunskapsförrådet i samhället och på så sätt ett beteende som blir taget för givet. Detta begränsar valmöjligheterna i framtiden för människor som ingår i en specifik kontext genom att det finns en "självklar" väg att gå, även om det egentligen finns oändliga alternativa vägar. I och med detta slipper människorna definiera varje situation på nytt och vet hur de ska agera eller reagera i en kommande situation, vilket begränsar behovet att ta beslut. Habitualisering leder till institutionalisering när den blir ömsesidig, alltså delas av olika aktörer. Det allmänna kunskapsförrådet blir då tillgängligt för alla i en social grupp, ett samhälle eller en kontext, och hur en viss person kommer handla kan förutses. Institutionalisering är en process där beteenden och handlingar successivt byggs upp och innebär att mänskligt beteende kontrolleras genom att det finns ett "rätt" beteendemönster och därmed per automatik även ett "fel" beteendemönster (ibid).

Genom institutionalisering finns ett så kallat recept på lämpliga uppföranderegler, som överförts historiskt och ses som allmänna sanningar (Berger & Luckmann 1966). Institutionalisering kan liknas vid *normer*, vilket Dahlborg Lyckhage et al. (2015) beskriver som det som anses vara önskvärt beteende i ett samhälle. Då vissa egenskaper ses som eftersträvansvärda och andra inte, skapas en hierarki mellan människor som anses ha dessa egenskaper och de som inte har dem. Normalitet respektive avvikelse är centralt i formandet av normer (ibid). Att avvika från beteenden eller normer anses vara radikalt och som ett avstamp från verkligheten, och kan ses som moraliskt fel, tecken på psykisk sjukdom eller som

okunnighet (Berger & Luckmann 1966). De som avviker från institutionaliserade beteenden eller normer ses som underlägsna dem som följer normerna (ibid).

Szönyi (2004) beskriver tre olika sätt att definiera normalitet. Det *statistiska sättet* att se normalitet är som det vanliga eller genomsnittliga tillståndet, och ett andra sätt som kallas *normativ normalitet* är att se på normalitet enligt samhällets värderingar. Slutligen, det tredje sättet kallat *medicinsk normalitet* är att se normalitet som att det innebär att vara “normal” eller “frisk” och därmed det eftersträvansvärda genom till exempel behandling (ibid). I denna uppsats utgår vi från det normativa perspektivet när vi talar om normalitet, det vill säga samhällets föreställningar om vad som anses vara “normalt”. Det betyder att vi ser normalitet och avvikelse som konstruktioner giltiga i en viss kontext och inte som statistiska begrepp. Avvikelse handlar både om att avvika från det som anses vara det normala, men också att denna avvikelse på något sätt skapar eller utgör ett socialt problem (ibid).

Samhälleliga strukturer konstrueras i en ständigt pågående process (Bylund 2022). Människor både formas av och formar samhället genom att agera och interagera med varandra (Thornquist 2021). Foucault menar att den verklighet som råder är formad av och med språket, och att det är genom språket människan får kunskap om sin verklighet (Hörnqvist 2012). Den kunskap vi människor har om världen utgår från språkliga och sociala konstruktioner som begränsar vad vi ser, upplever och känner (Svensson 2019).

Uppdelningen av världen i *dikotomier*, eller motsatspar, hjälper människor förstå och konstruera världen (Mattsson 2021). Dikotomier kan vara exempelvis normalt/avvikande eller friskt/sjukt. Olika dikotomier existerar inte åtskilda från varandra, utan hänger ihop och konstruerar varandra (de los Reyes & Mulinari 2023). Sociala kategoriseringar som kön, klass, etnicitet, ålder och funktionalitet går in i och påverkar varandra (Mattsson 2021). Exempelvis inom socialt arbete sammanvävs olika kategorier i konstruktionen av klienten som den andre. Dikotomier är centrala i skapandet av de olika maktordningar och system som upprätthåller och skapar *sociala kategoriseringar*, och även centrala för att hierarkisera motsatspar i överordnad och underordnad (ibid). Sociala kategoriseringar fungerar därmed som grund för exkludering och underordning och är centrala för maktutövning (de los Reyes & Mulinari 2023). Denna

maktutövning sker genom bland annat att de som underordnas inte tas på allvar och uppfattas som mindre trovärdiga utifrån sin sociala position (Bylund 2022).

Människor skapar och återskapar kulturella och sociala kategorier i samhället genom att utgå från likhet och skillnad, och att dela in sig själva och andra i dessa kategorier i en ständigt pågående process (Fioretos 2009). Även sjukvården bidrar till social kategorisering genom att utgöra ett kunskapssystem (Lindberg 2015). Till varje kategori knyts egenskaper och beteenden, som är hierarkiskt ordnade (Fioretos et al. 2013). Svensson (2019) beskriver diagnossystem inom sjukvården som ett exempel på hur språkliga kategorier ordnar och skapar tillvaron. Diagnossystem bygger på en vilja att bota sjukdomar, men fungerar även kategoriserande då de definierar vissa tillstånd som normala och andra som avvikande (ibid).

Användandet av kategorier blir tvingande genom att den som blir definierad på ett visst sätt även blir stereotypifierad av omgivningen, till exempel som psykiskt sjuk (Mattsson 2021). Kategoriseringar konstruerade utifrån dikotomier innebär ett osynliggörande av andra faktorer som formar en människa, och andra erfarenheter som inte ryms inom kategoriseringen (de los Reyes & Mulinari 2023). *Stereotypifiering* innebär att en persons komplexitet blir osynliggjord och att personen begränsas till det hen förutsätts vara (Mattsson 2021). Exempel på detta är att personer med normbrytande funktionalitet “begränsas, disciplineras och förnekas könsidentitet och sexuell identitet” (Mattsson 2021, s. 208). Kategorisering påverkar även personens egna identitetsskapande process, och historiskt har psykisk sjukdom gestaltats med stereotypifieringar av beteenden och utseenden (Johannisson 2015).

Vi ser socialkonstruktivismen som relevant för denna studie då den kan användas för att granska och kritisera det som uppfattas som naturligt och sant, och undersöka hur något är socialt konstruerat. I kombination med maktkritiska perspektiv kan vi även undersöka hur makt och ojämlikhet upprätthålls och återskapas genom sociala konstruktioner (Mattsson 2021). Förståelse av hur sociala kategoriseringar sker kan bidra till en uppluckring av allmänt accepterade sanningar, och på så sätt hjälpa oss att förtydliga och synliggöra maktstrukturer i domar om tvångsvård.

Mad studies och cripteori

Mad studies är ett forskningsfält som vuxit fram ur aktivism och handlar om att problematisera vad som definieras som psykisk sjukdom eller psykisk ohälsa och anledningar till dessa, att förändra samhällets syn på personer med psykisk ohälsa samt att granska den psykiatriska vården kritiskt (Rhodén 2020; Beresford 2022). Engström och Punzi (2022) beskriver Mad studies som ett interdisciplinärt fält där tidigare patienter, forskare, kliniker, närstående, konstnärer och brukare tillsammans strävar efter att psykiskt lidande ska förstås utanför medicinska perspektiv. Sociala förklaringar och tolkningar av lidande och galenskap är istället centrala inom Mad studies (Beresford & Rose 2023). Tillstånd som i samhället betraktas som psykiska symtom ses inom Mad studies som begripliga reaktioner på till exempel trauma och utsatthet, eller som andra typer av medvetandetillstånd (Engström & Punzi 2022). Erfarenhetsbaserad kunskap ges inom Mad studies tyngd och utrymme och ses som jämlik annan typ av kunskap (Beresford 2022). Mad studies inspireras av andra forskningsfält som bland annat sociologi, kulturstudier, antropologi, feministiska studier, queerstudier och funktionshinderstudier (ibid). Mad studies är på samma gång ett teoretiskt perspektiv och en social rörelse, och där ses som viktigt att lyfta kunskap och erfarenheter från de som inom Mad studies benämns som överlevare (Beresford & Rose 2023). Inom Mad studies betonas att det inte endast är en teori eller rörelse för överlevare, utan som beskrivet ovan även för bland annat närstående, kliniker, forskare och andra som delar perspektivet (ibid).

Rhodén (2020) skriver i artikeln *Galenskapsstudier*, vars syfte är att introducera Mad studies i en svensk kontext, att Mad studies lyfter kritik kring det patologiserande som förts kring avvikande beteende både historiskt och idag. Detta har skett genom nedtystade, osynliggörande, förtryck och marginalisering i samhället (ibid). Mad studies ifrågasätter den medicinska vetenskapens dominans när det gäller att förstå psykiskt lidande, och problematiserar hur västerländska förklaringsmodeller, diagnoser och behandlingar för psykisk sjukdom och psykisk ohälsa ses som universella (Engström & Punzi 2022; Reaume 2022). Inom Mad studies ses lidande och galenskap som orsakade av samhällets orättvisor, och samhällets hanterande av psykisk ohälsa kritiserar för att inte vara adekvat och även ibland göra situationen värre (Beresford 2022). Patienter inom psykiatri beskrivs inom Mad studies som utsatta för samhällets outtröttliga vilja att förklara deras beteende och "fixa" dem på det sätt samhället

tycker blir bäst, utan hänsyn till vad personen själv upplever som problematiskt (Starkman 2013).

Burstow (2013) lyfter språkets makt och betydelse, och beskriver hur människor inom Mad studies-rörelsen arbetat för att utjämna makt genom att ersätta psykiatriska ord och begrepp som används inom offentlig verksamhet med mer normaliserande ord. Exempel på detta är att ersätta *hallucination* med *att höra eller se saker som inte andra ser eller hör*, att ersätta *mental hälsa* med *upplevelse av välmående, återhämtning* eller *må bättre*. Exempel finns också på en mer “antipsykiatrisk” ingång, där bland annat begreppet *psykisk sjukdom* ersätts med *vara såsom psykiatriker uppfattar som onormalt*, *symtom* ersätts med *coping som andra uppfattar som problematisk*, och *behandling* ersätts med/upplevs som *intervention/övergrepp* (ibid).

På liknande kritiska sätt som Mad studies, synliggör och ifrågasätter *cripteori* normer om funktionalitet och makt (Berg & Grönvik 2007). Foucaults teorier om makt och queerteorins fokus på heteronormen har fungerat som inspiration för *cripteori* (Mattsson 2021). Inom *cripteori* synliggörs hur *funktionsfullkomlighet* ses som något som tas för givet och ska eftersträvas, och hur allas vår funktionalitet kategoriseras som normal eller avvikande beroende på hur väl den kan följa funktionsfullkomlighet (Bylund 2022). *Funktionsmaktordningen* beskrivs som den maktstruktur som gör att samhället anpassas efter personer med normativ funktionalitet (Mattsson 2021). *Cripteori* kritiserar den binära uppdelningen mellan funktionsfullkomlig och funktionsnedsatt och den hierarki denna uppdelning innebär (Berg & Grönvik 2007). Teoretiker inom *cripteori* lyfter perspektivet att människors funktionalitet inte är fast utan förändras över tid, och att alla människor kan behöva stöd och hjälp genom livet, men att personer med normbrytande funktionalitet är de som stigmatiseras (Mattsson 2021).

Mad studies är ett sätt att undersöka psykisk ohälsa på ett normkritiskt sätt (Rhodén 2020), och *cripteori* handlar om att ifrågasätta normalitet kopplat till funktion (Berg & Grönvik 2007). Mad studies och *cripteori* blir därför relevanta teoretiska perspektiv för vår studie då ambitionen är att undersöka synen på psykisk sjukdom med makt- och normkritiska perspektiv. Mad studies och *cripteori* är även relevanta utifrån vilken typ av material vi har valt att studera, då både Mad studies och *cripteori* handlar om att studera normen i stället för det avvikande, eller

normbrytande (Berg & Grönvik 2007; Rhodén 2020), vilket vi vill göra genom att studera domar vilka kan ses som ett uttryck för makten eller normen.

Metod

Förvaltningsrätten får genom att bifalla eller avslå chefsöverläkarens ansökan om fortsatt tvångsvård, och genom att bifalla eller avslå patientens överklagan, definitionsmakt över vad som ska ses som *allvarlig psykisk störning* samt vilka personer som ska anses vara i behov av tvångsvård. Utifrån detta ser vi det som relevant att studera förvaltningsrättens arbete som ett sätt att studera hur förvaltningsrätten ges “företräde när det gäller att definiera hur världen ska tolkas” (Mattsson 2021, s. 42). Då förvaltningsrätten ska vara den enskildes möjlighet till en rättssäker prövning av läkarens bedömning, är det viktigt att deras arbete granskas.

För att kunna studera ett samhälleligt system som sjukvården använder sig Lindberg (2015) i sin avhandling av flera typer av material. Att undersöka ett systems olika delar och kopplingarna och relationerna dem emellan menar Lindberg (2015) kan säga något om systemet som helhet. I denna studie har vi inte haft möjlighet att undersöka psykiatrisk tvångsvård så brett som är möjligt inom ramen för till exempel en avhandling, men vi har tagit med oss perspektivet att genom att studera en del av systemet kan vi lära oss något om helheten.

Vår studie genomfördes under höstterminen 2023, genom insamling och analys av domar som berör lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Domarna har hämtats in från alla förvaltningsrätter i Sverige förutom Göteborgs förvaltningsrätt, som uteslöts på grund av att vi själva arbetar inom psykiatri i Göteborg och därmed är i kontakt med patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård i den regionen.

Datainsamling

För att samla in domar att analysera sökte vi först efter domar som berörde LPT via databasen Infotorg Juridik. Under år 2023 återfanns där endast 47 domar från Sveriges förvaltningsrätter. Utifrån vår kännedom om hur många förhandlingar som äger rum varje vecka bara i Göteborg förstod vi att det var långt ifrån alla domar om tvångsvård som hamnade i denna databas. Vi ändrade då datainsamlingsmetod och skickade i stället mejl till alla förvaltningsrätter i Sverige förutom Göteborg, vilka är Malmö, Stockholm, Luleå, Umeå, Karlstad, Växjö, Linköping, Jönköping, Härnösand, Falun och Uppsala. I mejlet (se Bilaga 1) bad vi om att få ut domar som berörde LPT under perioden 2023-02-01 - 2023-06-01. Vi valde tidsperioden utifrån dels att få

tillgång till domar som låg relativt nära i tid, och begränsade den utifrån en uppskattning av hur många domar det skulle kunna finnas under den perioden.

Några av förvaltningsrätterna skickade på en gång alla eller några domar för perioden vi angivit, några bad om förtydliganden och några skickade oss listor med målnummer där vi själva fick välja vilka domar vi ville begära ut. De flesta förvaltningsrätterna lämnade ut handlingar enligt vad de benämnde som standard för myndigheter, vilket innebär nio filer utan kostnad. Utifrån detta begärde vi ut nio domar av respektive förvaltningsrätt. Fyra förvaltningsrätter skickade alla domar de hade för perioden, alternativt fler än nio. Ungefär hälften av förvaltningsrätterna skickade domarna som bifogade filer direkt i mejl och hälften skickade dem via konfidentiellt meddelande.

Urval

Flera av de studier och rapporter om tvångsvård vi tagit del av (Kjellin et al. 2008; Zetterberg et al. 2014; Socialstyrelsen 2023) visade på regionala skillnader mellan förvaltningsrätter, och vi ville därför eftersträva en jämn geografisk spridning från förvaltningsrätterna bland domarna vi valde ut. Då vi av de flesta förvaltningsrätter fick nio domar valde vi till att börja med ut nio domar även från de som hade skickat fler. Vi valde senare att läsa ytterligare nio domar från respektive förvaltningsrätt i Stockholm, Malmö och Uppsala, då de har högst antal människor inom sitt upptagningsområde av de vi samlade in domar från, och det därför kan tänkas vara representativt att fler domar analyseras därifrån.

