

Recensioner

Tvång på gott och ont: En forskningsantologi om tvång i välfärden

Redaktörer: Moa Dahlin, Niklas Juth och Stefan Sjöström

Iustus Förlag 2025. 438 s. ISBN 978-91-7737-321-6

Jens Johansson frågade mig om jag ville recensera denna bok, med tillägget "det går utmärkt att bara göra några nedslag i sådant du finner extra intressant". Jag sa att jag inte hade tid på en gång, men kunde sätta igång senare under sommaren. När jag väl hade tid, så hade jag helt glömt bort tillägget om "några nedslag". Jag läste igenom allt från pärm till pärm, och det tog tid; boken är tjock och mastig. Nu är jag ändå glad att jag gjorde det, trots att Jens inte krävde det av mig. Det låter mig säga något om vad som *saknas*, trots att boken är så tjock och spänner över så mycket.

Antologin har kapitel om både psykiatrisk och somatisk vård, vuxna och unga, "vanlig" tvångsvård och rättspsykiatri, och alla de olika lagar som reglerar tvångsvård i olika kontexter. Redaktörerna säger att de inte kommer att gå in på "informellt tvång" (s. 18), och avgränsningar måste förstås göras – men jag tycker ändå det är lite synd. Det informella tvånget är ett så stort inslag i psykiatrisk vård. Många patienter, framför allt de som varit tvångsinlagda tidigare, har hela tiden i bakhuvudet att de måste "uppföra sig" och göra som doktorn säger, för annars blir det tvångsvård igen. Dessa "bakhuvudstankar" kan vara resultatet av små implicita hot från läkarens sida, men i andra fall räcker det med att patienten vet hur systemet fungerar (Cratsley 2019).

Flera författare nämner att tvångsvård ofta gör patienterna *sämre*. Följande amerikanska studie är förstås alltför ny för att refereras i boken, men Emanuel, Welle och Bolotnyy (2025) visar att tvångsvård nästan *fördubblar* risken att begå våldsbrott, dö i självmord eller av en drogöverdos när man kommer ut igen för den stora gruppen "gråzonsfall", dvs. patienter som blir tvångsvårdade eller inte beroende på vilken läkare de råkar hamna hos. Det här är amerikanska förhållanden och kan inte nödvändigtvis rakt av översättas på svenska förhållanden, men flera författare i antologin refererar både egen och andras forskning som visar på en försämringseffekt (t. ex. kapitlet av Lundahl s. 63–80, och Aras och

Pedersen s. 305–28). Självskadebeteenden förvärras av tvångsvården, och patienter som är inlåsta under längre tid tappar sin agens. Inlåsnigen lär folk att ”döda tid” eftersom ingenting händer, och att anpassa sig så mycket som möjligt efter personalen för att undvika konflikter och om möjligt förkorta inlåsnigen.

Bör vi alltså tvångsvårda så lite som möjligt? Mia Ramklint vill komplicera bilden i sitt kapitel (s. 81–94). Hon skriver om desperata människor som *vill* bli inlagda men nekas, med hänvisning till att tidigare inläggningar inte verkar ha gjort någon nytta. En patient i den situationen kan ibland desperat skada sig själv eller försöka begå självmord på en sjukhustoarett i förhoppning om tvångsinläggning – eftersom man verkligen *vill ligga inne*, inte bara ha öppenvård. Jag har också fått höra den typen av berättelser själv, från både behandlare och (före detta) patienter. Ibland vill folk bli tvångsinlagda för att de inte litar på sig själva, och oroar sig över att de kommer ändra sig och skriva ut sig igen innan de egentligen är redo. I många andra fall vill dock folk bli tvångsinlagda eftersom de upplever att frivilligvården inte räcker till, eller till och med avvisar dem, placerar dem längst bak i långa vårdköer. De anses inte ”tillräckligt sjuka”. Om man vet med sig att man verkligen behöver psykiatrisk vård men inte kan få det eftersom vården bara räcker till för de allra sjukaste – ja, då är det ju högst rationellt att bryta ihop så hårt man kan, skada sig så svårt man bara kan utan att faktiskt dö på kudden. Det är rationellt av alkoholisten att suppa så hårt att hen *nästan* dör av alkoholförgiftning om det är enda sättet att få komma in på rehab, etc. Att satsa på att gå ner sig till en punkt där man anses vara i behov av tvångsvård kan vara det enda sättet att få vård över huvud taget.

