

# INTE LÄNGRE OPSYNLIGA

En kunskapssammanställning av  
patienternas upplevelser av psykiatri

© 2026 – **Psynlighet**

**Rapportförfattare:** Simon Dymér, Charlotta Nilsson, Irma Kjellström,  
Signe Bennich Karlstedt och Hanna Larsson

**Textredigerare:** Freja Lindstedt

**Grafik, copy och formgivning:** Juno Public Relations

Denna rapport genomförs med stöd av Allmänna Arvsfonden.

# FÖRORD

I Sverige är suicid den vanligaste dödsorsaken hos unga<sup>1</sup> och psykiatriska diagnoser den främsta orsaken till sjukskrivning<sup>2</sup>. Behovet av en välfungerande psykiatrisk vård har aldrig varit större än det är just nu. Samtidigt har patienter under många år vittnat om stora brister i den svenska psykiatrin. Det är vittnesmål som ofta viftas bort som enskilda undantag – trots att aktörer som FN:s kommitté mot tortyr upprepar samma kritik<sup>3</sup>.

Psynlighet är en ideell förening som arbetar med att förmedla patienternas röster om vad som fungerar bra och vad som behöver förändras inom psykiatrin. Vi är övertygade om att patienterna innehar ovärderlig kunskap om hur vården kan utvecklas.

Denna rapport baseras på över 1 200 vittnesmål från patienter som vårdats i psykiatrin i Sverige. Den bild som framträder är tydlig – vården präglas av strukturella brister som leder till skada och ökat lidande hos patienterna. Men patienterna vittnar också om att när de möts med medmänsklighet, lyhördhet, kunskap och kontinuitet så bidrar det till tillfrisknande.

Det är dags att ta tag i de strukturella brister som finns i den svenska psykiatrin. Låt patienternas erfarenheter i denna rapport bli ett underlag för den förändring som behövs för att tillsammans skapa en god och effektiv vård.

*Psynlighets styrelse*

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsen, *Statistik om dödsorsaker år 2024*, 5-6

<sup>2</sup> Försäkringskassan, *Försäkringskassans lägesrapport 2026:1 – Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv*

<sup>3</sup> UN Committee against Torture. CAT/C/SWE/CO/8

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

## FÖRORD 3

## OM RAPPORTEN - metod och genomförande 6

## BEGREPPSLISTA 7

## SAMMANFATTNING 8

### 1. TVÅNGSÅTGÄRDER - bältesläggning, sondmatning och efterföljande trauma 11

#### Bältesläggning 12

Upprepade och långvariga bältesläggningar 13

Tvång istället för omsorg 14

Sondmatning under tvång 15

Utförande som kränker och förnedrar 16

Hot om tvångsåtgärder 17

Spåren efter tvångsåtgärderna 18

Gott bemötande vid tvångsåtgärder 20

Tröst istället för tvångsåtgärder 21

Medmänsklighet under tvångsåtgärder 21

### 2. VÅLD OCH ÖVERGREPP I PSYKIATRISK VÅRD - när personalen skadar 23

Slag, sparkar, knuffar och stryptag 24

Fast- och nedhållning 25

Sexuella övergrepp och trakasserier 27

Sexuella övergrepp 28

Verbala sexuella trakasserier 29

### 3. MELLAN STOLARNA - sviken av vårdsystemet 30

Att bollas runt 31

Avvisad trots vårdbehov - när kriterier blir hinder 32

Avvisad trots suicidrisk 34

Vägen framåt: rätt vård i rätt tid 35



#### **4. MEDICINERING - till hjälp eller skada 37**

Första eller enda alternativ 38

Polyfarmaci - när medicinerna blir en skadlig spiral 39

Felmedicinering 41

Biverkningarna ignoreras 42

Positiva erfarenheter av medicinering 43

#### **5. BEMÖTANDET - en avgörande faktor för tillit och återhämtning 44**

När bemötandet brister 45

Att inte bli lyssnad på 46

Ignorerad och nonchalerad av personal 46

Nedlåtande och triggande kommentarer 47

Skuldbeläggning och förminskande 49

Bemötande färgat av fördomar 49

Det trygga bemötandet 51

Att vara närvarande och lyssna 52

Att vara lugn i turbulensen 52

Små gester av omtänksamhet 53

#### **6. AVSLUTNING 54**

Avslutande ord 55

Expertkommentarer 56

Om Psynlighet 61

Referenslista 62

# OM RAPPORTEN – METOD OCH GENOMFÖRANDE

Syftet med rapporten är att förmedla patienternas egna erfarenheter av att vårdas i psykiatri. Rapporten utgår från ett epistemiskt rättviseperspektiv där patienters berättelser betraktas som erfarenhetsbaserad kunskap och används för att förstå hur vården påverkar patienterna.

Totalt analyserades 1 344 vittnesmål som inkom mellan 28 januari 2019 och 24 februari 2025 till Psyklighets hemsida opsynliga.se. De som skickat in vittnesmålen har genom en kryssruta intygat att vittnesmålen rör egen erfarenhet av psykiatri i Sverige de senaste 15 åren. Vittnesmålen är anonyma. De vittnesmål som inte var anonyma då de skickades in till hemsidan har anonymiserats genom generaliseringar såsom byte av specifikt namn på ett sjukhus till "sjukhuset".

Av 1 344 vittnesmål exkluderades 71 vittnesmål från personal och anhöriga samt sådana som inte tydligt berör psykiatri. De återstående 1 273 vittnesmålen utgör rapportens empiriska grund. Innehållet i kapitel 1 (Tvångsåtgärder) baseras på 137 vittnesmål, kapitel 2 (Våld och övergrepp) 98, kapitel 3 (Mellan stolarna) 275, kapitel 4 (Medicinering) 236 och kapitel 5 (Bemötande) 729 vittnesmål.