Vi har sammanlagt läst 126 domar från förvaltningsrätterna i Sverige, förutom Göteborgs förvaltningsrätt. Domarna vi samlade in behandlade lagen om psykiatrisk tvångsvård i olika former: ansökningar om fortsatt slutenvård enligt LPT, ansökningar om övergång till ÖPT, överklagan från patienter samt fastställande av konverteringsbeslut, vilket är när frivillig slutenvård övergår till LPT. Domarna var för det mesta fyra till fem sidor långa och har liknande upplägg, även om geografiska och andra skillnader förekommer.

Vi har uteslutit fyra domar som behandlar minderåriga barn på grund av att vi tänker att det kan finnas andra typer av föreställningar gällande normalitet och avvikelser för barn. Vi valde även bort dessa domar på grund av att vårdnadshavare är med som part i förhandlingen och att barn

är en särskilt utsatt grupp. Vi har också valt bort 12 domar som enbart berörde konvertering. Detta på grund av att det utöver de tre kriterier som behöver vara uppfyllda för intagning enligt LPT finns ytterligare ett kriterium för konvertering. Detta är att personen ska vara en risk för sig själv eller andra (SFS 1991:1128). Ytterligare en dom valdes bort då den behandlade överklagan av tvångsåtgärder, och inte tvångsvården i sig. Efter sällningen blev det 109 domar kvar som utgör vårt material.

Beskrivning av materialet

I domen står högst upp namn på förvaltningsrätt, datum för domen och målnummer för domen. Domen presenterar sedan "sökande" vilket i de flesta fall är chefsöverläkaren samt "motpart" vilket i de flesta fall är patienten, ibland står även juridiskt ombud och god man eller förvaltare med. Därefter presenteras "saken", vilket är till exempel fortsatt tvångsvård eller överklagande. Efter detta kommer "förvaltningsrättens avgörande" som är en kort sammanfattning av domen, och därpå beskrivs "bakgrund" och "yrkanden". I denna del presenteras dels chefsöverläkarens beskrivning av situationen och skäl för fortsatt tvångsvård, dels patientens beskrivning av situationen och eventuella skäl för upphörande av tvångsvård, och här finns även sakkunnig läkares utlåtande. "Skäl för förvaltningsrättens avgörande" beskriver sedan hur förvaltningsrätten har tolkat och bedömt det chefsöverläkare, sakkunnig läkare och patienten har fört fram och vad domen blir utifrån detta. Domen avslutas med vilka från förvaltningsrätten som deltagit i förhandlingen, samt en bilaga om hur överklagan görs. Vanliga formuleringar vi hittade i domarna under rubriken "Skäl för förvaltningsrättens avgörande" var varianter på "Förvaltningsrätten ser inte skäl att göra någon annan bedömning". Vi har gjort en mall för hur domarna generellt sett ut, se bilaga 2.

Domarna har i original målnummer vilka vi i syfte att anonymisera domarna har omkodat enligt "Dom 1", "Dom 2", "Dom 3" och så vidare. Detta för att kunna referera till dem i vår uppsats utan att riskera att utelämnas information utifrån att skydda personernas integritet. De domar som efter urval blev det studerade materialet för denna uppsats är ansökningar om fortsatt öppen och slutet tvångsvård, övergång till öppen tvångsvård från slutet tvångsvård, samt överklagan av tvångsvård. Tabell 1 nedan visar hur fördelningen såg ut över de domar vi analyserat, samt hur utfallet av förhandlingarna blev.

Tabell 1: Fördelning av domar i studien.

Typ av dom	Totalt antal	Varav sakkunnig tillstyrker CHÖL	Varav sakkunnig avstyrker CHÖL	Varav FVR bifaller CHÖL	Varav FVR avslår CHÖL
Förlängning LPT (slutenvård)	53	53	0	52	1
Överklagan	14	13*	0	14**	0
Övergång till ÖPT	12	12	0	12***	0
Förlängning ÖPT	30	30	0	30	0
Totalt antal	109	108	0	108	1

* I en dom beslutades det att inte hållas en muntlig förhandling, varav sakkunnig läkares uttalande saknas.

** I en dom gav förvaltningsrätten bifall till chefsöverläkaren, men med en skiljaktig nämndeman.

*** I två domar om övergång till ÖPT gav förvaltningsrätten bifall till chefsöverläkaren, men motsatte sig vissa villkor som togs bort.

FVR = Förvaltningsrätten

CHÖL = Chefsöverläkare

Analysmetod och tillvägagångssätt

Som framkommer i beskrivning av syfte och frågeställningar, är vi i denna studie intresserade av att undersöka hur makt uttrycks i domar om psykiatrisk tvångsvård. För att undersöka och försöka förstå någonting i en speciell kontext lämpar sig kvalitativ metod, som ofta betraktas och framställs som just kontextuell och flexibel (Kvale & Brinkmann 2014). Tonvikten i kvalitativ forskning läggs vid ord och uppfattningar, och det är mindre viktigt att den insamlade datan ska kvantifieras (Bryman 2018). Den flexibilitet och öppenhet som kvalitativ

forskningsmetod ger lämpar sig för vår studie, då vi ser på uttryck för makt som komplexa fenomen.

Att studera *problematiseringar* handlar om att undersöka hur och varför vissa saker, till exempel beteenden, tolkas som problem (Bacchi 2012). På det sättet är det möjligt att synliggöra hur saker som verkar “objektiva” eller “sanningen” egentligen är konstruerade, och hur de är beroende av historisk och kulturell kontext. Foucault ställer till exempel frågan om hur och varför vissa beteenden blir kategoriserade och behandlade som “galenskap”. Att studera problematiseringar handlar om att dekonstruera exempelvis “sexualitet” eller “galenskap” som förgivettagna, och visa att de har blivit konstruerade (ibid).

I vår analys har vi låtit oss inspireras av tematisk analys med ett diskursanalytiskt perspektiv. Detta innebär att vi har använt oss av tematisk analys för att på ett konkret och handfast sätt hitta teman i materialet, och sedan låtit oss inspireras av konstruktivismens syn på språk som konstituerande och ett uttryck för makt när vi genomfört vår analys.

Tematisk analys

Tematisk analys handlar om att hitta teman och underteman, prioritera och avgränsa dem till de mest relevanta för studien och att sedan kunna koppla dem till teoretiska perspektiv (Ryan & Bernard 2003). Den tematiska analysen erbjuder inte tydliga och bestämda riktlinjer, men syftar till att läsa, koda, beskriva och teoretisera materialet på ett systematiskt sätt (Tuckett 2005). Kvale och Brinkmann (2014) beskriver att det är viktigt att bekanta sig med materialet, och att en noggrann kodning och tematisering bör göras först efter att författaren har fått en god kännedom om materialet. Genom systematisk kodning och tematisering kan mönster synliggöras genom vilka ord och begrepp som används i en eller flera texter (Ryan & Bernard 2003). Att se mönster handlar om att titta efter vad som framkommer, hur det framkommer och i vilken utsträckning det framkommer. Nilsson (2008) menar att hur begrepp fördelas och bildar olika typer av regelbundenheter kan ses som grunden för diskursiva formationer. Tematisering kan också handla om att ta reda på vem som säger vad och till vem, och med vilken effekt (Vaismoradi, Turunen & Bondas 2013). I likhet med diskursanalysen kan den tematiska analysen också handla om att leta efter det som *inte* finns i materialet (Ryan & Bernard 2003; Nilsson 2008; Bacchi 2012). Luckor eller tystnader i texten kan handla om att vissa saker tas

för givet att läsaren känner till och är också ett uttryck för avsändarens världsbild (Ryan & Bernard 2003).

Tillvägagångssätt

För att bekanta oss med materialet delade vi till att börja med upp domarna mellan oss och började att läsa igenom dem. Svensson (2019) beskriver att det är viktigt att vara öppen för att materialet kan innehålla svar på frågor som vi inte har ställt, och att behålla en öppenhet inför vad materialet kan visa för oss. Vaismoradi et al. (2013) skriver att en induktiv metod kan användas när det inte finns tidigare studier inom samma område, och innebär att temana inte finns på förhand utan kommer direkt från det studerade materialet. Utifrån vår förförståelse och de frågeställningar vi hade formulerat från början letade vi efter olika uttryck för makt genom att bland annat titta efter föreställningar om normalitet och avvikelse i materialet. I linje med ett induktivt förhållningssätt behöll vi dock en öppenhet inför teman som vi inte aktivt letade efter och som inte omfattades av våra inledande frågeställningar men som på olika sätt svarade mot uppsatsens övergripande syfte och vårt analytiska fokus, det vill säga uttryck för makt. Vi anpassade sedan våra slutgiltiga frågeställningar efter det vi fick syn på vid vår analys av materialet. På abduktiv väg har vi därmed pendlat mellan en teoretisk förståelse och de uttryck för makt som framkommit vid den tematiska analysen, utan att vi på förhand förväntat oss eller letat efter dessa i materialet (Tjora 2012). Baserat på resultatet av vår analys formulerade vi om uppsatsens inledande frågeställningar så att de bättre fångade de teman som framkommit.

Vi markerade utöver uttryck för föreställningar om avvikelse och normalitet, återkommande uttryck och teman som blev synliga för oss i genomläsningen. Detta kunde till exempel vara kommentarer om hur patienten betett sig innan inläggning eller på avdelningen, patientens inställning till vård och mediciner eller huruvida det fanns tidigare kännedom kring patienten från vårdens sida. Vi markerade både formuleringar och teman som var återkommande i domarna, och formuleringar som endast förekom en eller enstaka gånger men som vi uppfattade som uttryck för makt och föreställningar om normalitet respektive avvikelse.

Efter en första genomläsning diskuterade vi teman som vi hade uppfattat som återkommande i materialet. Dessa var sociala kategoriseringar, att patienterna inte bedömdes trovärdiga, föreställningar om normalitet och avvikelse och vad vi uppfattade som vaga och otydliga

formuleringar. Vi gjorde ett gemensamt dokument där vi delade upp teman vi skulle fortsätta leta efter dels utifrån våra frågeställningar, dels utifrån de teman som hade blivit synliga för oss under genomläsningen. Därefter läste vi återigen igenom domarna och denna gång bytte vi domar med varandra. Vi markerade de olika temana med olika färger och skrev ner hur många gånger vi kunde hitta dessa teman samt klippte ut citat som vi tyckte kunde illustrera dem. Utöver de teman vi börjat urskilja hade vi även en övrigt-kategori för sådant som inte platsade in under utvalda teman, men som vi ändå la märke till vid genomläsning. Det kunde vara till exempel när en nämndeman inte var enig med resten av rätten, eller citat som vi såg som anmärkningsvärda.

De fyra teman vi markerade i domarna och slutligen kom att arbeta med var *Kategoriseringar*, *Underminerande av patientens trovärdighet*, *Föreställningar om normalitet och avvikelse* samt *Relativa angivelser, vaga formuleringar och icke-relevant information*. På samma sätt som Lindberg “undersökte vad som var objekt för sjukvårdens intresse” (Lindberg 2015, s. 47) undersökte vi i vår genomläsning av domarna vad vi uppfattade var av intresse för förvaltningsrätten i deras bedömning av behovet av fortsatt tvångsvård. Domarna innehöll i vissa fall information om personens diagnos, i vissa fall information om personens symtom, och i vissa fall endast information om ansökande läkares och sakkunnig läkares bedömning om behov av fortsatt sluten tvångsvård. Detta varierade mellan förvaltningsrätter men även mellan olika domar från samma förvaltningsrätt.

Ett diskursanalytiskt perspektiv

Då vi i vår studie utgår från makt- och normkritiska perspektiv har vi, som tidigare nämnts, inspirerats av ett diskursanalytiskt perspektiv i vår tematiska analys. Den rådande diskursen befinner sig alltid inom makten och kan inte studeras utan att även studera makt (Nilsson 2008). För att hitta det som Foucault kallar diskursiva formationer behöver en undersökning kartlägga och studera hur ord och begrepp fördelas och bildar olika typer av regelbundenheter (ibid).

Diskursanalys är både ett teoretiskt perspektiv och en metod, och används för att förstå och studera språket och vad det har för effekter på samhället (Svensson 2019). Då vi är intresserade av att studera tvångsvård utifrån maktkritiska perspektiv har vi därför inspirerats av det diskursanalytiska perspektivet som en användbar metod för detta. Frågor om makt är del av

kritisk forskning (Svensson 2019). För att undersöka hur språket används som maktutövning kan frågor ställas om hur och vilka maktrelationer som reproduceras genom språket och vilka samhällsintressen som gynnas eller missgynnas genom ett visst språkbruk. Ett sätt att arbeta med maktfrågor i materialet genom ett diskursanalytiskt perspektiv är att undersöka hur språket skapar föreställningar som reproducerar maktförhållanden i samhället (ibid). Hur konstrueras en berättelse (om till exempel en psykiskt sjuk patient) genom språket? Hur beskrivs något så att det verkar som fakta, sanning eller någons egentliga identitet? Hur sker konstruktioner av sociala identiteter, objektivitet, kunskap och fakta genom språket?

Vi använder ett diskursanalytiskt perspektiv för att studera hur språkliga uttryck i domarna formar hur patienter, psykiatriska tillstånd, vården och samhällets normer och krav förstås. Inom diskursanalys ses språkanvändning som en form av handling (Svensson 2019) och vi ser att det hänger ihop med Foucaults tankar om makt som produktiv (Hörnqvist 2012). I domarna undersöker vi sociala kategoriseringar, men även hur de teman vi funnit kan byggas upp av olika diskursiva formationer. Vi använder det diskursanalytiska perspektivet för att studera hur språket skapar och reproducerar kategorier, maktrelationer och sociala förhållanden.

Studiens tillförlitlighet

Inom kvalitativ metod används begrepp som *tillförlitlighet* och *äkthet* i stället för begrepp som reliabilitet och validitet som är de som används inom kvantitativ metod (Bryman 2018). *Tillförlitlighet* delas ofta upp i fyra olika delar; *trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och *möjlighet att styrka*. *Trovärdighet* handlar om att studien ska vara utförd i enlighet med rådande regler och riktlinjer, medan *överförbarhet* handlar om att studien ska uppvisa en transparens gällande kontext och innehålla heltäckande beskrivningar. Begreppet transparens är ett viktigt kvalitetskriterium och innebär att en läsare ska kunna följa de olika steg och val som gjorts i en studie för att själv kunna bedöma studiens kvalitet (ibid).

För att uppnå *pålitlighet* ska studiens samtliga faser och processer vara fullständigt beskrivna och redogjorda för, och *möjlighet att styrka* uppfylls genom att det är tydligt beskrivet när ett resultat presenteras och när det är författarens egna värderingar eller åsikter som lyfts (Bryman 2018). För att uppnå *trovärdighet* i denna studie har vi förhållit oss till forskningsetiska riktlinjer och gjort etiska överväganden vid framtagande av studien. Vi har eftersträvat att presentera en

transparent, täckande och fullständig beskrivning av studiens kontext och process för att uppnå överförbarhet och pålitlighet, där vi varit noggranna att förklara varför vi gjort de val vi gjort genom hela studien. På samma sätt har vi noggrant läst igenom studien i sin helhet flera gånger för att försäkra oss om att vi presenterar resultat och egna analyser och tolkningar på ett tydligt sätt.

Äkthet uppnås genom att en rättvis bild av respondenternas åsikter och uppfattningar presenteras, samt att de som medverkar i studien får möjlighet att gynnas av sitt deltagande och genom studien får möjlighet att få en bredare förståelse för de upplevelser som finns hos andra som verkar inom samma fält (Bryman 2018). I vår uppsats har vi inte inhämtat information direkt från respondenter genom till exempel intervjuer eller observationer, utan vi har inhämtat skriftlig information i form av domar. Domarna består dock av ord från läkare, domare, nämndemän, juridiska ombud och patienter, och vi har eftersträvat att presentera dessa på ett rättvist sätt och i detta gynna samtliga parter genom att med vår uppsats bidra till en mer jämlik samt makt- och normkritisk vård. När vi i uppsatsen analyserar uttalanden och bedömningar fokuserar vi på hur maktstrukturer i samhället yttrar sig, och menar inte att problematisera eller kritisera en specifik person eller verksamhet.