Det här större samhällsperspektivet skulle jag också vilja se mer av i antologin. Det finns en *ytlig* enighet bland alla som över huvud taget ger sig in i debatten om att man inte ska tvångsvårda folk ”i onödan”, men hur bedömer man nödvändighet? Perspektivet blir ofta väldigt snävt; är det absolut nödvändigt att tvångsinlägga den här personen som här och nu försöker ta livet av sig, som här och nu är psykotisk, som här och nu nästan dog av alkoholförgiftning etc.? Men vi kan också se nödvändighetsfrågan i ett större perspektiv. Med en större och mer lättillgänglig frivilligvård skulle färre personer *vilja* bli tvångsvårdade.

Det finns också en stor mängd forskning som visar på samband mellan psykisk sjukdom – över hela skalan, så att säga, depression och ångest men också psykoser – och sådant som fattigdom, jobbstress och osäkerhet, och att vara rasifierad i ett rasistiskt samhälle (se t. ex. Ljung-

qvist et al. 2016, Lund et al. 2010, Duchaine et al. 2020 och Boydell et al. 2001). Det är ofta svårt att avgöra vad som är orsak och verkan här; det är förstås möjligt att exempelvis först bli psykiskt sjuk och som ett resultat av detta förlora jobbet och bli fattig. Det mesta tyder dock på att det finns kausalitet i andra riktningen också, från diverse samhällsfaktorer till psykisk sjukdom. Men föreslår man att samhället ska satsa på en politik som gör att färre människor blir psykiskt sjuka till att börja med, och därmed färre människor i behov av tvångsvård, så är det genast högst kontroversiellt.

Ytterligare en faktor som återkommer i boken är det problematiska överlappet mellan vård och straff. Torbjörn Tännsjö (s. 135–49) föreslår att man ska dra en skarp skiljelinje däremellan. Ingen rättspsykiatri, bara straff för brott och vård för sjukdom (även fast man både kan sitta i fängelse för brott, och få psykiatrisk vård innanför murarna om man behöver det). Vårdbiten är normalt sett frivillig; man ska bara kunna bli föremål för tvångsvård om man inte är beslutskapabel, det vill säga *saknar förmågan* att ändra inställning och förändra sina trosföreställningar.

Situationen vi har idag är tyvärr inte särskilt rättssäker. Se t. ex. Radovic, Eriksson och Dahlin (2020) om hur begreppet ”sjukdomsinsikt”, trots att det inte nämns i lagstiftningen, i praktiken spelar stor roll för både rättspsykiatri och annan tvångsvård, samtidigt som det tolkas lite hur som helst av beslutsfattande instanser. I värsta fall fångas patienten i ett hopplöst moment tjugotvå; antingen erkänner hen att hen är sjuk vilket innebär att hen är sjuk, eller så förnekar hen att hen är sjuk vilket innebär att hen saknar sjukdomsinsikt och verkligen är *jättesjuk*.