Arbetet har genomförts genom en systematisk genomläsning av vittnesmålen. Utifrån detta har vi identifierat mönster i vittnesmålen och sorterat in dessa i teman. De teman vi identifierat utgör rapportens kapitel. Innehållet i vittnesmålen sammanfattas under respektive kapitel och exemplifieras med citat från vittnesmål. De citat som presenteras i rapporten är oförändrade i innehåll – endast vissa stavfel har justerats. Där vittnesmålen förkortats markeras det med "...". Alla vittnesmål går att läsa i sin helhet på hemsidan opsynliga.se.

# BEGREPPSLISTA

**Autism** – Är i denna rapport ett samlingsbegrepp för diagnoser relaterade till autismspektrumtillstånd.

**Avskiljning** – Tvångsåtgärd där en patient åtskiljs från den vanliga avdelningsmiljön, vanligtvis genom att stängas in i ett avskilt rum.

**BUP** – Förkortning för "Barn- och ungdomspsykiatri". Specialiserad psykiatrisk vård för barn och unga under 18 år. BUP innefattar flera vårdformer, bland annat öppenvård och heldygnsvård.

**EIPS** – Emotionellt instabilt personlighetssyndrom, även kallat Borderline personlighetssyndrom.

**Fastspänning (bältesläggning)** – Benämns i denna rapport som "bältesläggning" eller "bältning". Innebär att en person spänns fast i en säng med bälten runt handleder, fotleder och höft. I vissa fall används ytterligare bälten runt överarmar, lår och bål. Fastspänning är en tvångsåtgärd.

**Heldygnsvård (slutenvård)** – Vård där patienten är inlagd på en psykiatrisk vårdavdelning och får vård dygnet runt. Heldygnsvård kan vara frivillig eller genomförd med tvång enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

**HSL** – Hälso- och sjukvårdslagen. Begrepp som används av patienter i psykiatrisk heldygnsvård för att förmedla att de vårdas frivilligt (enligt HSL) och inte under tvång (enligt LPT).

**LPT** – Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Reglerar tvångsvård och tvångsåtgärder.

**Personal** – Syftar i den här rapporten på personer som arbetar med patienter inom specialiserad psykiatrisk vård. Begreppet innefattar flera yrkeskategorier, bland annat läkare, sjuksköterskor, skötare och psykologer.

**PIVA** – Psykiatrisk intensivvårdsavdelning.

**Polyfarmaci** – Innebär att patienten får flera olika mediciner samtidigt.

**Psykiatri** – Syftar i den här rapporten på specialiserad psykiatrisk vård. Vård för psykiska tillstånd som hanteras inom primärvården, eller inom annan del av vården, är exkluderade.

**Skötare** – Arbetstitel för olegitimerad omvårdnadspersonal som arbetar inom psykiatri, framför allt inom heldygnsvården. Kallas ibland för mentalskötare.

**Sondmatning** – Benämns också som "sondning". Innebär att patienten får i sig näring genom en slang (sond) som oftast förs in genom näsan ned till magsäcken.

**SSK** – Förkortning för sjuksköterska.

**Tvångsmedicinering** – Innebär att en person medicineras mot sin vilja. Ofta sker detta genom tvångsinjektioner under fastspänning.

**Tvångsåtgärder** – Tvångsåtgärder inom psykiatrisk vård är ingripanden som genomförs utan patientens samtycke. Tvångsåtgärder regleras i lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

**Öppenvård** – Vårdform där patienten inte är inlagd på sjukhus utan besöker vården på planerade mottagningsbesök. I denna rapport syftar "öppenvård" på vård som ges på psykiatriska öppenvårdsmottagningar.

# SAMMANFATTNING

Syftet med denna rapport är att sammanställa vittnesmål från patienter som vårdats i svensk psykiatri till ett kunskapsunderlag som belyser både vad som fungerar bra och vad som behöver förändras inom psykiatrin – enligt patienterna själva.



## TVÅNGSÅTGÄRDER – BÄLTESLÄGGNING, SONDMATNING OCH EFTERFÖLJANDE TRAUMA

Många av vittnesmålen berör tvångsåtgärder, bland vilka bältesläggning och sondmatning är mest förekommande. Åtgärderna beskrivs som mycket skrämmande och smärtsamma samt leder till långvarigt lidande i form av trauma, rädsla, ökad självdestruktivitet och minskat förtroende för vården. Flertalet vittnar om hur tvångsåtgärder använts på rutin, som straff och under längre tid än patienten upplevt vara nödvändigt. Samtidigt finns vittnesmål som visar att ett respektfullt och medmänskligt bemötande från personalen kan göra tvångsåtgärderna mindre skrämmande samt bidra till att åtgärderna helt kan undvikas.

## VÅLD OCH ÖVERGREPP I PSYKIATRISK VÅRD – NÄR PERSONALEN SKADAR

I vittnesmålen beskrivs hur personal utsatt patienter för fysiskt våld såsom sparkar, slag och stryptag. I vissa fall har våldet skett i samband med bältesläggningar. Patienterna berättar även att de blivit utsatta för sexuella övergrepp och sexuella trakasserier av personal. De vittnar bland annat om att de blivit tafsade på under tvångsåtgärder och att personal kontaktat dem privat efter utskrivning för att ha sex. Patienterna vittnar även om att de inte blir trodda när de berättar om övergreppen. I vittnesmålen återkommer också berättelser om fast- och nedhållning som något skrämmande och smärtsamt. Fast- och nedhållning beskrivs i vissa vittnesmål ibland vara nödvändigt men patienterna önskar att det gjordes med mindre våld och mer omsorg.