Kritisk metodreflektion och medvetna val

Som material för denna studie har vi valt att studera ett stort antal domar. Vid genomläsning, tematisering och analysarbete blev det tydligt hur likartade många av domarna var i fråga om motiveringar, uttryck och bedömningar. Vi har valt att lyfta fram detta som ett fynd då vi ser det som att dessa teman genom att vara så återkommande och likartade formar bärande diskurser. Vi har därför försökt visa upp materialets repetitiva karaktär i resultatredovisningen för att också läsaren ska få en känsla för detta. Det är alltså ett medvetet val att visa upp ett flertal likartade formuleringar. Detta kan ge intryck av att analysen i viss utsträckning bygger på en kvantifiering av materialet, men vår analys av materialet är kvalitativ. Vi har dock medvetet använt en kvantifiering som verktyg för att belysa vissa aspekter av materialet, till exempel i hur stor utsträckning sakkunnig läkare håller med chefsöverläkare, och vi har därför räknat antal gånger detta sker. Vi menar att detta utgör meningsfull information i tillägg till vår kvalitativa analys. En alternativ typ av analys hade varit att på djupet studera ett färre antal domar, för att undvika att fokus i läsningen hamnar på kvantifiering.

Självklart har också vår egen förförståelse, som kommer utifrån att vi arbetar med psykiatrisk slutenvård till vardags, påverkat vad vi har lagt märke till vid genomläsning av materialet. Därför har vi också försökt vara tydliga med denna förförståelse. Vi har läst materialet i sken av erfarenheter vi har med oss från vår arbetsvardag. Denna läsning har stöd i såväl vårt teoretiska maktkritiska perspektiv som i vår problemformulering där vi visar hur vi avser belysa materialet. Uppsatsens syfte och frågeställningar handlar, som nämnts, inte om att besvara *om* utan *hur* makt tar sig uttryck. Detta *hur* är alltså vårt analytiska fokus. En annan förförståelse, ett annat analytiskt fokus och en annan teoretisk ansats skulle såklart ha visat upp andra aspekter av materialet än hur makt kommer till uttryck.

En svårighet i denna studie är det faktum att mycket av det underlag som förvaltningsrätten får ta del av inför och under förhandlingar om tvångsvård är sekretessbelagt. Detta gör att vi som läsare inte får hela bilden av den komplexa situation som ska bedömas, och många av de frågetecken som väcks i oss kan finnas besvarade för dem som fattar beslut. I flera av domarna återfinns en klausul som hänvisar till sekretessbestämmelserna i 25 kap. 1§ offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400), där det står att uppgifter om enskilds hälsotillstånd och andra personliga förhållanden omfattas av sekretess och att det som framkommit gällande detta i domstolens förhandling därför inte står med i domen.

Viss information om patienternas hälsotillstånd och symtom finns ändå med i domarna, men det är inte alltid lätt att få en heltäckande bild. Då syftet med vår uppsats är att undersöka maktstrukturer, språk och föreställningar om normalitet och avvikelse, och inte att bedöma huruvida läkare och förvaltningsrätt har gjort korrekta medicinska eller juridiska bedömningar, menar vi att vi ändå kan analysera det material som finns i domarna. Dock kan vissa uttryck för till exempel föreställningar om normalitet och avvikelse bli förstärkta av att vi inte har hela bilden, och vissa uttalanden som ser ut att vara bristfälliga i sin motivering kan vara uppbyggda av mer underlag än vad vi känner till. Oavsett detta ser vi det ändå som problematiskt att domarna från oss som utomstående läsare uppfattas som bristfälliga, samtidigt som patientens rätt till integritet och sekretess såklart behöver skyddas. Domarna är allmänna handlingar och ska kunna gå att förstå för utomstående. Gränslinjen mellan patientens rätt till sekretess och integritet och behovet av rättssäkerhet ser vi som en tydlig svårighet.

Arbetsfördelning

Under arbetets gång har vi strävat efter att vi båda ska vara delaktiga i samtliga delar av uppsatsen. Vi har tillsammans formulerat syfte och frågeställningar samt valt teoretiska perspektiv och fokus för tidigare forskning. Till en början har vi haft uppdelat ansvar gällande till exempel att fokusera på en specifik teori eller börja skriva ett visst kapitel, där den andra senare har läst igenom och kompletterat. Vi har sedan båda två arbetat med texten som helhet. Samtliga val kring metoder och teorier har gjorts tillsammans. Vi har skrivit i gemensamma dokument under arbetet med uppsatsen för att vi ska kunna se uppdateringar och kommentarer direkt.

Vi har återkommande under arbetet med uppsatsen suttit tillsammans för att läsa igenom, korrigera och komplettera samtliga delar av uppsatsen och strävat efter ett slutresultat som vi båda känner oss delaktiga i och ansvariga för. Vi har under skrivandets gång haft återkommande avstämningar och diskussioner om uppsatsens ämne samt en ständigt pågående dialog för att försäkra oss om att vi håller oss till vår tidslinje och är involverade i det den andra gör.

Etiska överväganden

Uppgifter om hälsa klassas enligt Etikprövningsmyndigheten (2023) som “känsliga personuppgifter”. Enligt etikprövningslagens krav behöver forskning som innefattar behandling av känsliga personuppgifter få en godkänd etikprövning innan den genomförs. Dessa krav gäller för det som avser forskning, där studier i ramen för högskoleutbildning på grund- eller avancerad nivå inte räknas in (ibid). Även om vi i denna studie inte behöver ansöka om etikprövning bär vi med oss att det är känsliga personuppgifter i vårt material, och vi har därför gjort flera etiska överväganden för att fundera om det kan finnas personer eller verksamheter som kan komma till skada av vår undersökning och hur vi kan försöka förhindra det. Att domarna innehåller känsliga personuppgifter är inte bara något vi har konstaterat utan även känt personligen vid genomläsningen. Att läsa domarna har för oss känts utelämnande för de patienter som förekommer i domarna, även om vi inte vet vilka de är och inte har någon koppling till dem. Detta gör att vi har varit extra måna om att skydda de personer som domarna handlar om.

Vetenskapsrådet (2017) lyfter fyra begrepp som är viktiga att ha i åtanke vid materialhantering i ett forskningsprojekt, vilka är *sekretess*, *tystnadsplikt*, *anonymitet* och *konfidentialitet*. *Sekretess* syftar till vilka handlingar som enligt offentlighets- och sekretesslagen får eller inte får lämnas ut på begäran, vilket myndigheten som förvarar handlingarna ansvarar för. *Tystnadsplikt* innebär ett förbud att prata med obehöriga om den enskildes personliga förhållanden. *Anonymitet* handlar om att insamlade uppgifter inte ska kunna kopplas till en specifik person och att kopplingen mellan använd data och individ elimineras. Till sist innebär *konfidentialitet* att all insamlad data ska förvaras på ett sätt så den skyddas från att obehöriga kan ta del av den, samt att uppgifter som samlats in inte ska spridas (ibid).

Under datainsamlingen gjordes i denna studie ett aktivt val att analysera material som räknas som allmänna handlingar, delvis för att undvika forskningsetiska dilemman kring sekretess. Tryckfrihetsförordningen (SFS 1949:105) 2 kap §4 beskriver hur handlingar som förvaras, anses som inkomna till eller är upprättade hos en myndighet räknas som allmänna handlingar. De insamlade domarna har behandlats med konfidentialitet då enbart vi som skrivit uppsatsen samt vår handledare haft tillgång till dem under studiens gång. Domarna har under studiens

gång förvarats på en USB-sticka samt på datorer med personliga inlogg som ingen annan har åtkomst till, och raderas efter godkännande av uppsatsen. Under studiens gång har inte personlig data som fanns i domarna diskuterats med någon annan. I analysen av materialet är vårt fokus på språkanvändning, kategorisering och att markera uttryck för normalitet och avvikelse, varför personuppgifter som går att koppla till en specifik individ inte är av intresse för studien och därför aldrig tagits ut från de insamlade domarna.

Nyström (2019) beskriver vikten av att vara uppmärksam på att forskningsdeltagare inte ska utelämnas inför varandra, genom till exempel citat eller beskrivningar som för den stora massan kan tyckas vara anonyma men som för personer som deltar i studien kan känna igen på grund av anknytning till varandra. I denna studie kan det exempelvis i domarna som vi har analyserat, förutom patienterna, finnas domare, sakkunniga läkare och specialistläkare som eventuellt kan ha kopplingar till varandra. Citat som har använts i uppsatsen har därför valts ut noggrant för att undvika igenkänning, samt förkortats med hjälp av markören [...] vid behov.

Svedmark (2019) lyfter individskyddskravet som något särskilt viktigt att ha i åtanke vid forskning som berör särskilt sårbara personer. Som exempel på särskilt sårbara personer ges unga människor samt studier som berör psykisk och fysisk ohälsa, religion, etnicitet och sexualitet. Etikprövningsmyndighetens (2023) lista på sårbara personer innefattar bland andra barn, gravida, personer omhändertagna av samhället, flyktingar, personer med psykiska eller fysiska funktionsnedsättningar och personer som är ekonomiskt utsatta. Svedmark (2019) lyfter svårigheten i att bestämma vem som är "sårbar", och att det trots anonymisering och avidentifiering kan vara svårt att skydda individer från igenkänning om deras fall är väldigt unika. Eftersom denna studie berör psykisk ohälsa har vi under studiens gång varit måna om att personlig information om de patienter som framkommer i domarna inte kommer med i studien. I de citat som vi tagit med i uppsatsen har all information som kan kopplas till personer och platser tagits bort (namn på personer, städer och psykiatrisk avdelning eller mottagning).

I valet av datainsamlingsmetod gjorde vi också etiska överväganden. Vi såg känsligare metoder som analys av journalanteckningar, intervjuer med eller observationer av patienter som inte aktuella alternativ, då det bland annat hade varit svårt att få godkännande att läsa journaler eller att hitta informanter utanför vårt eget upptagningsområde i relation till studiens omfattning.

Detta utifrån att psykisk hälsa i olika avseenden redan är ett etiskt känsligt och integritetsingripande område (Etikprövningsmyndigheten 2023).

Forskningsetik beskrivs av Skaerbaeck (2019) som mer än att bara följa riktlinjer och regler. Det handlar även om att som forskare ta ansvar för det vi ser och inte ser, uttrycka oss på ett etiskt sätt och vara medveten om makten som besitts av forskaren. Det är även viktigt att sätta det studerade materialet i en större kontext och vara medveten om sin egen förförståelse, för att kunna studera och analysera materialet på ett så objektivt sätt som möjligt. Skaerbaeck menar att genom forskning kan berättandet om världen förbättras och därmed även förståelsen för den (ibid).

Resultat och analys

I detta kapitel presenterar vi resultatet från vår analys som är gjord med hjälp av tidigare forskning och valda teoretiska ramverk. Under läsning och analys av materialet ringade vi in fyra teman, vilka vi har valt att kalla *Kategoriseringar*, *Underminerande av patientens trovärdighet*, *Föreställningar om normalitet och avvikelse*, samt *Relativa angivelser, vaga formuleringar och icke-relevant information*. Dessa teman hänger ihop och går in i varandra, men vi har valt att synliggöra dem som olika teman för att tydligare besvara uppsatsens frågeställningar och visa hur föreställningar om normalitet och avvikelse och maktrelationer tar sig i uttryck på olika sätt. Genom att ringa in dessa teman har vi kartlagt hur ord och begrepp bildar olika typer av regelbundenheter (Nilsson 2008), vilket är ett sätt att synliggöra diskursiva formationer, alltså att beskriva hur makt utövas genom språket. Vi har även en sista rubrik som vi kallar *Goda exempel och undantagen som bekräftar regeln*, där vi ger exempel på när vi uppfattar att förvaltningsrätten tydligare motiverar skäl för tvångsvård och patienten blir lyssnad till och uppfattas som trovärdig.

Domarna är skrivna av förvaltningsrätten och både patienternas och läkarnas (chefsöverläkare såväl som sakkunnig läkare) uttalanden är därmed tolkade och omformulerade av förvaltningsrättens protokollförare. När vi i analysen beskriver eller citerar en deltagande parts perspektiv, uttalande eller handlande är det därmed såsom förvaltningsrätten har framfört det i domen. Citaten är hämtade från olika delar av domarna, såsom "bakgrund", "yrkanden" och "skäl för förvaltningsrättens avgörande". Där vi anser det vara relevant för analysen har vi förtydligat från var i domen detta är hämtat. Vi har, som nämns i metoddelen, i resultat- och analyskapitlet gjort ett aktivt val att presentera flera liknande citat efter varandra under de olika temana för att synliggöra dels den repetitiva karaktären och dels de olika varianter av uttalanden med samma eller liknande innebörd som förekommer i många domar och därmed bildar regelbundenheter (Nilsson 2008). Citaten är i regel korta vilket speglar domarnas karaktär, där bedömningar presenteras på ett kortfattat och sakligt sätt. Karaktären på materialet i sig gör alltså att många citat är snarlika och återkommande.

Kategoriseringar

Vid genomläsning av materialet uppmärksammade vi framför allt två typer av sociala kategoriseringar som vi valt att kalla “den välkända patienten” och “patient i behov av stödinsatser”. Dessa olika typer av sociala kategoriseringar förekommer i flera fall parallellt i samma dom om samma patient, och de framkommer ofta tidigt i chefsöverläkarens uttalanden. Dessutom upprepas de i många domar i såväl sakkunnig läkares som förvaltningsrättens bedömning. Denna typ av regelbundenheter kan med Foucaults ord kallas för särskilt framträdande diskursiva formationer (Nilsson 2008).

Återkommande i domarna är också beskrivningen “patient som saknar sjukdomsinsikt”, som vi uppfattar som ytterligare en framträdande diskurs. I dessa, och liknande beskrivningar, ser vi ytterligare en typ av kategorisering som vi kallar “patienten som inte vet sitt eget bästa” (och därför inte kan fatta beslut om sin vård), vilken beskrivs mer utförligt under temat *Underminerande av patientens trovärdighet*.

“Den välkända patienten”

Exempel från domarna på beskrivningar av “den välkända patienten” är bland annat:

[Namn] är känd inom psykiatri sedan många år [...] haft åtminstone [antal] ineliggande tillfällen, varav några enligt LPT (Dom 66, s. 2)

[Namn] har en allvarlig psykisk störning och är välkänd på kliniken (Dom 9, s. 2).

[Namn] har haft långvarig kontakt med specialistpsykiatri (Dom 63, s. 2).

Chefsöverläkaren anför bl.a. följande. [namn] har mångårig psykiatrisk kontakt (Dom 43, s. 3).

[Namn] är känd på vårdinrättningen och har haft ett flertal tidigare tvångsvårdstillfällen (Dom 103, s. 2).

[Namn] har en allvarlig psykisk störning och har tidigare haft flertalet ineliggande vårdtillfällen med stöd av LPT (Dom 46, s. 2).

[Namn] har tidigare vårdats med stöd av LPT (Dom 30, s. 2).

[...] att han vid ett flertal tidigare tillfällen varit föremål för tvångsvård (Dom 103, s. 4).

Ovan nämnda beskrivningar av patienter och deras situation nämns flertalet gånger och i flertalet domar och presenteras utan närmare kontext eller motivering till varför detta är problematiskt eller relevant i den aktuella ansökan om tvångsvård. Detta kan tolkas som *habitualisering*, det som Berger och Luckmann (1966) inom socialkonstruktivismen beskriver

som när någonting blir en del av det allmänna kunskapsförrådet. När detta skett behöver det inte motiveras varje gång utan blir en självklarhet (ibid). Genom habituering kan detta fenomen förstås som att någon som är "välkänd inom psykiatrin" sedan tidigare har bedömts av flertalet läkare, och behovet av tvångsvård blir taget för givet och kategoriseringen kan därmed användas som en motivering för detta. Uttryck som att en patient blir "föremål" för tvångsvård tolkar vi även som en objektivisering av patienten, vilket Foucault beskriver kan hända inom sjukvården (Hörnqvist 2012). Patienten förminskas till ett objekt som kan beskrivas och analyseras av de som har mer kunskap på området, vilket skapar en tydlig hierarkisk ordning mellan patient och vårdpersonal.