Det låter ju bra, som Tännsjö föreslår, att ersätta denna soppa med något tydligare. Men hur ska man i praktiken kunna skilja på de som *har kapaciteten* fast de inte använder den, och därför inte får tvångsvårdas, och de som *saknar* kapaciteten och alltså kan bli föremål för tvångsvård? Jo, säger Tännsjö, folk i religiösa sekter hör till den förstnämnda gruppen. Det vet vi eftersom Carola faktiskt lämnade Livets Ord så småningom (s. 143). Vid vissa psykiatriska tillstånd däremot, säger Tännsjö, så saknar man själva förmågan. Men inom alla tänkbara diagnoser (inklusive psykosstörningar) finns enstaka individer som så att säga resonerat sig ut ur galenskapen och fram till antingen mer normala trosföreställningar, eller också någon form av excentrisk filosofi eller religiös uppfattning som ändå torde ligga inom det som Tännsjö anser bör accepteras som icke-patologiskt (se t. ex. Podvoll 1991 och Boumans et al. 2017). Omvänt så bevisar knappast Carolas fall att sektmed-

lemmar generellt har förmågan att tänka om och lämna – vi vet inte ens om Carola själv hade den förmågan hela tiden.

Tännsjös förslag landar alltså ändå, i praktiken, i en gränsdragning mellan det patologiska och det kanske knäppa men ändå icke-patologiska. En gräns som är och förblir – i den kliniska praktiken – en sorts ”jag vet när jag ser det”-distinktion.

Det är förstås ändå sympatiskt att vilja göra något åt den geggiga sammanblandningen av vård och straff. Tännsjö vill dra skarpa linjer. Amerikanska psykiatern John Sadler drog motsatt slutsats i sin bok *Vice and Psychiatric Diagnosis* från 2024, som jag förhandsläste, blurbade, och även recenserade på min blogg (Jeppsson 2024). Sadlers bok är en rejäl tegelsten, till största delen en historisk exposé över samhällets försök att kontrollera bråkstakar och kriminella, och det eviga problemet hur man ska kunna skilja på ”the mad” och ”the bad”. Sadlers slutsats är att det inte går. Vi bör satsa på rehabilitering för alla, med målet att skapa samhällsmedborgare som i någon mån fungerar och inte är farliga för andra. Sedan kan de fortfarande få tänka och känna hur som helst, det är enormt viktigt att staten inte blir tankepolis. Var hur knäpp du vill så länge du inte skadar folk. Det hade varit intressant att ställa Tännsjös kapitel mot någon som förespråkade Sadlers position – båda ser det som problematiskt att vi i teorin skiljer på straff och vård men i praktiken har ett stort geggigt överlapp. Båda vill lösa det problemet – men på motsatt vis.

Det stora hålet i antologin, det jag *verkligen* saknar, är dock patientperspektivet. En del kapitel är visserligen helt eller delvis baserade på intervjuer med patienter (t. ex. Korkmaz och Andersson, s. 375–98), och Ramklints kapitel har en underavdelning titulerad ”patientperspektivet” (s. 86–87). Många författare verkar också ha en hel del sympati med de patienter de skriver om och hur jobbigt det kan vara att bli tvångsvårdad. Ändå – det är verkligen något som saknas här.

Framför allt hajade jag till på s. 106, i Christoffer Rahm och Lisa Furbergs överlag intressanta kapitel om det brännande ämnet vård av pedofiler. De skriver att ”många av de moraliska värden” som innebär att folk har rätt till kroppslig integritet också ger rätt till rörelsefrihet – om vi kan inskränka det senare i vissa fall, t. ex. för att skydda andra, så kan vi kanske också inskränka det förstnämnda. Det finns väl ändå ett stort värde i att kunna vara ute i samhället snarare än inlåst?