## MELLAN STOLARNA – SVIKEN AV VÅRDSYSTEMET

Många patienter uppger att de hamnar mellan stolarna i psykiatrin. Flertalet vittnar om att de bOLLAS runt mellan olika vårdenheter utan att någon tar ansvar, andra om att de skrivs ut för att de inte uppfyller specifika villkor såsom en viss vikt eller för att de inte vill ta psykofarmaka. Patienterna vittnar även om att de nekas inläggning trots hög suicidrisk. I vittnesmålen efterfrågas ett helhetsperspektiv hos psykiatrin där patienter ses som mer än olika diagnoskoder, och en önskan om att få hjälp tidigare i sjukdomsförloppet.

## MEDICINERING – TILL HJÄLP ELLER SKADA

Ett stort antal vittnesmål beskriver erfarenheter av medicinering med psykofarmaka. Många berättar om polyfarmaci och dess negativa konsekvenser, andra om att läkemedel är den enda behandling som erbjuds. Flera beskriver problem med biverkningar och vissa upplever att dessa nonchaleras av vården alternativt åtgärdas med ännu fler läkemedel. Några vittnesmål beskriver positiva effekter av läkemedelsbehandling såsom hjälp med koncentrationssvårigheter, sömnbesvär, ångest och vid psykossjukdomar.

## BEMÖTANDET – EN AVGÖRANDE FAKTOR FÖR TILLIT OCH ÅTERHÄMTNING

Dåligt bemötande från personal är det mest frekvent förekommande temat i vittnesmålen. Patienterna vittnar om att de inte blir lyssnade på, att personal nonchalerar deras mående och att de blir skuldbelagda för att de behöver vård. De vittnar också om triggande kommentarer från personal, bland annat om att inte vara "tillräckligt sjuk". Vittnesmålen beskriver även att patienter med EIPS och autism upplever att deras vård påverkas negativt på grund av fördomar. Vittnesmål om gott bemötande beskriver hur ett lugnt och inlyssnande bemötande, med små gester som uttrycker omsorg, kan göra stor skillnad för patientens mående och tillit till vården.