"Patient i behov av stödinsatser"

Varianter på "patient i behov av stödinsatser" som förekommer i domarna är:

[Namn] har en allvarlig psykisk störning. Hon bor på en gruppboende (Dom 19, s. 2).

Han har vid upprepade tillfällen blivit erbjuden en plats på ett boende, men han har inte varit intresserad av det (Dom 29, s. 3).

Hon har en komplex och långvarig sjukdomshistoria. Hon har de senaste åren varit placerad på LSS-boende (Dom 94, s. 2).

I nuläget bedöms det nödvändigt att hon kvarstannar på avdelningen för [...] att ordna förvaltare och för att hjälpa henne med boendefrågan (Dom 18, s. 2).

[Namn] har sedan länge en känd kronisk psykossjukdom och hon bor på kommunalt boende där det finns vårdpersonal dygnet runt (Dom 33, s. 2).

Det förefaller som att [namn] har stora problem med att hantera sin vardag [...] (Dom 39, s. 3).

Hon har växlande sjukdomsinsikt och orealistiska föreställningar om att den närmsta tiden klara sig själv (Dom 23, s. 2).

På samma sätt som ovan kan habituering av att någon bor på ett boende beviljat av socialtjänsten eller har andra kommunala insatser innebära att det tas för givet att läkare och socialtjänst redan gjort en bedömning att personen i fråga inte har förmåga att leva i en egen bostad eller att självständigt ta hand om sig. Vi uppfattar det som att personens stödbehov här även blir grund för att personen inte heller kan förväntas kunna fatta beslut i fråga om erbjuden vård. Vissa av citaten visar också att flera kategoriseringar används samtidigt eller tätt inpå varandra och därmed förstärker varandra. Att dessa antaganden delas och inte ifrågasätts av såväl rättsväsendet som läkare kan innebära att de *institutionaliseras*, vilket Bergman och

Luckmann (1966) beskriver sker med en habitualisering när den delas av flera olika aktörer. Denna sammankoppling mellan icke-funktionsfullkomlighet och avvikelser kritiserar inom *cripteori* (Bylund 2022). Att patientens behov av stödinsatser lyfts i domarna kan utläsas som att funktion och normalitet kopplas samman, vilket är någonting som *cripteori* ifrågasätter (Berg & Grönvik 2007).

Vi tolkar användandet av det faktum att en person har eller är i behov av stödinsatser som ett sätt att förstärka bilden av att det är mer önskvärt att klara sig själv och inte behöva hjälp. Sammankopplingen mellan behov av stödinsatser och kategorisering som psykiatrisk patient blir ett uttryck för stereotypa föreställningar om personer med normbrytande funktionalitet som beroende och osjälvständiga (Mattsson 2021). Att hävda att patienten har orealistiska förväntningar på sin egen förmåga blir även ett uttryck för *pastoral*makt, vilket Foucault beskriver som ett sätt att styra folket utifrån antagandet att de inte vet sitt eget bästa (Nilsson 2008). Uttrycket “orealistiska förväntningar” blir ett sätt för sjukvård och rättsväsende att betona att de är överordnade och vet bättre än personen själv.

Kategoriseringens konsekvenser

Sahlin (2013) beskriver hur uppfattningen huruvida någonting är ett problem eller inte är socialt konstruerat, och personer som kategoriseras som “den välkända patienten” och “patient i behov av stödinsatser” konstrueras som problem genom att dessa kategoriseringar används som underlag för att bedöma behov av fortsatt tvångsvård. Detta går också i linje med det Fioretos et al. (2013) skriver om att hierarkiskt ordnade egenskaper knyts till kategorier, då det blir tydligt att det ligger värderingar i de kategorier som framkommit. I sina uttalanden väljer chefsöverläkare vad som ska berättas för förvaltningsrätten och gör därmed ett aktivt val kring vad som är relevant att veta om personen i fråga, vilket Börjesson & Rehn (2022) förklarar som ett språkligt maktmedel.

Kategoriseringar är en typ av språklig maktutövning som påverkar såväl den enskildes självbild som tillgång till resurser och inflytande i samhället (de los Reyes & Mulinari 2023). Den kategorisering som sker i och med uttryck som “välkänd patient” eller “patient i behov av stödinsatser” har därmed direkt effekt på den enskildes liv. Att en person har en långvarig kontakt inom psykiatrin, har behov av stödinsatser eller, som kommer diskuteras mer ingående

i nästa tema, saknar full insikt i sin sjukdom behöver inte per definition betyda att personen här och nu är i behov av tvångsvård eller inte är trovärdig. Kategorisering av patienter riskerar även att leda till *stereotypifiering*, då vissa beteenden och egenskaper knyts till en specifik kategori (Fioretos et al. 2013).

Mattson (2021) belyser hur stereotypifiering innebär att människans komplexitet osynliggörs. Att stereotypifiera en person gör att det endast finns utrymme för de egenskaper som är kopplade till den sociala kategorin, och att personens förmågor och resurser osynliggörs. I domarna vi har läst gör denna stereotypifiering att en person definieras och tvingas in i en social kategori, i detta fall som en person med ett psykiatriskt tillstånd. Att motivera en ansökan om psykiatrisk tvångsvård med att en person är “välkänd inom psykiatrin” eller “bor i gruppboende” utan att vidare motivera anledningarna till varför det är relevant för just denna specifika person och denna specifika ansökan om psykiatrisk tvångsvård befäster en sådan stereotypifiering och förstärker bilden av en person i avsaknad av förmåga att förstå sitt eget bästa och ta hand om sig.

Vissa beskrivningar av beteenden uppfattar vi som läsare inte som i sig något som är problematiskt eller anmärkningsvärt, men de används ändå som exempel till varför personen bedöms vara i behov av tvångsvård. Exempel på detta är:

Under [månad] remitterades hon från [annan klinik] där hon observerats skratta och prata med sig själv [...] (Dom 75, s. 2).

[Namn] är fortsatt plockig, splittrad och har svårt att samla ihop sina tankar och sätta gränser (Dom 35, s. 2–3).

Det har nu framkommit att [namn] isolerat sig [...] och hon har druckit alkohol (Dom 93, s. 2).

I relation till Hassim och Wagners (2013) studie gällande att hänsyn behöver tas till kulturella kontexter vid bedömningar av vad som anses vara patologiskt kan detta bli en fråga om hur väl ansökande läkare känner till patientens bakgrund och sammanhang. Många människor som anses vara “friska” kan dricka alkohol eller skratta och prata med sig själv ibland. Likaså kan nog många känna igen sig i att det ibland är svårt att samla tankarna eller sätta gränser. Dessa beteenden är i sig inte någonting som är ett tecken på sjukdom, utan kan tänkas bero på kulturell kontext, uppfostran, personlighet eller en specifik social situation som personen befinner sig i.

Harper (2021) lyfter liknande resonemang och menar att sociala *normer* ofta kan spela in vid bedömning kring vad som är vanföreställningar. Foucault lyfter frågan hur och varför vissa beteenden ses som problem och blir kategoriserade som “galenskap” (Bacchi 2012). Att dessa ovan nämnda beskrivningar ses som problematiska ser vi som relaterat till att personen redan har kategoriserats som psykiskt sjuk och därför förstås dessa beteenden som bekymmer, även om de kanske inte hade varit det för en person som inte hade kategoriserats som psykiskt sjuk. *Sociala konstruktioner* lär oss vad som är rätt och fel, samt vad som är ett lämpligt beteende i olika situationer (Berger & Luckmann 1966). Utifrån ett socialkonstruktivistiskt perspektiv kan dessa uttalanden i domarna tolkas som att det är hårdare regler för lämpligt beteende för den som kategoriserats som psykiskt sjuk, än för den som inte har det.

Beskrivningarna av patienterna som exempelvis “välkända inom psykiatrin” eller “i behov av stödinsatser” uppfattar vi även som ett sätt att tala om att patienten i fråga är en person som observerats under lång tid eller av flera professionella, antingen inom psykiatrin eller av andra professionella. Detta går att knyta till Rosenbergs (1984) tankar kring att en observatör krävs för att en person ska bedömas som psykiskt sjuk. De som observerat patienten har gjort det i sin yrkesroll och kan därmed sägas ha *positions*makt, vilket gör att deras tolkning av verkligheten ges företräde (Bylund 2022). Professionellas maktposition i detta sammanhang gör också att de kan göra vaga uttalanden utan att dessa ifrågasätts eller behöver förtydligas, vilket vi återkommer till senare i resultatdelen. Att kategorisera patienterna som “välkända inom psykiatrin” och “i behov av stödinsatser” blir även att skapa skiljelinjer mellan “vi” som sjukvården och rättsväsende, och “dem” som patienter (Börjesson & Rehn 2022). Criteori kritiserar en sådan binär uppdelning och visar hur den även leder till en hierarkisk ordning (Berg & Grönvik 2007). Genom skapandet av ett vi och dem konstrueras en annanhet som ses som avvikande och underlägsen (de los Reyes & Mulinari 2023), vilket ytterligare försvårar patienternas möjlighet att få sina röster hörda.

Underminerande av patientens trovärdighet

En tydligt framträdande social kategorisering i domarna vi läst, som tydligt relaterar till maktutövning, resulterade i temat vi valt att kalla *underminerande av patientens trovärdighet*. Vi har genomfört en kvalitativ och inte kvantitativ studie, men vi har inte kunnat undgå att lägga märke till att i princip alla domar vi läst, finns ett återkommande tema som tar sig i uttryck på

flera sätt; att sakkunnig läkare instämmer med chefsöverläkarens bedömning av patienten, att förvaltningsrätten gör samma bedömning som den ansökande chefsöverläkaren, och att mycket lite hänsyn tas till det patienten uttrycker under förhandlingen, antingen själv eller via juridiskt ombud. Då det gemensamma i dessa uttalanden är att patienten inte lyssnas på har vi valt att kalla detta tema *underminerande av patientens trovärdighet*.

Expertmaktens samstämmighet

I domarna vi har studerat ser vi att läkarna anses vara experter, och på grund av detta ges makten att definiera vad som anses vara en *allvarlig psykisk störning* och vem som anses vara i behov av tvångsvård. Återkommande formuleringar från förvaltningsrätternas bedömningar är varianter på att rätten saknar skäl att göra en annan bedömning än chefsöverläkare och sakkunnig läkare.

Förvaltningsrätten finner inte skäl att frångå läkarnas samstämmiga bedömning i denna del (Dom 2, s. 3).

Förvaltningsrätten finner inte skäl att frångå läkarnas samstämmiga bedömning (Dom 28, s. 3).

Förvaltningsrätten finner inte skäl att göra någon annan bedömning (Dom 7, s. 3).

Det saknas anledning att ifrågasätta läkarnas samstämmiga bedömning att det rör sig om en allvarlig psykisk störning i lagens mening (Dom 77, s. 4).

Enligt Foucault finns det alltid makt i kunskap, och de grupper som har makt i samhället har även makt att definiera vad som är kunskap (Mattsson 2021). Läkare och annan vårdpersonal har på grund av sin medicinska kunskap *definitions*makt som ger dem en överordnad position i relation till patienten (Fioretos et al. 2013). Detta kan också beskrivas som att läkarna har *expert*makt då de genom att ses som experter ges makt över andra (Börjesson & Rehn 2022). Genom att ses som experter får den som har expertmakten ett övertag (ibid). Deras tolkning av verkligheten kan bli överordnad genom den *positions*makt de får utifrån sin yrkesroll (Bylund 2022). Med dessa typer av formuleringar bekräftar förvaltningsrätten läkarnas definitionsmakt, expertmakt och positionsmakt. Genom att tilldelas rätten att definiera vad som är kunskap och vetande blir läkarna *diskursbärare* (Nilsson 2008), och deras uttalanden ses därmed som vedertagen sanning. Dessa citat och framför allt deras formuleringar uppfattar vi som en del av det formella *expertspråket*, som i vissa fall kan bli *maktspråk* (Börjesson & Rehn 2022). Formuleringarna har en formell ton och meningsbyggnad, vilket gör att de uppfattas som

expertspråk. Följden blir att det är lätt att tolka det faktum att förvaltningsrätten inte finner skäl att ifrågasätta läkarna som att det inte *finns* skäl att ifrågasätta.

Andra typer av formuleringar om förvaltningsrätternas sammanfattande bedömning av behov av tvångsvård som används i domarna är varianter på:

Mot bakgrund av vad som framkommit i målet anser rätten det vidare utrett att [namn] även hade ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård för stabilisering och medicinering och att vårdbehovet inte kunde tillgodoses på annat sätt än genom att han var intagen på sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (Dom 105, s. 3).

Med hänsyn till utredningen i målet finner förvaltningsrätten inte skäl att göra någon annan bedömning (Dom 100, s. 3).

Även om förvaltningsrätten också i dessa domar dömer i linje med chefsöverläkaren, finns i denna typ av formuleringar information om att förvaltningsrätten tagit med mer än endast läkarnas uttalanden i sina bedömningar. Att hänvisa till en utredning ger oss som läsare information om att förvaltningsrätten i sin bedömning kan ha tagit med till exempel saker som patienten berättat under förhandlingen som inte står med i domen, chefsöverläkarens ansökningshandlingar inför förhandlingen eller annan information som framkommit i ärendet.

Ifrågasättande av patientens trovärdighet

Ett återkommande och framträdande tema i domarna vi har läst är att det inte tycks spela någon roll vad patienten uttrycker för inställning till vården. I exempel nedan från flera av domarna framkommer genom uttalanden från patient eller juridiskt ombud olika uttryck för samtycke till vården och planering för att fortsätta med medicinering. Trots detta gör förvaltningsrätten bedömningen att det var nödvändigt med fortsatt tvångsvård, ofta med hänvisning till tidigare historik, bristande sjukdomsinsikt eller ambivalens. Detta återkommer i flera domar.

Hon är samarbetsvillig och motiverad att fortsätta med medicinering även om vården skulle upphöra (Dom 96, s. 2).

Sprutorna hon får idag gör att hon mår sämre, hon får bl.a. biverkningar i form av smärta. Hon samtycker till medicinering i tablettform (Dom 87, s. 2).

Han vill inte ha vård med tvång och han vill inte ha så stark medicinering som han får. [...] och han tar medicinerna även om han inte gillar det (Dom 98, s. 3).

Hon är motiverad till att fortsätta sin medicinering och har en stark åsikt om att vården kan ges på frivillig väg (Dom 90, s. 3).

Han skulle genomföra utredningar och ta sin medicin även om han inte vårdades med tvång (Dom 103, s. 2).

Hon går dock med på frivillig vård. Hon kommer att göra allt som läkarna säger och ta medicinen, även om den gör att hon somnar [...] (Dom 75, s. 3).

Hon kommer att genomföra alla nödvändiga utredningar och ta medicin om läkaren säger att hon behöver det, men hon vill kunna [vistas] i sitt hem (Dom 101, s. 2).

I vissa fall synliggörs i förvaltningsrättens bedömning att det finns en motsättning i att läkarens ansökan ges bifall trots att patienten ger sitt samtycke till vård, som när det i en dom står att en patient:

[Namn] har *i och för sig* samtyckt till vården (Dom 76, s. 4, vår kursivering).

Att så lite hänsyn tas till patientens inställning till vård och behandling tolkar vi som ett uttryck för expertmakt och positionsmakt. Läkarna ses som experter och ges rätten att uttala sig om patienterna ska anses vara trovärdiga även när de uttrycker att de kommer samarbeta med vården och därför kan få vård och behandling i frivillig form. Både läkare och förvaltningsrätt får genom sina positioner makt att bedöma om patientens uttalanden ska anses trovärdiga (Bylund 2022). Detta förstärks i förvaltningsrättens slutsatser kring behov av tvångsvård utifrån chefsöverläkarens uttalande och uttrycks till exempel som:

Även om [namn] uppgett vid den muntliga förhandlingen att hon numera accepterar medicinering m.m. gör hennes sköra psykiska tillstånd och avsaknaden av sjukdomsinsikt att hennes samtycke kan ifrågasättas (Dom 75, s. 5).