Jo, visst finns det ett värde i att kunna röra sig fritt. Men min uppfattning är att många människor som antingen aldrig gått på psykofarmaka

själva, eller på sin höjd behandlats med någon SSRI som inte påverkade dem jättemycket åt vare sig ena eller andra hållet, gravt underskattar hur dramatiskt och fruktansvärt det kan vara att utsättas för tvångsmedicinering. Framför allt, kanske, när det gäller antipsykotisk behandling.¹

När folk utan egen erfarenhet av (tyngre) psykofarmaka funderar över de etiska problemen med tvångsmedicinering så tänker de nog ofta så här ungefär: Anta att jag hade fått en bakterieinfektion. Anta också att jag blivit knäpp på något vis och inte ville ta min antibiotika. Då vore det ju faktiskt bra om någon tvingade i mig medicinen så jag kunde bli frisk. Visst vore det potentiellt traumatiskt att bli tvingad, det måste vägas in, men jag skulle ändå vilja att någon tryckte i mig medicinen i det läget.

Men antibiotika är ingen psykoaktiv substans. Den psykofarmaka som blir aktuell vid tvångsmedicinering påverkar i regel folk *rejält*. Om man vill försöka sätta sig in i den situationen är det rimligare att tänka på hur det känns att vara full, något som de flesta människor har erfarenhet av.

Nu påstår jag *inte* att psykofarmaka går att jämföra med alkohol rakt av. Radikala psykofarmakakritiker som t. ex. brittiska psykiatern Joanna Moncrieff har visat att populära jämförelser mellan depressions-SSRI och diabetes-insulin är totalt vilseledande (Moncrieff 2023), men har också gjort egna, dåligt underbyggda jämförelser mellan psykofarmaka och alkohol (och andra festdroger). Psykofarmakan sägs döva jobbiga känslor, psykofarmaka-”fyllan” kan lägga sig som en filt ovanpå lidandet (Moncrieff 2013). Men effekterna av psykofarmaka varierar både mellan olika sorter och olika *individer* – allt kan inte förenklas till någon simpel ”alkoholeffekt”.

Ändå – psykofarmaka är psykoaktiva substanser, och de doser som tvångsmedicinerade får är ofta höga nog att både döva känslolivet och förslöa tankarna. Negativa effekter på den fysiska hälsan är också vanliga. Så, jag föreslår ändå att folk som aldrig gått på (tyngre) psykofarmaka gör följande tankeexperiment: Någon tvingar i dig alkohol. Dag ut och dag in. Du får aldrig nyktra till, får aldrig känna tankarna klarna och känslorna leva upp igen, och när du får både mag- och leverproblem av den ständiga spritkonsumtionen så säger påtvingaren att det visserligen är tråkigt, men ett pris värt att betala – du *mår ju så mycket bättre nu* när alkoholen fått dig att slappna av! Jo, säg inte emot. Du *mår* bättre nu.²

1. I Rahms och Furbergs kapitel om pedofili handlade det dock om medel som sänker sexlusten.

2. Se Tom Todd (2021). Han tvångsmedicinerades länge, inte för att han ansågs farlig för sig själv eller andra, utan för att han påstods *må bättre* av medicineringen. Detta trots att *han själv* ansåg att medicineringen berövat honom all livskvalitet.

Om man försvarar existensen av tvångsvård och tvångsmedicinering så anser man förhoppningsvis ändå att det bara ska ske när det goda överväger det onda i en konsekventalistisk kalkyl. Om man tror att tvångsmedicinering med tung psykofarmaka är jämförbart med att tvinga på någon antibiotika vid en infektion, eller att det inte är någon större skillnad på inlåsning och tvångsmedicinering eftersom "samma moraliska värden" är involverade, så kommer man gravt att underskatta hur tungt "det onda" väger. Kalkylen blir helt fel.