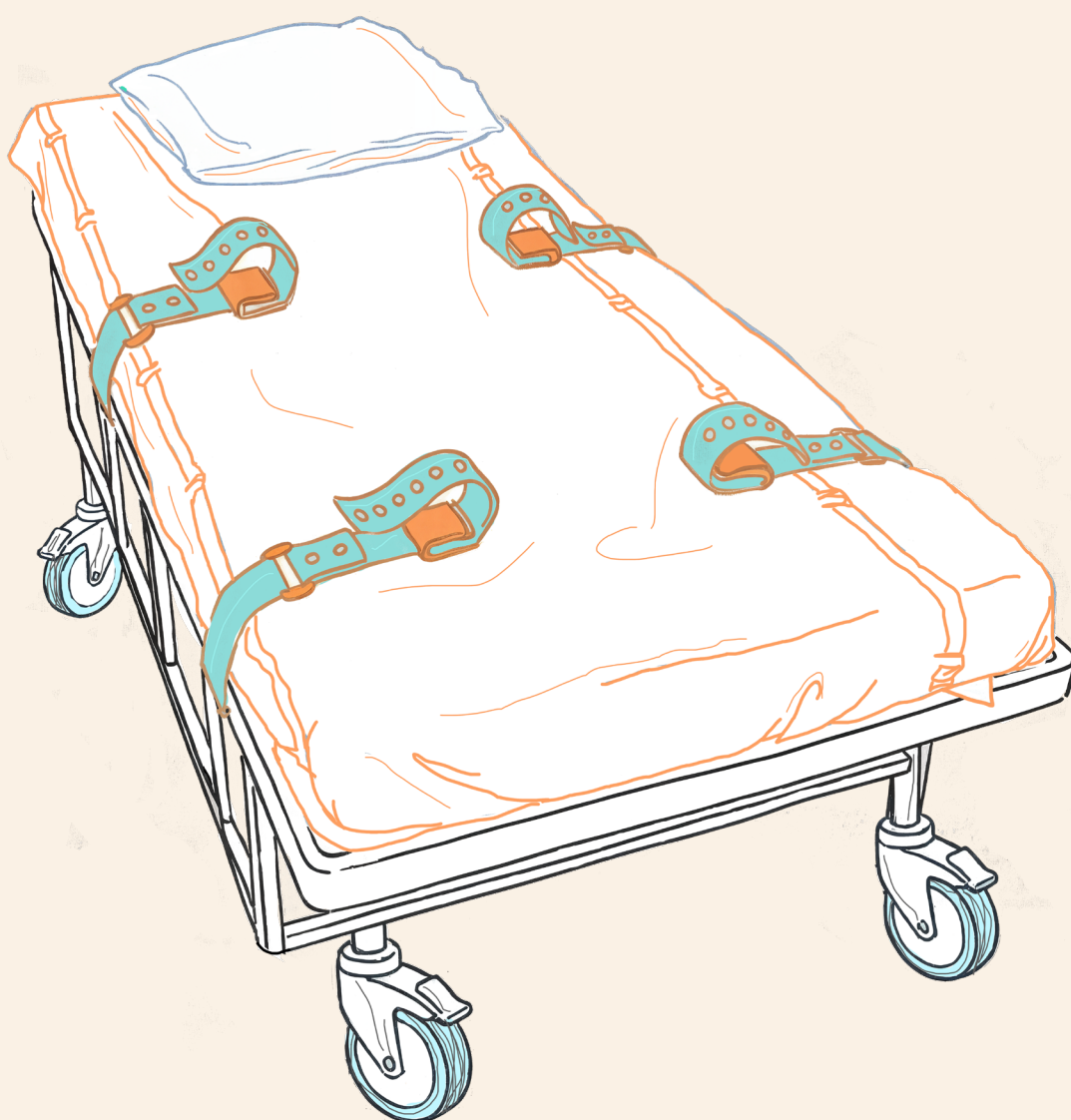
# 1

## TVÅNGSÅTGÄRDER BÄLTESLÄGGNING, SONDMATNING OCH EFTERFÖLJANDE TRAUMA

I vittnesmålen har berättelser om tvångsåtgärder varit ständigt återkommande. Tvångsåtgärder inom psykiatrisk vård är ingripanden som genomförs utan patientens samtycke, exempelvis fastspänning (bältesläggning) och avskiljning. Åtgärderna regleras i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Tvångsåtgärder ska enligt lagen utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten. I patienternas berättelser förekommer beskrivningar av kränkande behandling i samband med tvångsåtgärder, oproportionerliga bältesläggningar, ökat lidande och en önskan om tröst istället för tvång.

# BÄLTESLÄGGNING

Bältesläggning är den tvångsåtgärd som flest vittnesmål handlar om och många beskriver det som en traumatisk upplevelse.





# UPPREPADE OCH LÅNGVARIGA BÄLTESLÄGGNINGAR

*“... Bältesläggningarna kunde ske dagligen, ibland två gånger om dagen, ofta var jag fastspänd under fyra timmar i sträck för att därefter släppas upp och sedan bältesläggas igen ...”*

Under 2024 rapporterades 3 518 fastspänningar inom svensk psykiatrisk heldygnsvård in till Socialstyrelsen. Av dessa utfördes 50 procent (1 752 stycken) på personer under 25 år<sup>4</sup>. I vittnesmålen berättar patienter om en omfattande och upprepad användning av bältesläggning där åtgärden många gånger inte framstår som en sista utväg. Flera patienter vittnar om att bältesläggning kunnat ske dagligen och ibland flera gånger per dygn.

*“Jag blev inlagd med LPT på vuxenpsykiatri när jag nyligen fyllt 18 efter ett självmordsförsök. Under de första 48 timmarna blev jag bältad 3 gånger ...”*

*“... En månad blev jag bältad 30 gånger på 30 dagar ...”*

I vittnesmålen återkommer beskrivningar av att tiden som patienten hålls fastspänd i bältessängen inte upplevs stå i proportion till deras tillstånd. Flera vittnar om att de hållits fastspända under mycket lång tid trots att de uppfattat sig själva som lugna och samarbetsvilliga. I en del av dessa vittnesmål framkommer även upplevelser av att beslut om bältesläggning, eller beslut om förlängning, fattats utan att en läkare träffat patienten.

*“... bakjouren på psykiatri, utan att ha träffat mig, förlängde bältningsläggningen trots att jag var lugn och inte gjorde motstånd ...”*

*“... De valde att bälta mig [...]. minns inte mycket mer än att jag 14 timmar senare blev uppsläppt när mitt besök hade kommit in i rummet. Jag hade varit lugn hela natten men ändå fick jag ligga där hur många timmar till som helst ...”*

---

<sup>4</sup>Socialstyrelsen, “Statistikdatabas för psykiatrisk tvångsvård”

# TVÅNG ISTÄLLET FÖR OMSORG

*“Jag blev bältad när jag hade en ångestattack. När min ångestattack startade höll personal i mig, och jag var tydlig med att de måste släppa mig för jag fick mer panik av att de höll i mig. [...] Ingen lyssnade på mig, istället gick larmet igång och bältessängen rullade in ...”*

I vittnesmålen återkommer beskrivningar om att bältesläggning används i situationer där patienten ger uttryck för starka känslor. Många vittnar om hur bältesläggningen genomförts snabbt, ibland utan att lugnande samtal, försök till avledning eller andra åtgärder först prövats. Vittnesmålen visar hur uttryck för starka känslor i form av bland annat gråt, hyperventilering, skrik och motorisk oro tolkats som skäl till tvångsingripande. Det framkommer att när bältesläggning används som svar på känslomässiga reaktioner, snarare än på faktisk fara, upplever patienterna åtgärden som ett uttryck för bristande förståelse för deras situation. Tvångsåtgärden upplevs som en bestraffning för deras känslouttryck när det som hade behövts var lyhördhet och omsorg.

*“Ofta rullades bältessängen in innan man ens hade provat med någonting annat för att få mig lugn.”*

*“...Vid minsta tecken på ångest drogs bältessängen fram och jag blev lagd i bälte och tvångsmedicinerad för att jag var ledsen och grät ...”*



# SONDMATNING UNDER TVÅNG

Många vittnesmål som berör sondmatning under bältesläggning beskriver åtgärden som traumatisk. Det framkommer också ett mönster av att sondmatning i många fall sker som en rutinåtgärd där patienten inte får rimliga förutsättningar att försöka äta på egen hand. Många beskriver hur sondmatning under tvång genomförts flera gånger dagligen under flera veckor, ibland månader.