Till följd av [namns] psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att behövlig vård inte kan ges med hans tillförlitliga samtycke (Dom 54, s. 4–5).

Vi kan inte med säkerhet säga *varför* så lite hänsyn tas till patientens inställning till vård i domarna, men det är tydligt att detta sker. Det är också tydligt att det har effekten att patientens röst tystas. Bylund (2022) beskriver hur personer drabbade av underordning uppfattas som mindre trovärdiga utifrån sin sociala position, och att deras berättelser och erfarenheter då inte tas på allvar. Enligt Fioretos et al. (2013) och Mattsson (2021) knyts egenskaper till sociala kategoriseringar och kategoriseringarna blir tvingande utifrån att människor definieras som till

exempel psykiskt sjuka. En förklaring till att så lite hänsyn tas till patientens inställning till vård kan därför vara att patienter som av expertmakten läkare definieras som psykiskt sjuka även ses som mindre trovärdiga. Dessa uttalanden om patienterna som icke trovärdiga ser vi som ett exempel på hur något beskrivs så att det verkar som objektivitet eller fakta (Svensson 2019).

Vi fann även uttalanden kopplade till bedömning av patientens trovärdighet som dessutom tydligt markerade maktordningen mellan patient och sjukvården, såsom nedanstående citat från förvaltningsrättens avgörande:

Som särskilda villkor för vården ska gälla att [namn] ska [...] underkasta sig provtagning gällande uppföljning av läkemedel och avhållsamhet från droger och alkohol (Dom 64, s. 1).

I detta citat uttrycks både att patienten inte bedöms som trovärdig och därför behöver lämna prover, och väldigt tydligt en över- och underordning i formuleringen att patienten ska “*underkasta sig*” (vår kursivering).

Bristande sjukdomsinsikt som motivering

Ett annat uttryck för temat *underminerande av patientens trovärdighet* är beskrivningar från både läkare och förvaltningsrätten av att patienten saknar sjukdomsinsikt och på grund av det är i behov av tvångsvård. Detta ser vi som en kategorisering i form av “patienten som inte vet sitt eget bästa”. I domarna formuleras detta som:

Han kan inte ta grundad ställning till sin medicinering (Dom 63, s. 2).

Hon saknar sjukdomsinsikt och förstår därför inte att medicineringen är nödvändig (Dom 65, s. 3).

Hon har haft återkommande problem med att se kopplingen mellan medicineringen och sitt psykiska mående (Dom 14, s. 2).

Samtidigt saknar han sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation (Dom 16, s. 4).

Samtidigt saknar [namn] full sjukdomsinsikt och behandlingsalliansen håller inte över tid (Dom 31, s. 2).

Hon har ingen sjukdomsinsikt och har inte skött kontakten med vården tidigare (Dom 81, s. 2).

Hon har total avsaknad av sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation (Dom 97, s. 2).

Han saknar sjukdomsinsikt och är oförmögen att helt förstå behovet av vård (Dom 98, s. 2).

Chefsöverläkaren har dock uppgett att [namn] har en bristande sjukdomsinsikt och att han är oförmögen att förstå behovet av vård (Dom 98, s. 3).

Han saknar sjukdomsinsikt (Dom 3, s. 2).

Hon har ingen sjukdomsinsikt, och samarbetar inte med vården (Dom 14, s. 2).

Foucault beskriver pastoralmakt som en form av makt där bland annat vårdpersonal utövar makt för vad de anser vara patientens bästa (Nilsson 2008). Dessa beskrivningar blir återigen uttryck för definitionsmakt där vårdpersonal får en överordnad position gentemot patienten (Fioretos et al. 2013) och expertmakt där läkarna ses som experter och på grund av detta ges makt över andra (Börjesson & Rehn 2022). Det blir även ännu en gång exempel på hur patienterna utifrån sin sociala position uppfattas som mindre trovärdiga (Bylund 2022). Att en person beskrivs sakna sjukdomsinsikt får som konsekvens att hen inte anses veta sitt eget bästa och därför behöver samhället ta över och personen behöver vårdas mot sin vilja.

Inom *Mad Studies* kritiseras hur den medicinska sanningen automatiskt ses som den rätta, och Burstow (2013) lyfter hur språket används för att utöva makt mot patienter inom psykiatrin. Ord som “bristande” och “saknar” signalerar att det fattas något hos patienterna och ord som “insikt” och “förstå” signalerar att patienterna inte har förmåga att ta till sig information. Maktförhållanden återskapas genom föreställningar som språket skapar (Svensson 2019). Användandet av dessa ord och formuleringar konstruerar en bild av en psykiskt sjuk patient, som dessutom inte ska anses vara trovärdig. Genom att formulera om eller ersätta vissa ord kan makten utjämnas (Burstow 2013). I detta fall skulle “bristande sjukdomsinsikt” exempelvis kunna beskrivas som “annan förklaring till sitt mående” eller “alternativ inställning än specialistläkarens”. Dessa alternativa beskrivningar skulle kunna öppna en ingång för att det inte alltid per definition är läkaren som har rätt och patienten som har fel, om deras inställningar eller åsikter skiljer sig åt.

Radovic et al. (2020) beskriver i sin artikel hur just begreppet “sjukdomsinsikt” används som ett allomfattande begrepp i relation till behov av tvångsvård, trots att det saknar en tydlig definition och inte heller är ett juridiskt begrepp. Detta är något som vi kan känna igen i domarna vi läst. Enligt Radovic et al. (2020) sätts det likhetstecken mellan att hålla med läkaren och att inneha sjukdomsinsikt. Att hålla med läkaren blir att ansluta sig till den överordnade rådande diskursen och accepteras därför, medan att säga emot läkaren blir att utveckla en *motdiskurs* och därmed utmana rådande maktförhållanden. På samma sätt som beskrivs i artikeln av Radovic et al. (2020) uppfattar vi från vår läsning av domarna att patienterna har lite

om alls något utrymme att argumentera för sin sak, och att brist på sjukdomsinsikt används som argument både gällande patientens trovärdighet och förmåga att självständigt fatta beslut om vård.

Detta går även i linje med de regler kring beteendemönster som Berger och Luckmann (1966) beskriver kan framkomma ur habitualisering och institutionalisering. Det som ses som rätt beteendemönster, i detta fall att ha sjukdomsinsikt, gör att det per automatik existerar ett fel beteendemönster, i detta fall avsaknad av sjukdomsinsikt. Berger och Luckmann (1966) menar att samhälleliga uppfattningar om vad som är rätt och fel beteenden sprids oavsett formella sanktioner som lagar, vilket går i linje med att bristande sjukdomsinsikt i sig inte längre är ett formellt kriterium för tvångsvård sedan 1991 (Johanson 1993), men som vi kan se ändå i många fall används som en motivering till behovet av tvångsvård.

Föreställningar om avvikelse och normalitet

Vi har hittat flera uttryck för föreställningar om både normalitet och avvikelse i domarna. Beskrivningar av avvikande beteenden överväger och används ofta som en förklaring till varför personen blev inlagd eller behöver fortsatt tvångsvård. På detta sätt blir beskrivningen av avvikande beteende en motivering till att personen ska bedömas lida av en *allvarlig psykisk störning* och vara i behov av tvångsvård.

Överordnade grupper kan på grund av sin maktposition definiera vad som ses som normalt och avvikande (Mattsson 2021). Det kan vara svårt att se maktstrukturer på en konkret individnivå (ibid), men i domarna finns flera exempel på när de som anses ha expertmakt (Börjesson & Rehn 2022) och positionsmakt (Bylund 2022) får definiera vad som anses vara normalt respektive avvikande. Att studera hur något görs till ett problem är ett sätt att synliggöra hur det som ses som sanning skapas i relation till en historisk och kulturell kontext (Bacchi 2012). Genom att lyfta fram det som i domarna beskrivs som avvikande beteende och därmed framställs som ett problem, som behöver åtgärdas, vill vi göra ett försök att dekonstruera vad som tolkas som problematiskt beteende.

Föreställningar om avvikelser

Exempel på beskrivningar av avvikande beteenden som av chefsöverläkaren beskrivs som anledningar till inläggning i slutenvård eller behov av öppen psykiatrisk tvångsvård är:

[Namn] isolerade sig i sitt hem, slutade gå på daglig verksamhet och slutade betala sina räkningar (Dom 5, s. 2).

Boendepersonal larmade om att [namn] [...] misskötte sin hygien och planlöst drev runt i samhället (Dom 19, s. 2).

Han lever ett passivt och isolerat liv som han klarar med hjälp av sin medicinering (Dom 63, s. 2).

I vardagen uppvisar hon symtom på sin sjukdom och hon kan vara högljudd och störande för medboende (Dom 33, s. 2).

I domarna finns även beskrivningar av hur patienten uppfattas bete sig avvikande på avdelningen, ofta som en motivering från chefsöverläkaren till fortsatt tvångsvård. Exempel på hur detta kan uttryckas är:

På avdelningen betedde sig [namn] uppvarvad, flyttade sin säng och kastade saker ur sitt rum (Dom 53, s. 2).

Hon är forcerad och orolig på avdelningen, det går inte att samtala med henne på ett konsekvent sätt då hon helt saknar insikt i sina personliga förhållanden (Dom 9, s. 2).

[Namn] vägrar ta ordinerade mediciner och har under vårdtiden varit uppvarvad, forcerad i kontakten och stundtals gränslös och grandios i sina uttalanden (Dom 107, s. 2).

I vissa fall beskriver formuleringarna i domarna på ett mer uttalat sätt beteenden som ses som avvikande. Exempel på detta är följande uttalanden från chefsöverläkare:

[Namn] hade en del vanföreställningar och ett *märkligt* beteende (Dom 95, s. 2, vår kursivering).

[Namn] har haft en *suspekt* antisocial personlighet samt har utvecklat ett beroende av narkotikaklassat läkemedel (Dom 106, s. 2, vår kursivering).

Foucault menade att den psykiatriska vetenskapen har makt att definiera vad som är avvikande (Börjesson & Rehn 2022), samt att den rådande diskursen i samhället påverkar vad som definieras som psykisk sjukdom (Nilsson 2008). Läkare och förvaltningsrätt får därmed makt att definiera beteenden som "märkliga" eller "suspekta", och kan uttrycka att någon som lever

ett passivt liv eller driver runt är avvikande. Inom Mad studies lyfts och problematiseras hur det som uppfattas som avvikande beteenden har patologiserats, tystats och osynliggjorts genom historien, och att detta fortsätter än idag (Rhodén 2020). O'Connor och Vandenberg (2009) belyser problematiken i att en persons verklighetsuppfattning kan bli sjukdomsförklarad beroende på vilken ställning den har i relation till i samhället rådande uppfattningar. Vi menar inte att det som ses som avvikande beteende i sig generellt används som grund för sjukdomsförklaring, men i domarna vi har läst uppfattar vi det som att när en person kategoriserats som psykiatrisk patient ses det som beskrivs som avvikande beteende återkommande som tecken på psykisk sjukdom.

Avvikande beteende beskrivs relativt ofta i relation till patientens inställning till sjukvården och avsaknad av följsamhet i kontakt med vården, som till exempel av chefsöverläkare:

Under det senaste året har han blivit mer följsam till medicineringen men de senaste månaderna har han haft ett behov av att påminnas flera dagar i rad för att komma till behandling (Dom 16, s. 2).

Och av förvaltningsrätten:

Vid denna bedömning beaktar förvaltningsrätten särskilt att [namn] [...] har uttryckt att anledningen till att han kommer fortsätta med behandlingen är att det är viktigt för hans fru (Dom 91, s. 4).

Det framgår även av utredningen att han återkommande har krävt att bli av med medicineringen samt att han senast den [datum] vid hembesök önskat sänkning eller utsättning av den (Dom 98, s. 3).

När beskrivningar av vad som anses vara avvikande beteende blir en motivering för fortsatt tvångsvård smälter det som Szönyi (2004) kallar den *normativa* och den *medicinska normaliteten* samman, eller det medicinska normalitetsbegreppet definierar normalitet utifrån och blir detsamma som samhällets värderingar. Risken med detta blir som Fioretos et al. (2013) skriver att den medicinska blicken inte bara blir diagnostiserande, utan även värderande. Att det som anses vara avvikande beteende används som en motivering för behov av tvångsvård blir även ett exempel på att den *produktiva* och *repressiva makten* smälter samman, då normöverskridande beteende begränsas inte bara med sociala sanktioner, utan med faktiska repressiva åtgärder som inlåsning (Hörnqvist 2012). Enligt Foucault är makt ett sätt att påverka andras handlingar (ibid), vilket i detta sammanhang görs genom att de överordnade (läkare och

förvaltningsrätt) tydliggör vad det är med personens beteende som är avvikande och genom detta berättar vad personen behöver ändra på för att i stället uppfattas som normal.

Föreställningar om normalitet

Uttryck för föreställningar om normalitet, vad som anses vara “normalt” beteende, framkommer i domarna genom chefsöverläkarens beskrivning av patienterna och deras beteende. Beskrivningar av normalitet uppfattar vi används av läkarna för att visa att patienterna på grund av sjukhusvistelse och behandling, eller utifrån förväntad effekt av denna, rör sig från avvikelse mot normalitet och dessa beskrivningar blir på det sättet motiveringar till fortsatt tvångsvård:

Hans mående har emellertid förbättrats tack vare medicineringen och det har varit lättare att prata med honom (Dom 52, s. 2).

Det har noterats en viss förbättring i hennes förmåga att sköta delar av den allmänna dagliga livsföringen (Dom 61, s. 2).

Han bedöms vara i behov av öppen psykiatrisk tvångsvård [...] för att han ska kunna upprätthålla en god och välfungerande livskvalitet (Dom 64, s. 3).

Under de sista sex månaderna då hon haft öppen LPT-vård har hon regelbundet kommit för att ta emot medicinering och haft kontakt med sin fasta vårdkontakt (Dom 65, s. 2).

Hon har blivit mjukare i kontakten [...] (Dom 68, s. 2).

Under vårdtiden har de justerat hennes medicinering och personalen meddelar att de aldrig sett henne så stabil som nu, optimalt fungerande (Dom 76, s. 2).

Under vårdförloppet förbättrades hans mående, han blev mer logisk och minnet förbättrades något (Dom 95, s. 2).

Beskrivningar av normativt eller “normalt” beteende kommer även från patienterna själva, när de vill föra fram att deras beteende är just “normalt” på olika sätt och att de därmed inte ska bedömas vara i behov av tvångsvård. Vi ser dessa uttalanden från patienterna som exempel på hur de förhåller sig till föreställningar om vad som anses vara normalt. Patienterna beskriver sig själva och sitt beteende som:

Hon lever normalt och under ordnade förhållanden (Dom 87, s. 2).

Just nu arbetar han som [yrke] och tränar. Han mår bra (Dom 77, s. 3).

Det är inte något konstigt med henne, hon är glad och bråkar inte med någon (Dom 93, s. 2).

Hon har genomgående agerat utifrån vad som är det bästa för hennes son (Dom 81, s. 2).

Hans företag går väldigt bra och han jobbar mycket (Dom 103, s. 2).

Han är lugn och sansad och kommer inte att dricka alkohol (Dom 103, s. 2).

Begreppet normalitet används inom den medicinska praktiken som beskrivning av det som anses vara "friskt", men detta begrepp är påverkat av våra föreställningar om moral (Fioretos et al. 2013). Foucault beskriver att konstruktionen av vad som anses vara normalt är en form av maktutövning (de los Reyes & Mulinari 2023). Denna utövas genom en syn på vad som är rätt och normalt och innebär även att de som inte lever upp till synen på det normala stigmatiseras (ibid). Att patienterna framhäver det som kan ses som normalt hos dem kan tolkas som att de vill undvika denna stigmatisering och att synen på vad som är rätt och normalt är välkänt både bland patienter och bland professionella. Genom att lyfta sina egna resurser och andra berättelser om sig själva utför också patienterna en motståndshandling, vilket Hörnqvist (2012) lyfter som ett sätt att försöka utjämna maktförhållandena.