Samma enorma, gapande hål där patienterfarenheterna borde vara dycker upp i diskussionen om ungdomsvård. Kavot Zillén och Titti Mattson skriver:

Kritiken mot vården i de särskilda ungdomshemmen och andra former av samhällsvårdande institutioner i både offentliga utredningar och media är allvarlig. Samtidigt är det viktigt med förståelse för det komplexa och svåra uppdrag aktörerna för de olika placeringsformerna har. Vissa problem i vårdens genomförande kanske dessutom är ofrånkomliga. Det handlar om barn och unga med stora vårdbehov [...] (s. 372)

Läs kapitlet i antologin som berör denna vård, som visserligen pratar om att det finns många problem med adekvat vård inom ungdomshemmen eller att de intagna inte vill berätta så mycket för personalen, men på det här distanserade och trygga forskningsviset, och ställ detta mot Instagram-kontot "SIS-tjejer" där före detta intagna själva berättar. "SIS-tjejer" postar en aldrig sinande ström av mardrömstexter från före detta intagna som blivit misshandlade, förnedrade, isolerade och utsatta för sexuella övergrepp av den personal som anställts för att vårda dem. Det framgår också av kontots berättelser att det inte gäller alla hem på samma sätt, och att även de värsta ställena kan ha enstaka anställda som bryr sig och gör sitt bästa – men dessa körs ofta över av mer våldsamma kollegor.

Det är förstås otroligt svårt för en så redan utsatt grupp att göra sig hörda. De gör vad de kan på sociala medier, och genom att erbjuda föreläsningar och spela in små filmer. Men borde inte det engagerade patientperspektivet faktiskt få plats, vid sidan av behandlar-perspektiv och ett mindre engagerat forskarperspektiv, i en stor antologi? Man skulle kunna hävda att det faktiskt är en forskningsantologi och inte en patientantologi eller aktivitantologi – men bilden blir *väldigt* ofullständig när patientperspektivet saknas.

Så, det finns en massa intressant forskning att hämta ur denna antologi – mestadels empirisk, också en del filosofisk. Man lär sig mycket om

både juridik och faktiska följder av olika vårdformer under läsningens gång. Men antologin lider också av ovannämnda *hål*. Det bör man vara medveten om när man läser den. Vill man verkligen ha ett patientperspektiv, vilket också är nödvändigt om man ska kunna göra en rimlig konsekventialistisk avvägning mellan tvångsvårdens goda och onda sidor och ge ”det onda” tillräckligt stor vikt, så behöver man komplettera den med annan läsning. SIS-tjejerna. Olika självbiografier som före detta patienter i psykvården har skrivit. Akademiska, referentgranskade artiklar som samtidigt är självbiografiska (t. ex. Todd 2021). Annars blir bilden alltför sned och alltför *ljus*, trots alla problem som redan tas upp i antologin.

Sofia Jeppsson

Litteratur

- Boydell, Jane, Jim van Os, Kwame McKenzie, Judith Allardyce, Ritu Goel, Robin G. McCreadie and Robin Murray. 2001. ”Incidence of Schizophrenia in Ethnic Minorities in London: Ecological Study into Interactions with Environment”. *British Medical Journal* 323, nr 7325, s. 1336–38.
- Boumans, Jenny, Ingrid Baart, Guy Widdershoven och Hans Kroon. 2017. ”Coping with Psychotic-Like Experiences without Receiving Help from Mental Health Care. A Qualitative Study”. *Psychosis* 9, s. 1–11.
- Cratsley, Kelso. 2019. ”The Ethics of Coercion and Others Forms of Influence”. I *The Bloomsbury Companion to the Philosophy of Psychiatry*, red. Şerife Tekin och Robyn Bluhm, s. 283–304. London: Bloomsbury Publishing.
- Duchaine, Caroline S., Karine Aubé, Mahée Gilbert-Ouimet, Michel Vézina, Ruth Ndjaboué, Victoria Massamba, Dennis Talbot, Mathilde Lavigne-Robichaud, Xavier Trudel, Ana-Paula Pena-Gralle, Alain Lesage, Lynne Moore, Alain Milot, Danielle Laurin och Chantal Brisson. 2020. ”Psychosocial Stressors at Work and the Risk of Sickness Absence due to a Diagnosed Mental Disorder. A Systematic Review and Meta-Analysis”. *Jama Psychiatry* 77, nr 8, s. 842–51.
- Emanuel, Natalia, Pim Welle och Valentin Bolotnyy. 2025. ”A Danger to Self and Others: Health and Criminal Consequences of Involuntary Hospitalization”. *Federal Reserve Bank of New York Staff Report no. 1158*.
- Moncrieff, Joanna. 2013. ”Models of Drug Action”. *Joanna Moncrieff*, 21:a november. <https://joannamoncrieff.com/2013/11/21/models-of-drug-action/>.
- Moncrieff, Joanna, Ruth Cooper, Tom Stockmann, Simone Amendola, Michael P. Hengartner och Mark A. Horowitz. 2023. ”The Serotonin Theory of Depression: A Systematic Umbrella Review of the Evidence”. *Molecular Psychiatry* 28, s. 3243–56.
- Jeppsson, Sofia. 2024. ”John Z. Sadler’s Vice and Psychiatric Diagnosis”. *Jeppsson Philosopher Author*, 18:e mars. <https://jeppssonphilosopherauthor.blogspot.com/2024/03/john-z-sadlers-vice-and-psychiatric.html>.
- Ljungqvist, Ingemar, Alain Topor, Henrik Forssell, Idor Svensson och Larry