*”Jag var inlagd på BUP slutenvård i över 16 månader i sträck. bältesläggningar, sondningar och tvångsinjektioner var min vardag. när jag kom dit var jag bara en tjej som mådde dåligt och var svårt sjuk i anorexi, när jag kommer därifrån var jag trasigare än någonsin och tjejen som en gång funnits var helt borta. Det bestämdes i förväg att jag skulle sondas och bältas varje dag. Jag fick frågan 3-4ggr om att försöka sondas frivilligt. Alla de hundratals andra gångerna frågade eller försökte de inte ens göra det utan bälte eftersom bälte var deras rutin ...”*

*”Jag kommer inte ihåg hur många gånger jag blivit bältad och sondmatad under mina inläggningar på barnpsykiatri. Jag förstår att jag behövde få i mig näring, men jag har mardrömmar flera gånger i veckan. Jag minns hur fem personer tryckte ner mig i bältessängen, spände fast armar och ben. Jag minns sjuksköterskans parfym när hen stoppade in sonden genom näsan och hur den kom ut genom munnen, och hur jag hoppades att jag skulle kvävas till döds [...]. Jag minns allt det här, jag förstår att jag var i livsfara utan vård. Men jag kan inte låta bli att undra, fanns det inte något annat sätt?”*

Sondmatning under tvång ska syfta till att rädda patientens liv genom att säkerställa näringstillförsel. I vittnesmålen resonerar flera patienter om att de förstår att de behövde få i sig näring men att sättet som tvångsåtgärden utfördes på upplevdes som kränkande, traumatiserande eller bestraffande.

*”... Vanligtvis blev jag sondad med sprutor för de går snabbast men vid bältningarna sondades jag alltid med maskin och läkaren gav anledningen ”med maskin tar det längre tid än med sprutor och det är för att jag vill ha dig i bälte i en timme, du måste lära dig av dina konsekvenser” ...”*

# UTFÖRANDE SOM KRÄNKER OCH FÖRNEDRAR

Många av de vittnesmål som berör tvångsåtgärder beskriver situationer som upplevs präglade av förnedring, brist på respekt och avsaknad av empati. Detta beskrivs skapa ytterligare lidande i en redan utsatt situation.

*"... de tog tag i mig och bar mig i bara trosor genom hela avdelningen till bältesrummet där jag blev bältad ..."*

*"... Det tog kanske 15-20 minuter innan sjuksköterskan höjer rösten och säger 'GEDIG NU, VI BEHÖVER SÄNGEN TILL NÅGON ANNAN, DE ÄR BARA DUMHETER' ..."*

*"... innan de släppte mig "råkade" de släppa in mina besökare till mig trots att jag låg bältad. Så då fick mamma, min moster och min exflickvän se mig ligga bältad ..."*



# HOT OM TVÅNGSÅTGÄRDER

*"... Varje gång jag fick ångest och började vandra runt i rummet så hotade de med bältning ..."*

*"... Överläkaren skrek på mig inför flera andra medpatienter att "om jag inte äter nu skulle hon spänna fast mig och pumpa i mig flera tusen kalorier" där satt jag med panikångest och kämpade för att försöka få i mig mina näringsdrycker."*

*"... Det första den läkaren sa på mötet var att 'antingen äter du, eller så vet du att vi kommer lägga dig i bälte. Välj själv'."*

I vittnesmålen återkommer skildringar av situationer där personal hotar patienten med tvångsåtgärder. I situationerna som beskrivs har patienten ofta ångest och bemötandet med hot om tvångsåtgärder upplevs som hårt och skrämmande och som att personalen inte visar någon förståelse för patientens problematik. Detta riskerar att försämma alliansen mellan patient och personal och minska förtroendet för vården. Det finns också en risk att patienten utsätts för informellt tvång eftersom patienten tvingas ändra sitt beteende eller känslouttryck för att undvika att bli utsatt för tvångsåtgärder.

# SPÅREN EFTER TVÅNGSÅTGÄRDERNA

Tvångsåtgärder, i synnerhet bältesläggningar, beskrivs av patienterna som traumatiserande. Flera vittnar om att de utvecklat posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) på grund av bältesläggningar och att det lett till ökat lidande, rädsla och självdestruktivitet.

*”Jag har vårdrelaterad PTSD och enda sättet för mig att hantera det är genom att självskada. Hör hur ironiskt det låter.. vården får mig att skada mig. Jag är alltid spänd i hela kroppen och så rädd att jag blir paranoid. Jag är så rädd för makten psykiatrin har och för bältessängen. Den sängen har förstört mitt liv.”*