I vissa fall uttrycks en form av *motdiskurs* (de los Reyes & Mulinari 2023) genom att patienter beskriver att deras beteende inte ska definieras som sjukdom utan är något annat:

Hon har en stark personlig tro, vilket inte ska blandas ihop med eventuell sjukdom (Dom 75, s. 3).

Detta kopplar vi även till Hassims och Wagners (2013) resonemang om hur den kulturella kontexten påverkar bedömningen av vad som anses patologiskt. Inom socialkonstruktivismen lyfts hur vi som människor utgår ifrån vår egen sociala och kulturella kontext och ser den som en sanning (Berger & Luckmann 1966; Barlebo Wenneberg 2010). Samtliga ovan nämnda beteenden som beskrivs som normala är alltså ingenting som är objektivt sant, utan någonting som är socialt konstruerat som normalt i samhället.

Att kategoriseras som avvikande utifrån en diagnos som psykisk sjuk riskerar att leda till stereotypifiering där personen endast kopplas ihop med egenskaper som anses höra ihop med denna kategori (Mattsson 2021). Utifrån detta krymper handlingsutrymmet för normbrytande beteende då det går utanför förväntade egenskaper. Detta medför att personer som av samhället definieras inom ramarna för normalitet kan ha större utrymme att i stunder eller perioder bete sig avvikande, till exempel ha en dålig dag, dricka alkohol, vara nedstämda, trötta på livet eller ha det stökigt hemma. Starkman (2013) lyfter utifrån Mad studies ett resonemang om att samhällets återkommande vilja att hjälpa patienter inom psykiatrin med det som ses som deras

problem, egentligen handlar om att göra dessa personer “normala”. Denna vilja att hjälpa personer som kategoriserats som psykiskt sjuka att bli “normala” uppfattar vi kan tolkas som en paradox när de som bedöms vara psykiskt sjuka inte får göra samma misstag eller snedsteg som personer som anses vara friska eller “normala” utan att få sanktioner eller repressalier.

Relativa angivelser, vaga uttalanden och icke-relevant information

Det sista temat som vi uppmärksammade vid genomläsning av domarna var uttalanden av chefsöverläkare, sakkunnig läkare eller förvaltningsrätt som vi bedömde vara otydliga och till synes otillräckliga. I detta tema ingår även uttalanden som vi på något sätt såg som anmärkningsvärda eller som särskilde sig från mängden vid genomläsning.

Relativa angivelser

Inom detta sista tema var ett återkommande undertema *relativa angivelser*. Med relativa angivelser menar vi uttalanden som anges i relation till någonting annat, som till exempel sjukdom eller psykiatriskt tillstånd, men som inte förklaras, och även uttalanden som inte var ytterligare motiverade. Exempel på denna typ av beskrivningar från chefsöverläkare är:

Hon skrevs senast ut i mitten av [månad, år] och har sedan dess inte tagit sin ordinerade medicin, vilket lett till att hon försämrats i sin grundsjukdom (Dom 30, s. 2).

Hon vårdas nu efter en försämring i hennes sjukdomstillstånd (Dom 96, s. 2).

[Namn] togs in i [månad] förra året och var då kraftigt försämrad i sitt tillstånd (Dom 79, s. 2).

Under [månad, år] var han aktuell för återintag eftersom han [...] blivit kraftigt försämrad i sin grundsjukdom (Dom 71, s. 3).

Dessa angivelser presenteras utan information om hur detta grundtillstånd eller denna grundsjukdom ser ut, och utan beskrivningar av deras allvarlighetsgrad. Dessa uttalanden kan förstås som uttryck för läkarnas och förvaltningsrätternas expertmakt och positionsmakt, som gör att deras yttranden ges företräde framför patientens berättelse även när de som i dessa fall är vaga, oklara och i relation till någonting som inte framgår eller beskrivs i sammanhanget. De relativa angivelserna blir på detta sätt uttryck för maktutövning gentemot de personer som kategoriseras som “psykiskt sjuka”. Foucault beskriver hur konstruktionen av normalitet leder till stigmatisering av de som står utanför (de los Reyes & Mulinari 2023). Vi uppfattar att dessa

relativa angivelser ger uttryck för att när personer som bedömts som psykiskt sjuka hamnar utanför normaliteten, tolkas en försämring alltid per automatik som någonting problematiskt eftersom även normaltillståndet för “den sjuke” är någonting problematiskt i samhällets ögon. Inom Mad studies eftersträvas en förändring av denna syn på psykisk sjukdom (Rhodén, 2020). Om psykisk sjukdom inte i sig själv sågs som ett problem hade en försämring inte heller i sig kunnat utgöra skäl till vård, utan det hade blivit viktigare att beskriva hur försämringen yttrar sig och dess allvarlighetsgrad.

Vaga uttalanden och dess motsatser

Vid läsning av domarna uppmärksammades flera uttalanden som vi uppfattade som vaga eller intetsägande. Exempel på sådana uttalanden från chefsöverläkare var:

Medicineringen har återinsatts men [namn] har [...] inga ordnade personliga förhållanden utanför kliniken (Dom 2, s. 2).

Hon inkom till psykiatrin efter att vårdintyg utfärdats på grund av tilltagande orolig situation i hemmet (Dom 8, s. 2).

Vårdförloppet har liknat tidigare inläggningar och har innefattat flera incidenter [...] (Dom 51, s. 2).

Hon har fortsatt vissa symtom och är fortsatt präglad av sin sjukdom (Dom 61, s. 2).

Dessa uttalanden är sannolikt baserade på information som förvaltningsrätten har om den enskildes situation som inte framkommer i domarna utan skyddas av sekretess. För att analysera varför dessa exempel inte behöver motiveras ytterligare i domarna för att bli godkända motiveringar kan vi ta hjälp av socialkonstruktivism och maktteorier. *Dikotomier* används för att genom skillnad och ojämlikhet skapa och upprätthålla sociala kategoriseringar (Mattsson 2021). Sociala kategoriseringar skapar uppföranderegler inom ett samhälle, där avsteg från reglerna kan ses som tecken på psykisk sjukdom (Berger & Luckmann 1966). Utifrån tanken om dikotomier kan vi synliggöra vad som skulle kunna vara motsatser till dessa vaga uttalanden från domarna, och därmed få syn på uppföranderegler.

Motsatser, eller dikotomier, till de uttalanden som förekommer i domarna skulle i detta fall kunna vara “ordnade förhållanden i privatlivet”, “trygg situation i hemmet”, “inga incidenter” och “opåverkad av sin sjukdom”. Om dessa beskrivningar kan antas stämma med etablerade uppföranderegler i samhället, blir konsekvensen att dess motsatser tolkas som avsteg och därför

även tolkas som tecken på psykisk sjukdom. Dessa uppföranderegler blir också exempel på föreställningar om normalitet, vilket enligt Fioretos et al. (2013) ofta blir synonymt med begreppet friskt inom den medicinska praktiken. I avsnittet om föreställningar om normalitet och avvikelse beskriver vi hur handlingsutrymmet för normbrytande beteende kan vara större för personer som kategoriseras som "normala". Utifrån denna förståelse kan vi även fråga oss om alla de som anses vara friska har det tryggt i hemmet eller lever under ordnade förhållanden, och om det går att vara opåverkad av sin sjukdom.

De vaga uttalanden som förekommer i domarna kan även ses som exempel på att makten tar sig mindre tydliga uttryck över tid (Mattsson 2005). Det är möjligt att det med tiden har blivit så vedertaget att det läkaren ansöker om ses som relevant, att vaga beskrivningar och motiveringar därför blir tillräckliga i förvaltningsrättens ögon. För oss som utomstående läsare är det dock svårt att helt förstå vad det är som gör att personen har en *allvarlig psykisk störning* och att det finns ett oundgängligt behov av vård. Detta i kombination med att såväl läkare som förvaltningsrätt genom utbildning och status har tillgång till och ofta använder sig av det Börjesson & Rehn (2022) kallar expertspråk, gör det möjligt att tänka sig att det är otydligt även för patienterna själva vad det är som motiverar vården. Detta kan leda till att det blir svårare för dem att veta till exempel vad de ska framföra som motargument eller hur de ska motivera en överklagan.

Icke-relevant information

Vid genomläsningen uppmärksammade vi även ett antal citat där det som läsare var svårt att se en tydlig koppling mellan uttalandena och behovet av tvångsvård. Dessa uttalanden kom från såväl chefsöverläkare som från sakkunnig läkare och förvaltningsrätt. Det var bland annat uttalanden som inte hade direkt med patienten att göra eller kan anses vara patientens ansvar, exempelvis:

Hans familj har heller inte kunnat ta till sig hans svåra sjukdom vilket innebär att det finns ett mycket stort behov av den skyddande vård som är öppen psykiatrisk tvångsvård (Dom 62, s. 2).

Han vill bli utskriven trots att det inte finns någon planering från vare sig öppenvårdens eller socialtjänstens sida (Dom 107, s. 2).

Trots att [namn] är en intelligent person som borde kunna inse fördelarna med att medicinera för att undvika försämring i sitt tillstånd och funktion [...] (Dom 77, s. 4).

På samma sätt som när det gäller vaga uttalanden tolkar vi dessa uttalanden som uttryck för läkarens och förvaltningsrättens expertmakt och positionsmakt gentemot patienten. Experter ges ett övertag genom rätten att definiera vad som kan sägas och vad som är relevant, och kan även använda denna position för att uttala sig om icke-relevanta saker (Börjesson & Rehn 2022). De formuleringar som presenteras ovan kan uppfattas som mer vardagliga eller personliga analyser snarare än professionella bedömningar, vilket vi tolkar som att den maktposition läkaren och förvaltningsrätten befinner sig i är så pass omfattande att vad de än säger tolkas detta som relevant information. En del av dessa uttalanden, som de som handlar om familjens inställning och de som handlar om sjukvårdens och kommunens gemensamma planering, är inget som patienten kan hållas ansvarig för men blir i domarna ändå del av underlaget för tvångsvård.

Goda exempel och undantag

Goda exempel

I de exempel som presenterats ovan uppfattar vi att flera domar är bristfälliga när det gäller motiveringar till behov av tvångsvård för en specifik person och ett specifikt vårdtillfälle. Vi uppmärksammade därför i läsningen särskilt domar där motiveringar var extra tydliga, dessa kallar vi *Goda exempel*. Det som särskilde formuleringar i dessa domar var att yttranden var tydligt motiverade, att eventuella konsekvenser för frivillig vård beskrevs eller att det uttrycktes empati för patienten och hans situation. Denna typ av formuleringar gjordes dels från sakkunnig läkare och chefsöverläkare gällande behovet av tvångsvård:

Det behövs lite mer tid av vård – någon vecka till för observation. [...] Det kan röra sig om tvångsvård i en vecka eller två (Dom 106, s. 3).

Att avsluta medicineringen kan vara väldigt farligt då det är skadligt varje gång en försämring uppkommer (Dom 49, s. 3).

Det ingår i sjukdomens natur att sakna sjukdomsinsikt [...] (Dom 49, s. 3).

Avsikten är dock att tvångsvården ska övergå i öppen form inom en snar framtid och prognosen för att [namn] ska kunna ges fortsatta permissioner ser god ut (Dom 30, s. 2).

Och dels från förvaltningsrätten i deras bedömning kring behov av tvångsvård:

Av utredningen i målet framgår vidare att [namn] behöver fortsätta med ordinerad medicinering för att undvika insjuknande i ett allvarligt psykotiskt skov förenat med en risk för bestående funktionsbortfall (Dom 16, s. 4).

Dessa exempel visar att det trots formellt språk och sekretessens begränsningar finns utrymme och möjlighet för förvaltningsrätten att i domarna skriva sina motiveringar på ett sätt som visar empati för patientens situation. Exempelen skiljer sig från tidigare exempel där patienten blir mer till ett objekt, vilket Foucault beskriver som ett sätt att utöva makt genom att göra patienten till något som kan analyseras och beskrivas (Hörnqvist 2012). I det vi kallar *goda exempel* blir patienten istället en tydligare part i förhandlingen, där potentiella konsekvenser för den enskilde beskrivs och patienten, såväl som vi som läsare, får förklarat för sig varför tvångsvården är nödvändig just nu. Att längden på tvångsvården och möjligheten till friare former för vård diskuteras blir också ett sätt att visa att patienten inte enbart är någon eller något läkare och förvaltningsrätt bestämmer över, utan en person vars behov och önskemål ska försöka tillgodoses och respekteras.

Undantagen (som bekräftar regeln)

Då de allra flesta domar vi läst biföll chefsöverläkarens ansökan har vi uppmärksammat de domar där patienternas trovärdighet lyftes eller där förvaltningsrätten presenterade motfrågor. I en av domarna skilde sig en av nämndemännens åsikt från de övriga i förvaltningsrättens bedömning, då hen tyckte att det fanns grunder för att patienten kunde vårdas frivilligt.

[Nämndeman] anser inte att det fortfarande finns skäl för tvångsvård [...] Risken [för allvarliga symtom] är dock tillräckligt ringa för att kunna hanteras genom medicinjustering på frivillig väg. Det finns därför inte grundad anledning att anta att vården inte kan ges [namn] med hans samtycke (Dom 106, s. 5).

I två domar gavs bifall för ÖPT, men i bifallet bedömde förvaltningsrätten att vissa av de särskilda villkoren skulle strykas.

Eftersom det även ligger i [namns] sjukdomsbild att inte alltid ha full insikt om sitt vårdbehov och notera tecken på försämring framstår det även som olämpligt att som ett särskilt villkor ålägga honom att ta ansvar för något som han kanske inte förmår att fullfölja på grund av sin sjukdom. Förvaltningsrätten

förenar därför inte den öppna psykiatriska tvångsvården med det föreslagna villkoret i denna del (Dom 45, s. 4–5).

Domstolen anser dock att det särskilda villkoret som chefsöverläkaren angett i ansökan om att [namn] ska acceptera erbjudande om boende från kommunen när de fattar beslut i saken, inte ska ingå. Det är visserligen angeläget att [namn] ges möjlighet till en ordnad tillvaro med en trygg boendesituation men det saknas i nuläget ett fastställt beslut om boende från kommunens sida som [namn] kan förhålla sig till (Dom 29, s. 5).

I en av domarna vi läst gav förvaltningsrätten avslag till chefsöverläkaren, och det bedömdes att tvångsvården skulle upphöra. Det motiverades som följer:

Han godtar också sin medicinering och framstår som trovärdig i sin insikt om sitt medicineringsbehov. [...] och behovet av fortsatt avdelningsvistelse tycks främst motiveras med att [namn] saknar en ordnad bostad [...] Vid dessa förhållanden bedömer förvaltningsrätten att utredningen inte ger stöd för att [namn] har ett oundgängligt behov av sluten psykiatrisk vård. Eftersom förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård därmed inte är uppfyllda, ska chefsöverläkarens ansökan avslås. Tvångsvården ska också omedelbart upphöra (Dom 40, s. 4).

Dessa domar visar att det är gedigna övervägningar som gjorts och att patienten blivit lyssnad på. Oavsett om det slutgiltigt blir bifall eller avslag i domen, bidrar närvaron av överväganden och tydlighet till att ojämlika maktrelationer utjämnas något. Som Mattsson (2021) skriver kan ett sätt att förhålla sig maktkritiskt vara att lyssna till underordnade röster och lyfta fram dessa, samt ge dem samma legitimitet som de överordnade. Genom att inte bara skriva ut patientens inställning och sedan döma i linje med läkaren utan faktiskt tydligt motivera varför eller varför inte patientens uttalande blir avgörande i domen, kan förvaltningsrätten bidra till att utmana de maktstrukturer som råder.

Där det finns makt finns det motstånd

I domarna om tvångsvård som vi har studerat har vi återkommande sett uttryck för maktstrukturer och maktutövning. Maktutövning sker, som vi presenterat i vår analys, genom bland annat kategoriseringar, underminerande av patientens trovärdighet, indelning av patienters beteenden inom ramar för normalitet respektive avvikelse, samt genom relativa angivelser och vaga motiveringar till behov av tvångsvård. Dessa uttryck för makt visar sig på flera olika sätt som går in i och är beroende av varandra, vilket de los Reyes och Mulinari (2023)

beskriver som grundläggande för maktrelationer. Men där det finns makt finns det alltid motstånd (Nilsson 2008; de los Reyes & Mulinari 2023).