- Davidson. 2016. "Money and Mental Illness: A Study of the Relationship between Poverty and Serious Psychological Problems". *Community Mental Health Journal* 52, nr 7, s. 842–50.
- Lund, Crick, Alison Breen, Alan Flisher, Ritsuko Kakuma, Joanne Corrigan, John A. Joska, Leslie Swartz, och Vikram Patel. 2010. "Poverty and Common Mental Disorders in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review". *Social Science & Medicine* 71, s. 517–28.
- Podvoll, Edward M. 1991. *The Seduction of Madness*. London: Century Press.
- Radovic, Susanna, Lena Eriksson och Moa Dahlin. 2020. "Absence of Insight as a Catch-All Extra-Legislative Factor in Swedish Mental Health Law Proceedings". *Psychiatry, Psychology and Law* 27, s. 601–19.
- Sadler, John Z. 2024. *Vice and Psychiatric Diagnosis*. Oxford: Oxford University Press.
- Todd, Tom. 2021. "'Epistemic Injustice' in the Administration of the Mental Health Legislation". *Psychosis* 13, nr 1, s. 85–88.

Gud och andra orsaker: Hur en ny teori om orsak och verkan kan förändra vår världsbild

Ulf Jonsson

Fri Tanke 2022. 192 s. ISBN 9789189526006

Denna bok författad av religionsfilosofen, tillika jesuitpatern, Ulf Jonsson, är något så ovanligt som en religionsfilosofisk skrift med vetenskapsteoretiska ambitioner. Den är också en bok som har fördelen av att vara välskriven och tillgänglig utanför filosofiska kretsar. Dess huvudämne är för en kristen person mycket angeläget. Jonsson ställer och försöker besvara frågan: Hur kan Gud ingripa i den värld som synes behärras av sina egna inneboende kausala krafter?

Jonsson ger först en kort idéhistorisk exposé. Han beskriver hur vetenskapssynen under upplysningen från 1700-talet var starkt präglad av Newtons mekanistiska världsbild. Enligt denna styrs den fysikaliska verkligheten av benhårda naturlagar som inte har några undantag. Det blir mot den bakgrunden svårt att förklara hur Gud kan påverka världen. Gud måste alltså bryta mot naturlagarna och åstadkomma mirakel (som begreppet mirakel definierades av filosofen David Hume).

Men många teologer kände sig obekväma i detta sammanhang. Skulle Gud verkligen behöva bryta mot de annars så benhårda naturlagar som han själv en gång hade skapat? I detta idéklimat blev många teologer *deister*. De ansåg att Gud en gång skapat världen men att han sedan lämnat den åt sitt öde och inte mera ingriper i världens gång. Gud blev således egentligen inte närvarande för människorna.