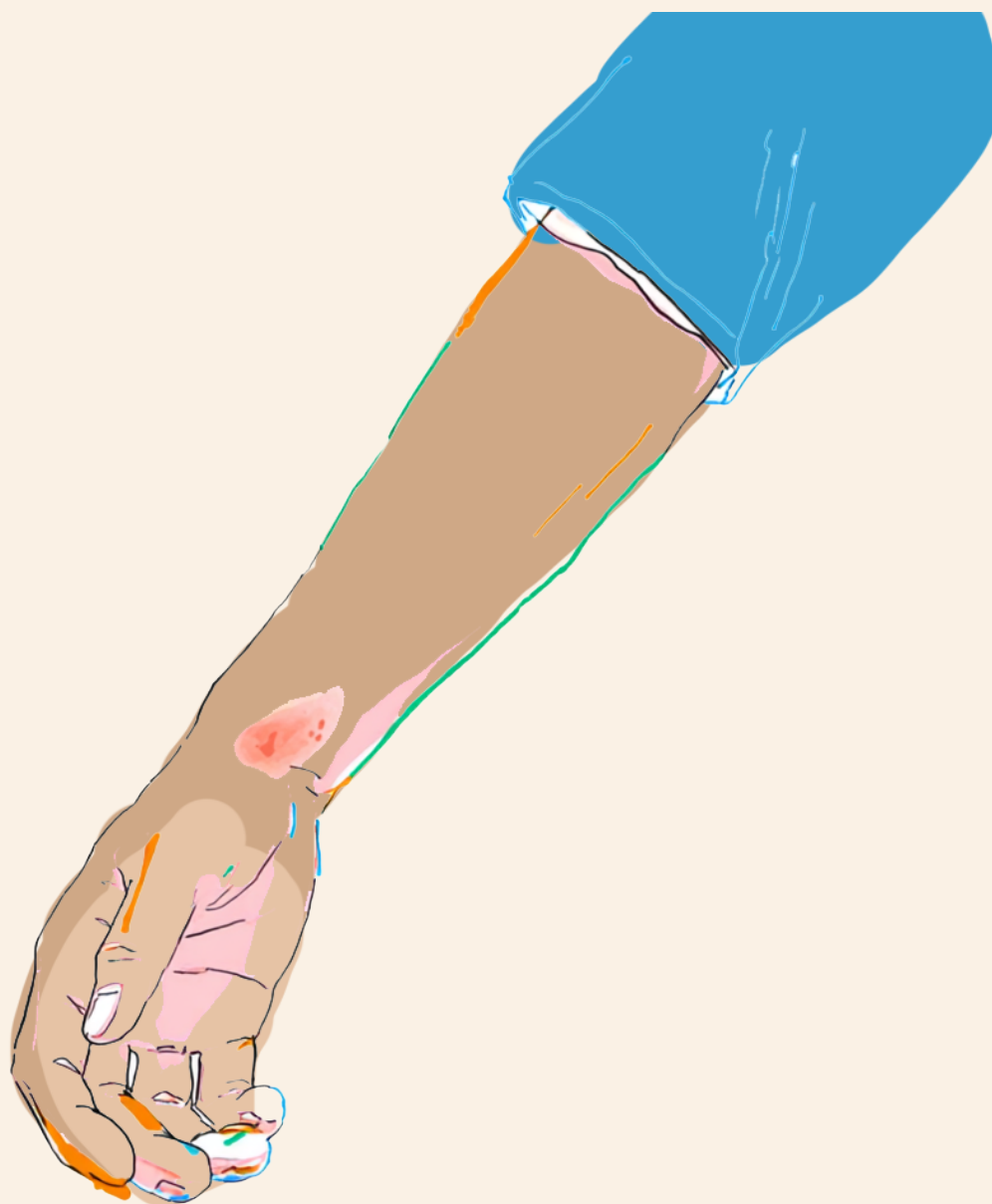
*”Vården har skadat mig o kränkt mig så mycket att jag fått PTSD. Det enda jag drömmer om är bältningar, injektioner, fasthållningar, gråt, skrik. Är livrädd dag ut & dag in att det ska ske igen. Vården, som skulle hjälpa, gav mig bara mer trauma.”*

Dessutom beskriver flera patienter att psykiatrin nekar dem möjlighet att bearbeta det trauma som tvångsåtgärderna inneburit.

*”Jag träffade en psykolog på en specialistmottagning inom psykiatri som hävdade att över 70 bältesläggningar samt åtskilliga andra tvångsåtgärder, var ”några gånger” och förklarade för mig att det var skillnad på att vara med om något traumatiskt som resulterar i ptsd och att vara med om ”något jobbigt” när jag lyfte frågan om ptsd och efterfrågade terapi ...”*

Patienter med erfarenhet av sexuella övergrepp vittnar om att de under tvångsåtgärder återupplever känslor från tidigare trauman, vilket gör situationen ännu mer skrämmande.

*”Jag bältades första gången på BUP som ung tonåring. Jag minns det som i ultrarapid även om jag gjort allt för att försöka glömma. Rasslet från bältesremmarna när sängen kördes fram i korridoren. Musklerna som frös likt de gjorde under de sexuella övergrepp jag upplevt som barn. Okända vuxna som tog tag i armar och ben. Lyfte mig upp på sängen. La sig över mig för att få fast alla remmar. Jag kunde inte röra mig. Kunde inte skrika. Det enda jag fick fram var ett viskande ”Hjälp mig”. Det kändes som att jag skulle dö ...”*



Flertalet vittnesmål beskriver även hur tvångsåtgärderna gett upphov till fysiska skador och smärta. Skadorna som beskrivs är blåmärken, brännsår, domningar och i ett vittnesmål ett brutet finger.

*"... Jag var så blåslagen, hade djupa brännsår på fotleder och armbågar och många dagar kunde jag inte sova i sängen utan att vrida mig i smärtor. Det enda jag behövde var trygghet, någon som skulle berätta för mig att det var okej och att jag skulle veta att ingen ville mig illa, jag fick motsatsen ..."*



# GOTT BEMÖTANDE VID TVÅNGSÅTGÄRDER

Tvångsåtgärder innebär en inskränkning av den personliga integriteten och är ofta förknippade med känslor av utsatthet. Även när de bedöms som nödvändiga kan de innebära risk för ökat lidande och förlorad tillit till vården. Samtidigt visar patienters vittnesmål att bemötandet från personalen har en avgörande betydelse för hur tvångsåtgärder upplevs. Empati, närvaro och medmänsklig kontakt kan dämpa den psykiska påfrestningen, skapa trygghet och ofta helt förebygga att tvångsåtgärder behöver användas.





## TRÖST ISTÄLLET FÖR TVÅNGSÅTGÄRDER

Flera vittnesmål beskriver att tvångsåtgärder hade kunnat undvikas om patienten tidigare i förloppet bemötts med respekt och omtanke. Det framgår en önskan om att bli sedd och lyssnad till. Flera beskriver att även små, vardagliga handlingar kan skapa trygghet och bidra till att lugna ned svåra situationer.

*"... Blev även bältad många gånger även fast att allt jag egentligen behövde var lite förståelse, någon som kunde ge mig tid och en trygg kram."*

*"... Tröst är jag övertygad om hade funkat bättre och jag hade antagligen inte blivit mer traumatiserad av vården då."*

I andra vittnesmål beskrivs hur just detta inträffar. Inslag av tröst och närhet har kunnat avbryta en pågående upptrappning och ersätta planerade tvångsåtgärder med lugnande mänsklig kontakt.