I de flesta av domarna vi läst har patienterna valt att delta vid förhandlingen och ge sina perspektiv, även när dessa står i motsättning till samtliga övriga parter perspektiv. Patienterna motsätter sig till exempel kategoriseringar som “psykisk sjuk”, försöker göra sina röster hörda och argumentera för sin sak, lyfter sina starka sidor och det som av samhället uppfattas som normalitet. Vi ser detta som uttryck för patienters motstånd mot de former av maktutövning som förekommer i domarna, som de los Reyes och Mulinari (2023) uttrycker det, att “artikulera en motberättelse är ett sätt att återerövra en förvägrad subjektivitet och rätten till problemformulering” (ibid, s. 83).

Diskussion

Vi inledde denna uppsats med att berätta om intryck från vår yrkesvardag som kuratorer inom slutenvårdspsykiatri där vi uppfattar att det bland oss i vårdpersonalen förekommer föreställningar om normalitet och avvikelse som riskerar att påverka bedömningar av patienters psykiatriska tillstånd. Denna uppsats är ett försök att vetenskapligt undersöka en del av psykiatrisk tvångsvård ur makt- och normkritiska perspektiv. För att göra detta har vi studerat domar om tvångsvård och önskat besvara följande frågeställningar:

- Hur ser sociala kategoriseringar ut i domar om psykiatrisk tvångsvård?
- Hur uttrycks föreställningar om normalitet respektive avvikelse i resonemang om psykiatrisk tvångsvård?
- Hur går det att se uttryck för makt i språkliga formuleringar i domar om psykiatrisk tvångsvård?

Vid analys av materialet har vi uppmärksammat sociala kategoriseringar såsom “den välkända patienten”, “patient i behov av stödinsatser” och “patienten som inte vet sitt eget bästa”. Vi uppfattar kategoriseringarna som ett sätt att, först från läkarna, och sedan från förvaltningsrätten, etablera personen som en psykiatrisk patient och som en konsekvens av detta en person som befinner sig på en given plats i maktordningen. Kategoriseringarna hjälper chefsöverläkaren att styrka personens behov av vård, och de blir en motivering till varför personen själv inte kan ta en grundad ställning till vården.

Genomgående i domarna har vi konstaterat att patienters trovärdighet värderas som låg. Detta återspeglar det Bylund (2022) skriver om att personer i underordnad position uppfattas som mindre trovärdiga. Även i domar där patienter framför att de är villiga att ta medicin eller fortsätta vård på frivillig väg i såväl slutet som öppen form, görs nästan uteslutande bedömningen att patienten saknar insikt, är för ambivalent eller har en historik som talar emot att frivillig vård skulle fungera. Frågan är om kategoriseringen som psykiskt sjuk och med bristande sjukdomsinsikt gör det i princip omöjligt för en person att bedömas som trovärdig när övriga parter i sammanhanget har expertmakt, definitions- och positionsmakt? Inom sjukvården ska det som kallas personcentrerad vård eftersträvas och patienten ska ses som

expert på sig själv (Boström & Fischer Grönlund 2023). Utifrån vår läsning av domarna uppfattar vi det som att detta inte gäller på samma sätt när en person kategoriseras som en psykiatrisk patient, bedöms som avvikande och personens beteende anses vara ett problem.

I samtliga domar vi läst förutom en gick förvaltningsrätten på samma linje som chefsöverläkaren, antingen genom bifall till läkarens ansökan eller avslag på patientens överklagan. Sakkunnig läkare gjorde i alla domar vi studerat samma bedömning som chefsöverläkaren, vilket liknar utfallet i studien av Zetterberg et al. (2014) där sakkunnig läkare håller med chefsöverläkaren i 99% av fallen. En möjlig förklaring till att sakkunnig läkare och förvaltningsrätten är så pass samstämmiga med chefsöverläkaren kan såklart vara att tvångsvård ska vara en sista utväg, och att läkare därför inte ska ansöka om att få göra en sådan inskränkning i en persons liv och integritet om det inte finns absolut nödvändiga skäl för det. Detta blir dock svårt att säkerställa när så mycket av det material som läkaren lämnar in till förvaltningsrätten omfattas av sekretess, och utomstående läsare bara får se en del av utredningen.

I vårt arbete med att analysera domarna har vi uppmärksammat kopplingar mellan föreställningar om normalitet och avvikelse och bedömningar om en person anses vara så pass sjuk att hen behöver psykiatrisk tvångsvård. Vi kan inte uttala oss om vad som ska eller inte ska bedömas som psykiska symtom och psykiatriska tillstånd hos patienterna i domarna. I domarna vi läst kan vi dock konstatera att beskrivningar av normalitet och avvikelse är en viktig del vid bedömning av om en person lider av en *allvarlig psykisk störning*. Vi menar att det utifrån detta finns en risk att sjukvårdens och rättsväsendets bedömningar bidrar till både stereotypifiering och stigmatisering av personer med psykisk sjukdom.

I analysen framkommer exempel på föreställningar om normalitet som framförs av både patienter och läkare: att arbeta, att inte dricka alkohol, att vilja ta medicin och att ta hand om sig själv och sitt hem. De exempel på avvikande beteende som ges i domarna indikerar att rätten att fatta dåliga beslut inte finns på samma sätt för personer som anses ha en *allvarlig psykisk störning*, såsom de finns för personer som anses vara psykiskt friska. Att bete sig "märkligt" eller att fatta dåliga beslut är något som förekommer i mångas liv och kan ses som en del av att vara mänsklig, men blir när det gäller personer som kategoriserats som psykisk sjuka i stället

en anledning att bedömas vara i behov av tvångsvård. Liksom Radovic et al. (2020) ställer vi oss frågan om vi som samhälle förväntar oss mer av personer som bedöms lida av psykisk sjukdom, om de inte har samma utrymme att göra fel som andra?

Språkliga formuleringar blir på många sätt uttryck för maktutövning i domarna vi läst, och vi ger exempel på detta i alla de teman vi presenterar i resultat- och analysdelen. Maktutövning via språket sker på (över)tydliga sätt genom formuleringar som exempelvis att “underkasta sig” eller att personen är “föremål” för vården, men också genom brist på motiveringar och tydlighet i form av vaga uttalanden som “inga ordnade personliga förhållanden” och relativa angivelser som “försämrad i sitt tillstånd”. Det sker även genom kategoriseringar av patienterna med uttryck som “välkänd på kliniken”. Språket i domarna används som maktmedel för att beskriva avsaknad av förmågor hos patienterna, genom formuleringar som “saknar sjukdomsinsikt” och “oförmögen att helt förstå”. Makt uttrycks också genom språket på alla de sätt som patienterna och deras beteenden beskrivs som avvikande, mest uppenbart i formuleringar som till exempel “märkligt beteende” och “suspekt antisocial personlighet”. Vi ser också att formella formuleringar om hur experter inom sjukvård och rättsväsende håller med varandra används som ett maktmedel gentemot patienten, detta i form av uttalanden som “Förvaltningsrätten finner inte skäl att frångå läkarnas samstämmiga bedömning” (vilket även fick bli titeln på denna uppsats).

Utifrån vår analys och de teman som vi där lyft fram, uppfattar vi att det i domarna finns flera olika typer av uttryck för makt och maktutövning. Dessa är bland annat kopplade till sociala kategoriseringar och till föreställningar om normalitet och avvikelse. I denna uppsats har vi inte kunnat undersöka hur makt uttrycks och utövas inom psykiatrisk tvångsvård i relation till sociala kategoriseringar som klass, kön, ras och etnicitet, vilket vi lyfter exempel på i bakgrunden och tidigare forskning. Tidigare forskning visar bland annat att det finns större risk att tvångsvårdas vid förstagångsinsjuknande i psykos för utlandsfödda och barn till utlandsfödda (Terhune et al. 2020), att det finns stora skillnader i psykiatrisk vård för kvinnor och män (Wallin 2013) och att det finns klasskillnader när det gäller både att drabbas av psykisk ohälsa samt vid medicinering inom psykiatrisk vård (Tengelin 2015). Sociala kategoriseringar samspelar och samverkar med varandra (Mattsson 2021; de los Reyes & Mulinari 2023). Kategoriseringar utifrån föreställningar om klass, kön, ras och etnicitet kan därför samverka

med och påverka de typer av kategoriseringar som vi synliggjort i denna studie, och således även påverka bedömningar av vem som anses lida av psykisk sjukdom och vem som anses vara i behov av tvångsvård.

I analysen har vi även lyft det vi ser som goda exempel, där motiveringar och resonemang som presenteras i domarna är tydliga, välformulerade och uttrycker empati gentemot patienterna och deras situation. Dessa exempel visar att språkliga formuleringar är en viktig del i maktutövning och att de uttryck för makt som vi många gånger sett i domarna inte är ofrånkomliga, utan går att påverka. En ökad makt- och normmedvetenhet kan göra stor skillnad för hur patienten framställs vilket i sin tur kan bidra till minskad stigmatisering, både för hur samhället i stort ser på personer med psykisk sjukdom och för patienternas egen självbild.

Förslag på fortsatt forskning

Vid genomläsning och analys av materialet för denna studie kunde vi återkommande känna igen teman från den tidigare forskning vi tagit del av, både avseende tvångsvård och avseende normkritiska perspektiv på psykisk sjukdom. I likhet med studien av Zetterberg et al. (2014) uppfattade vi att det i många fall saknades tillräcklig information och motivering kring patientens tillstånd och situation för att som utomstående läsare kunna förstå beslutet om tvångsvård. Vi tolkar samtidigt patienternas närvaro vid förhandlingarna som ett uttryck för tilltro till rättssystemet. Det är viktigt att förhandlingar om tvångsvård sker på ett rättvist och rättssäkert sätt, och att detta går att se i de handlingar som förvaltningsrätten presenterar. Vi ser att det finns en motsättning mellan den transparens som behövs i domarna för att uppnå rättssäkerhet, och patienternas rätt till integritet och sekretess. Vi uppfattar att det därför finns behov av att undersöka detta vidare för att se om det finns bättre sätt att förena patientens rätt till sekretess med domstolens skyldighet till transparens.

Tidigare forskning och statistik visar att det finns regionala skillnader gällande hur många patienter i relation till befolkningen som vårdas enligt psykiatrisk tvångsvård. I denna studie har vi inte undersökt förekomsten av tvångsvård i olika regioner, men däremot har vi vid genomläsning och analys av domarna från olika regioner lagt märke till att de olika förvaltningsrätterna i Sverige skiljer sig från varandra i flera aspekter. Exempelvis skiljer de sig gällande hur mycket information om patientens hälsotillstånd som presenteras i domen och hur

utförligt beslutet i domen motiveras, och vi har även uppmärksammat att språkliga formuleringar kan skilja sig mellan olika förvaltningsrätter. För att ytterligare ta reda på *varför* dessa regionala skillnader existerar hade det behövts fler studier inom detta område.

Vi ser även behov av forskning om psykiatrisk tvångsvård utifrån makt- och normkritiska perspektiv. Tvångsvård är ett stort ingripande i en människas liv och är i sig maktutövning. I vårt material såg vi exempel på sammankoppling mellan beskrivningar av normalitet och avvikelse och bedömningar av psykiatriska tillstånd, samt hur sociala kategoriseringar användes som motiveringar för tvångsvård. Vi ser det därför som mycket angeläget med forskning kring hur sociala kategoriseringar och föreställningar om normalitet och avvikelse kan påverka bedömningar om vem som är i behov av tvångsvård och inte. Detta som en del i att göra psykiatrisk vård och rättsväsende mer normmedvetna och med det förhoppningsvis mer jämlika.

Avslutning

Vi ser att många faktorer både inom och utanför sjukvården bidrar till att vården är ojämlik, och som vi också skriver inledningsvis ser vi i vår yrkesvardag att det många gånger är strukturella faktorer som till exempel fattigdom, bostadslöshet, diskriminering och ensamhet som påverkar, och ibland orsakar, psykisk ohälsa. På grund av samhällets strukturella orättvisor finns ofta en avsaknad av det som vi förstår som grundläggande för att främja psykisk hälsa, som trygghet, jämlikhet, rättvisa, gemenskap, sammanhang och meningsfullhet, vilket påverkar många patienter vi möter i vårt arbete. Vi ser också att psykiatrisk vård och medicinsk behandling ibland bristfälligt får ersätta detta. Vi menar att det är viktigt att sjukvården inte reproducerar de maktstrukturer i samhället som leder till ojämlikhet, orättvisor och psykisk ohälsa.

Vi har med denna studie velat bidra till en mer normmedveten och jämlik vård genom att med maktkritiska perspektiv undersöka den del av sjukvården där vi själva är verksamma. Som vi inleder denna uppsats med att beskriva, ser vi utifrån våra erfarenheter behov av mer maktkritiska perspektiv och normmedvetenhet inom den psykiatriska sjukvården. Detta är särskilt viktigt inom tvångsvård då denna innebär ett stort ingripande i en människas liv och integritet och vårdpersonal inte bara har makt i relation till patienten i egenskap av

professionella, utan har faktisk makt att låsa in och ge behandling mot personens vilja. Vi menar att det är viktigt att psykiatrisk tvångsvård, liksom all sjukvård, undersöks och granskas, för att synliggöra de områden som behöver utvecklas för att vården ska bli mer jämlik och patientsäker.

Ett första steg till förändring är att bli medveten om det som behöver förändras. Vi hoppas att vår uppsats kan bidra till ökad reflektion kring hur maktstrukturer och normativa föreställningar påverkar bedömningar kring psykiatriska tillstånd och psykiska symtom, och vad som ses som friskt respektive sjukt. Vi hoppas att den genom detta kan vara del i att på sikt förändra maktstrukturer inom psykiatrisk tvångsvård.

Referenslista

- American Psychiatric Association (2014). *Mini-D 5: diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Pilgrim Press.
- Andersson, G. (2004). Den psykiska störningens kroppsliga uttryck: modeller och idéer. I Jeppsson Grassman, E. & Olin Lauritzen, S. (red.) *Normalitet och avvikelse. Samhällsvetenskapliga perspektiv på kropp, sjukdom och funktionshinder*. Intellecta DocuSys AB, s. 57-68.
- Bacchi, C. (2012). Why Study Problematizations? Making Politics Visible. *Open Journal of Political Science* 2(1), s. 1–8. doi:10.4236/ojps.2012.21001
- Baker, S., Jackson, M., Jongsma, H. & Saville, C. (2021). The ethnic density effect in psychosis: a systematic review and multilevel meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 219(6), s. 632-643. doi:10.1192/bjp.2021.96
- Barlebo Wenneberg, S. (2010). *Socialkonstruktivism - positioner, problem och perspektiv*. 2 uppl., Liber.
- Beresford, P. (2022). Introduction. I Beresford, P. & Russo, J. (red.) *The Routledge International handbook of Mad studies*. Routledge, s. 1-16.
- Beresford, P. & Rose, D. (2023). Decolonising global mental health: The role of Mad Studies. *Cambridge Prisms: Global Mental Health* 10(30), s. 1-8. doi:10.1017/gmh.2023.21
- Berg, S., Grönvik, L. (2007). *Crip Theory - en preliminär positionering*.
https://www.su.se/polopoly_fs/1.39088.1320403027!/CripTheory_enintroduktion.pdf
- Berger, P. & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*. Penguin Books.
- Bet. 2012/13:SoU24. *Upphävande av kravet på sterilisering för ändrad könstillhörighet*.
- Bhugra et al. (2022). IRP commission: sexual minorities and mental health: global perspectives. *International Review of Psychiatry* 34(3-4), s. 171-199. doi:10.1080/09540261.2022.2045912
- Boström, E. & Fischer Grönlund, C. (2023). *Personcentrerad vård*.
<https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-var-d/>
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 3 uppl., Liber.
- Burstow, B. (2013). A Rose by Any Other Name. I LeFrancois, B.A., Menzies, R & Reaume, G. (red.). *Mad matters*. Canadian Scholars' Press Inc., s. 79-90.

- Bylund, C. (2022). *Anakrona livsvillkor : En studie av funktionalitet, möjligheter och begär i den föränderliga svenska välfärdsstaten*. Diss. Umeå universitet.
<https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-194478>
- Bäärnhjelm, S. (2014). *Transkulturell Psykiatri*. Natur & Kultur Läromedel.
- Bäärnhjelm, S. (2018). Interkulturell kommunikation. I Bäärnhjelm, S. (red.) *Transkulturell psykiatri - kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Svenska psykiatriska föreningen, s. 22-26.
- Börjesson, M. & Rehn, A. (2022). *Makt*. 2 uppl., Liber.
- Dahlborg Lyckhage, E. (2015). Vårdandets normer - minskat handlingsutrymme för vårdare och patient. I Dahlborg Lyckhage, E., Lyckhage, G. & Tengelin, E. (red.) *Jämlik vård: normmedvetna perspektiv*. Studentlitteratur AB, s. 61-80.
- Dahlborg Lyckhage, E., Lau, M. & Tengelin, E. (2015). Normer som hinder för jämlik och rättighetsbaserad vård. I Dahlborg Lyckhage, E., Lyckhage, G. & Tengelin, E. (red.) *Jämlik vård: normmedvetna perspektiv*. Studentlitteratur AB, s. 37-60.
- de los Reyes, P. & Mulinari, D. (2023). *Intersektionalitet : kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap*. 2 uppl., Liber.
- DeLuca, J.S., Novacek, D.M., Adery, L.H., Herrera, S.N., Landa, Y., Corcoran C.M. & Walker, E.F. (2022). Equity in mental health services for clinical high risk for psychosis: considering marginalized identities and stressors, *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health* 7(2), s. 176-197.
doi:10.1080/23794925.2022.2042874
- Engström, A. & Punzi, E. (red.) (2022). *Mad studies, kulturarv och konst - en antologi*, Trapart.
- Etikprövningsmyndigheten (2023). *Vägledning om etikprövning av forskning på människor*.
<https://etikprovning.se/wp-content/uploads/2023/12/Vagledning-om-etikprovning-EPM.pdf>
- Fioretos, I. (2009). *Möten med motstånd : kultur, klass, kropp på vårdcentralen*. Diss. Lunds universitet. <https://portal.research.lu.se/sv/publications/m%C3%B6ten-med-motst%C3%A5nd-kultur-klass-kropp-p%C3%A5-v%C3%A5rdcentralen>
- Fioretos, I., Hansson, K., & Nilsson, G. (2013). *Vårdmöten : Kulturanalytiska perspektiv på möten inom vården*. Studentlitteratur AB.
- Forum för levande historia (u.å.). *Demonstranter ockuperade Socialstyrelsen i protest mot sjukdomsstämpel*.

https://www.levandehistoria.se/hbtq/demonstranter_ockuperade_socialstyrelsen_i_prottest_mot_sjukdomsstampel (2023-12-31)

- Foucault, M. (2010). *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. 6 uppl., Arkiv moderna klassiker.
- Harper, D. (2021). Realising the potential of general population research to reconceptualise the study of “delusions”: From normalising “psychosis” to defamiliarising “normality”. *Theory & Psychology*. 31(6), s. 887–911.
doi:10.1177/09593543211000429
- Hassim, J. & Wagner, C. (2013). Considering the cultural context in psychopathology formulations. *South African Journal of Psychiatry* 19(7), s. 4-10.
doi:10.4102/sajpsykiatri.v19i1.400.
- Hörnqvist, M. (2012). *En annan Foucault: Maktens problematik*. Carlssons bokförlag.
- Jeppsson-Grassman, E. & Olin Lauritzen, S. (red.) (2004). *Normalitet och avvikelse: samhällsvetenskapliga perspektiv på kropp, sjukdom och funktionshinder : en antologi från Pedagogiska institutionen och Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet*. Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.
- Johannisson, K. (2015). *Den sårade divan - Om psykets estetik (och om Agnes von K, Sigrid H och Nelly S)*. Alberts Bonniers Förlag.
- Johanson, E. (1993). The development of new psychiatric legislation in Sweden. *Medicine and Law* 12(1), s. 165-170. PMID: 8377610
- 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(1), s. 51-59. doi:10.1016/j.ijlp.2007.11.008
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3 uppl., Studentlitteratur AB.
- Lindberg, J. (2015). *Orsak: Våldtäkt: om våldtagna män i medicinsk praktik*. Diss. Umeå universitet. <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-111876>
- Lundahl, A., Helgesson, G. & Juth, N. (2018). Psychiatrists’ motives for practising in-patient compulsory care of patients with borderline personality disorder (BPD). *International Journal of Law and Psychiatry* 58, s. 63-71.
doi:10.1016/j.ijlp.2018.03.005
- Mattsson, T. (2005). *I viljan att göra det normala : en kritisk studie av genusperspektivet i missbrukarvården*. Égalité.

- Mattsson, T. (2021). *Intersektionalitet i socialt arbete. Teori, reflektion och praxis*. 3 uppl., Gleerups Utbildning AB.
- Muenzenmaier, K., Margolis, F., Langdon, G.S., Rhodes, D., Kobayashi, T. & Rifkin, L. (2015). Transcending bias in diagnosis and treatment for women with serious mental illness. *Women & Therapy* 38(1-2), s. 141-155. doi:10.1080/02703149.2014.978231
- Nilsson, R. (2008). *Foucault en introduktion. Égalité*.
- Nyström, A. (2019). Mellan empati och kritisk granskning? Forskningsdeltagande som risk. I Kalman, H. & Lövgren, V. (red.), *Etiska dilemman. Forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. 2 uppl., Gleerups, s. 73-88.
- O'Connor, S. & Vandenberg, B. (2009). Differentiating psychosis and faith: the role of social norms and religious fundamentalism. *Mental Health, Religion & Culture* 13(2), s. 171-186. doi:10.1080/13674670903277984
- Pherson, T. (2015). Sexualitetsnormer - konstruktion av det "naturliga". I Dahlborg Lyckhage, E., Lyckhage, G. & Tengelin, E. (red.) *Jämlik vård: normmedvetna perspektiv*. Studentlitteratur AB, s. 159-180.
- Pherson, T. & Tengelin, E. (2015). Genusnormer - normer som skapar kvinnor och män. I Dahlborg Lyckhage, E., Lyckhage, G. & Tengelin, E. (red.) *Jämlik vård: normmedvetna perspektiv*. Studentlitteratur AB, s. 107-126.
- Piiva, K. (2004). Den normala människan: mentalhygieniska diskurser i Sverige. I Jeppsson Grassman, E. & Olin Lauritzen, S. (red.). *Normalitet och avvikelser. Samhällsvetenskapliga perspektiv på kropp, sjukdom och funktionshinder*. Intellecta DocuSys AB, s. 29-56.
- Prop. 1990/91:58. *Proposition om psykiatrisk tvångsvård, m.m.*
- Radovic, S., Eriksson, L. & Kindström Dahlin, M. (2020). Absence of insight as a catch-all extra-legislative factor in Swedish mental health law proceedings. *Psychiatry, Psychology and Law* 27(4), s. 601-619. doi:10.1080/13218719.2020.1739577
- Reaume, G. (2022). Sambanden mellan Mad studies och kritiska kulturarvsstudier. I Engström, A. & Punzi, E. (red.) (2022). *Mad studies, kulturarv och konst - en antologi*. Trapart, s. 13-18.
- Rhodén, C. (2020). Galenskapsstudier. *Tidskrift för genusvetenskap* 41(3), s. 51-71.
- Rosenberg, M. (1984). A Symbolic Interactionist View of Psychosis. *Journal of Health and Social Behavior* 25(3), s. 289-302. doi:10.2307/2136426
- Ryan, G. & Bernard, H. (2003). Techniques to Identify Themes. *Field Methods* 15(1), s. 85-109. doi:10.1177/1525822X02239569.

- Sadock, B.J., Sadock, V.A. & Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11 uppl., Wolters Kluwer.
- Sahlin, I. (2013). Sociala problem som verklighetskonstruktioner. I Meuwisse, A. & Swärd, H. (red.) *Perspektiv på sociala problem*. 2 uppl., Natur & Kultur Läromedel. s. 129-149. (2a upplaga)
- SFS 1949:105. *Tryckfrihetsförordningen*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tryckfrihetsforordning-1949105_sfs-1949-105/
- SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128/
- SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets-och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400/#K25
- Silva et al. (2020). Factors associated with length of stay and readmission in acute psychiatric inpatient services in Portugal. *Psychiatry Research* 293, Artikel 113420. doi:10.1016/j.psychres.2020.113420
- Simonsson Runger, J. (2015). Kunskapsnormer - ur en sjuksköterskestudents dagbok. I Dahlborg Lyckhage, E., Lyckhage, G. & Tengelin, E. (red.) *Jämlik vård: normmedvetna perspektiv*. Studentlitteratur AB, s. 23-36.
- Sjöstrand, M., Sandman, L., Karlsson, P., Helgesson, G., Eriksson, S. & Juth, N. (2015). Ethical deliberations about involuntary treatment: interviews with Swedish psychiatrist. *BMC Medical Ethics* 16(37), s. 1-12. doi:10.1186/s12910-015-0029-5
- Skaerbaek, E. (2019). Ansvar, anonymitet och kunskapsanspråk. I Kalman, H. & Lövgren, V. (red.) *Etiska dilemman. Forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. 2 uppl., Gleerups, s. 147-160.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatri: Själ, kropp, samhälle*. Liber.
- Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. <http://www.forskasverige.se/wp-content/uploads/Folkhalsorapport-2009.pdf>
- Socialstyrelsen (2020). *Utvecklingen av diagnosen könsdysfori*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6600.pdf>

- Socialstyrelsen (2021). *Tvångsvård enligt LPT*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-4-7335.pdf>
- Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten & Sveriges Kommuner och Regioner (2020). *Begrepp inom området psykisk hälsa*.
https://skr.se/download/18.1c90461a17cda637a4363ded/1636721711698/PM_Begrepp-inom-området-psykisk-halsa-TA.pdf
- Socialstyrelsens statistikdatabas (2023). *Statistikdatabas för psykiatrisk tvångsvård*.
https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tvangsvard/val.aspx
- SOU 2000:20. *Steriliseringsfrågan i Sverige 1935 - 1975 Historisk belysning - Kartläggning - Intervjuer*.
- Starkman, M. (2013). The Movement. I LeFrancois, B.A., Menzies, R & Reaume, G. (red.). *Mad matters*. Canadian Scholars' Press Inc., s. 27-37.
- Svedmark, E. (2019). Att skydda individen från skada. En forskningsetisk balans. I Kalman, H. & Lövgren, V. (red.). *Etiska dilemman. Forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. 2 uppl., Gleerups, s. 103-118.
- Svensson, P. (2019). *Diskursanalys*. Studentlitteratur AB.
- Sveriges domstolar (2021a). *Beslut om psykiatrisk tvångsvård*.
<https://www.domstol.se/amnen/tvangsvard/psykiatrisk-tvangsvard/beslut-om-psykiatrisk-tvangsvard/> (2023-12-31).
- Sveriges domstolar (2021b). *Delta i muntlig förhandling vid psykiatrisk tvångsvård*.
<https://www.domstol.se/amnen/tvangsvard/psykiatrisk-tvangsvard/delta-i-muntlig-forhandling-vid-psykiatrisk-tvangsvard/> (2023-12-31).
- Szönyi, K. (2004). Normalitet och avvikelse - ett samhällsprojekt. I Jeppsson Grassman, E. & Olin Lauritzen, S. (red.). *Normalitet och avvikelse. Samhällsvetenskapliga perspektiv på kropp, sjukdom och funktionshinder*. Intellecta DocuSys AB, s. 69-84.
- Tengelin, E. (2015). Klassnormer och föreställningen om klasslösa patienter. I Dahlborg Lyckhage, E., Lyckhage, G. & Tengelin, E. (red.) *Jämlik vård: normmedvetna perspektiv*. Studentlitteratur AB, s. 81-100.
- Terhune, J., Dykxhoorn, J., Mackay, E., Hollander, A. C., Kirkbride, J. B., & Dalman, C. (2020). Migrant status and risk of compulsory admission at first diagnosis of psychotic disorder: a population-based cohort study in Sweden. *Psychological medicine* 52(2), s. 362–371. doi:10.1017/S0033291720002068

- Thornquist, E. (2021). *Vetenskapsfilosofi och vetenskapsteori : - för samhällsvetenskaplig och medicinsk fakultet*. Gleerups.
- Timander, A. (2020). Involuntary Care and Treatment in Psychiatric Settings – Manifestations of Power and Violence? *Scandinavian Journal of Disability Research* 22(1), s. 351-359. doi:10.16993/sjdr.684.
- Tjora, A. (2012). *Från nyfikenhet till systematisk kunskap - Kvalitativ forskning i praktiken*. Studentlitteratur AB.
- Tuckett, G. A. (2005). Applying thematic analysis theory to practice: A researcher's experience. *Contemporary Nurse* 19(1-2), s. 75-87. doi:10.5172/conu.19.1-2.75
- Vaismoradi, M., Turunen, H. & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Science* 15(3), s. 398-405. doi:10.1111/nhs.12048
- Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*.
https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf
- Wallin, K. (2013). *Psykisk sjukdom och könsskillnader*. Kunskapscentrum för jämlik vård.
<https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/SOFIA/HS4284-37159816-92/SURROGATE/Psykisk%20sjukdom%20och%20k%C3%B6nsskillnader%202013.pdf>
- Wallsten, T. (2013). *Psykiatrisk tvångsvård: Kliniska riktlinjer för vård och behandling*. Svenska Psykiatriska Föreningen. <https://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2017/03/SPF-kliniska-riktlinjer-om-Psykiatrisk-Tv%C3%A5ngsv%C3%A5rd.pdf>
- 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), s. 543-550. doi:10.1016/j.ijlp.2014.02.027.

Bilaga 1

För att samla in domar från samtliga förvaltningsrätter i Sverige (förutom Göteborg) skickade vi följande mejl till deras officiella adresser:

Hej!

Vi är två studenter på Göteborgs universitet som under hösten skriver en magisteruppsats i socialt arbete. I vår uppsats ska vi undersöka domar om tvångsvård. Vi undrar därför om det är möjligt att begära ut domar om förlängning av LPT samt domar om ÖPT från er Förvaltningsrätt under perioden 20230101–20230701? Om det är möjligt, kan vi få dem på mejl eller behöver de postas? Är det någon kostnad för detta?

Med vänliga hälsningar

Helena Eklund och Catherine Laska

Bilaga 2

**FÖRVALTNINGSRÄTTEN I
XX**

DOM
2023-xx-xx

Mål nr
xxxx-xx

SÖKANDE

Chefsöverläkare

MOTPART

Patient, personnummer

Offentligt biträde: XX

SAKEN

T.ex. Psykiatrisk tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)

FÖRVALTNINGSRÄTTENS AVGÖRANDE

Förvaltningsrättens beslut, en sammanfattning.

Ersättning till offentligt biträde.

Beslut kring sekretessbestämmelser.

BAKGRUND OCH YRKANDEN M.M.

T.ex.

Chefsöverläkaren ansöker om...

T.ex.

[Patient] motsätter sig...

T.ex.

Förvaltningsrättens sakkunnige läkare har hörts och anför följande...

SKÄLEN FÖR AVGÖRANDET

Bestämmelser m.m.

Sluten psykiatrisk tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning...

Förvaltningsrättens bedömning

Sammanfattning och beslut av förvaltningsrätten.

HUR MAN ÖVERKLAGAR

Information om hur man överklagar finns i bilaga (FR-02).

Namn

Titel

I avgörandet har även nämndemännen XX, XX och XX deltagit. Målet har föredragits av föredragande jurist XX.