*"... I en sån här situation på BUP när personalen hetsat med att de kommer "ringa på doktorn så hen kan bälta dig" och tusen personal var i rummet och allt var bara kaos, både inuti och utanför, så kom en ny personal in i rummet. Jag var en späd, panikslagen femtonårig flicka. Hen vuxen och trygg. Lugnt gick hen in i rummet, så åt de andra i personalen som höll fast mig att flytta på sig och så omfamnade hen mig. Svepte in mig i sitt lugn. Trygghet. Paniken i mig lugnade sig nästan direkt och jag kunde andas igen ..."*

Detta vittnesmål belyser hur en enda handling kan avbryta en upptrappad situation och återföra tryggheten. Tröst blir här inte bara en känslomässig gest utan en konkret intervention som förebygger tvångsåtgärder.

## MEDMÄNSKLIGHET UNDER TVÅNGSÅTGÄRDER

Trots att tvångsåtgärder ofta upplevs som traumatiska visar andra vittnesmål att ett medmänskligt och respektfullt bemötande under själva åtgärden kan göra stor skillnad. Personalen kan genom sin närvaro, beröring och lugna ton bidra till att patienten känner sig sedd och mindre ensam i en mycket utsatt situation.

*"... Personalen spände fast mina ben, min midja och min vänstra hand men när de kom till min högra hand steg läkaren in. Istället för att spänna fast min hand så höll han den och gav mig tröst. Det är det finaste som hänt mig under alla hundratals tvångsåtgärder jag varit med om. Glömmer det aldrig."*

*"Mina vak under bältningar har alltid suttit i ett hörn tysta och glott på mig. Men denna gången satte personen sig bredvid mig, höll min hand och torkade mina tårar med en servett hela tiden. Det glömmer jag aldrig. Jag kände mig sedd."*

Detta illustrerar hur medmänsklighet kan samexistera med tvång och hur små handlingar kan förändra upplevelsen av ett annars skrämmande ingripande. Att hålla handen, torka tårar eller sitta kvar bredvid patienten beskrivs som handlingar som skapar trygghet, värdighet och förtroende.



# 2

## VÅLD OCH ÖVERGREPP I PSYKIATRISK VÅRD NÄR PERSONALEN SKADAR

I detta kapitel redovisas patienters vittnesmål av att ha utsatts för fysiskt våld och sexuella övergrepp eller trakasserier av personal inom psykiatrin. Vi använder oss av Jämställdhetsmyndighetens definition av fysiskt våld, där fysiskt våld beskrivs vara "...allt våld som riktas mot en person kroppsligen. Det kan vara sådant som ger upphov till smärta långvarigt, eller övergående, det kan handla om obehag [...]. Det kan handla om allt från slag, sparkar, örfilar, knuffar, strypgrepp..."<sup>5</sup>

Eftersom det handlar om särskilt allvarliga händelser har vi valt att redovisa vittnesmålen frekvens.

---

<sup>5</sup> Jämställdhetsmyndigheten, "Information om våldsutsatthet"

# SLAG, SPARKAR, KNUFFAR OCH STRYPTAG

I 20 vittnesmål, i huvudsak från heldygnsvården, beskriver patienter att personal utsatt dem för fysiskt våld i form av bland annat sparkar, slag, stryptag och knuffar. Patienterna uppger att våldet har orsakat smärta och fysiska skador såsom blåmärken och sår, samt försämrat deras mående.

*"... När 8 personal, två på varje lem, håller mig fast på golvet kommer ansvarig sjuksköterska ner bredvid mig på knä och tar ett strypgrepp ..."*

*"... En vårdare åstadkom fysiska skador på min kropp med blödningar under min hud, vårdaren sparkade ned mig, knuffade mig baklänges, la sig över, på mig ..."*

*"Efter allt för många år av rädsla efter en fysisk misshandel av f.d. vårdare inne på en akutpsykiatriska vårdavdelningen, vilket skapade mig fysiska skador och ytterligare dåligt mående ..."*

Fyra vittnesmål skildrar våld under pågående tvångsåtgärder vilket innebär en särskild utsatthet.

*"Jag blir nypt i bältningsängen för att jag gråter och skriker av sjuksköterskan. Han vill att jag ska hålla tyst."*

*"... När sjuksköterskan går för att hämta injektioner lägger personalen från vuxenpsykiatri en kudde över mitt ansiktet när jag ligger maktlös fastpänd i bältesängen för att jag skulle sluta gråta och skrika. Jag höll på att kvävas ..."*

# FAST- OCH NEDHÅLLNING

I 52 vittnesmål, främst från heldygnsvården, vittnar patienter om erfarenheter av att hållas fast och/eller ned av personal. Personalen beskrivs delvis använda fast- och nedhållning för att hindra patienter från att skada sig själva men också som ett sätt att tvinga patienten till sondmatning. Många vittnar om att de hållits fast på ett sätt som gjort ont, varit skrämmande och långdraget, och upplevts rättslöst. Flera vittnar om att det upplevs som särskilt obehagligt att bli fasthållen av män.

*"... Ibland blir jag bältad, men oftast är det bara en utdragen fasthållningskamp. Och egentligen är det värre. För det finns inga regler för fasthållningen. Inget slut [...]. Paniken när händer håller fast mig. När män tar i mig. När den manliga styrkan som jag inte har någon chans emot trycker ner mig på golvet. Den paniken går inte att beskriva."*



*"... Men när det kommer till fasthållning har det ofta blivit som ren och skär mänsklig misshandel. Jag har rivits, slagits (av misstag antar jag), blivit sutten på, folk som hållit så hårt om mina armar att jag inte längre kan känna min hand. När proceduren sedan är klar så har man tovigat hår, röda skrapsår, och efter några timmar blir dem befintliga blåmärkena ännu större ..."*

*"... Blev också här fasthållen av 3st skötare (stora män). Men lågaffektivt bemötande och trygga vuxna hade absolut varit bättre ..."*

Bland de långvariga psykiska konsekvenserna av fast- och nedhållning förekommer svårigheter med fysisk kontakt och påträngande minnen.

*"... Jag får än idag panik av att någon håller i mig ..."*

*"... Det har snart gått 6 år och jag klarar inte av plötslig kontakt och får PTSD-attacker när någon rör mina handleder. Jag får fortfarande mardrömmar om det och när jag får attacker hör jag mig själv som 13-åring skrika av smärta."*

Fasthållning beskrivs ibland vara en nödvändig åtgärd. Hur personal går tillväga när de genomför fast- och nedhållning kan dock vara avgörande för hur det upplevs av patienten.

*"Jag förstod att de verkligen behövde hålla fast mig, men man kan väl göra det på bästa möjliga sätt. Sjuksköterskan tryckte upp sonden i näsan på mig så att den böjdes i näsan och andra änden kom ut genom min mun, och att vara fasthållen då är jätteläskigt. Det gjorde både jätteont och sved. Nästan som en vedergällning för att man inte sitter lugnt och fint. Önskar man kan göra det på ett mer validerande och stöttande sätt."*

# SEXUELLA ÖVERGREPP OCH TRAKASSERIER

I 26 vittnesmål vittnar patienter om att personal utsatt dem för sexuella övergrepp eller trakasserier, antingen medan patienten vårdats inom psykiatri eller efter att patienten blivit utskriven. 17 vittnesmål beskriver sexuella övergrepp och 12 vittnesmål beskriver verbala sexuella trakasserier. Tre av vittnesmålen har inslag av både verbala sexuella trakasserier och fysiska övergrepp.



# SEXUELLA ÖVERGREPP

Patienter vittnar om att de utsatts för sexuella övergrepp i form av ofrivilligt samlag och tafsningar av personal i psykiatrin. Övergreppen beskrivs ha skett både i psykiatris lokaler och utanför psykiatrin då personal tagit privat kontakt med patienterna. Det förekommer också vittnesmål om att personal utsatt patienter för sexuella övergrepp då patienten legat fastspänd i bältessäng.

*"... En manlig skötare kontaktade mig då på sociala medier och skrev väldigt flörtigt och kom i mitt rum flertalet gånger och kysste mig. Jag som var helt borta sa ju såklart inte emot, vid ett tillfälle så tjatade han till sig att jag skulle komma hem till honom. Dum som jag var gjorde jag det, det slutade med att han hade sex med mig mot min vilja. ..."*

*"... När jag denna kvällen låg bältad så skrek jag hysteriskt och försökte ta mig loss men mitt vak vägrade ringa på klockan så ssk kunde komma. Istället försökte hen lugna mig med att smeka mig på diverse ställen, bland annat bröstet och där nere och pussade ömt på mig och hyschade. Hen var ny timanställd men hade redan hunnit ligga med en annan patient(!) och antastade mig under den mest utsatta positionen man kan vara ..."*

Vittnesmålen beskriver en uttalad maktobalans mellan patient och vårdare där personalen utnyttjar patientens utsatthet för att begå sexuella övergrepp. Utsattheten förvärras ytterligare av att patienterna inte blir trodda när de berättar om övergreppen de utsatts för.

*"Jag blev utnyttjad av en nattskötare inom psykiatrin. Han kom in till mig, själv, under sina pass och hjälpte mig av med kläderna (tröja, bh:n) och tog på min kropp samtidigt som han pussade på mig och sa att han älskar mig. Han tog mitt nummer från journalen och ringde mig på kvällen innan han kom till jobbet. Han sa att jag inte skulle berätta för någon. Detta pågick under en längre period och när jag väl vågade berätta om vad han gjort så trodde ingen på mig förrän jag visade att han ringt mig. Jag anmälde händelsen men polisen avskrev anmälan. Han fick jobba kvar men på en annan avdelning med unga tjejer ..."*

I ett vittnesmål beskriver patienten hur hen efter ett övergrepp av vårdpersonal tvingats vårdas på samma avdelning som förövaren jobbade på och att det lett till ökad självdestruktivitet och suicidförsök.



*"... Kort därefter blev jag inlagd igen, till samma avdelning där han fortfarande jobbade. Att jag förvärrats i måendet hade att göra med övergreppet han utsatt mig för, att vården jag då fick innebar att vårdas av min förövare gjorde att jag betedde mig allt mer kaosartad med eskalerande självskador och suicidförsök ..."*

## VERBALA SEXUELLA TRAKASSERIER

Patienter vittnar om att personal gjort sexuella närmanden i form av frågor av sexuell karaktär och kommentarer med sexuell anspelning. Bland annat vittnar patienterna om att personal uttryckt attraktion för deras utseende och tagit kontakt med dem privat för att inleda en sexuell relation.

*"För 6 år sedan blev jag inlagd för svält på en slutenvårdsavdelning. Jag fick gå in i ett undersökningsrum med en äldre manlig mentalskötare för att han skulle "ställa lite frågor" i väntan på läkarsamtal. Väl inne i rummet pratade han om att jag var vacker och frågade varför nån så vacker som jag kunde må dåligt. Sedan frågade han mig om jag hade en pojkvän varpå jag svarade nej. Då sa han: 'Om jag var yngre hade jag lätt varit din pojkvän'. Sedan gav han mig hans privata mobilnummer och ville ha fortsatt kontakt ..."*

*"När jag var inlagd med LPT för anorexi på vuxenpsykiatri [...]. så fick jag mina bröst kommenterade och jämförda med annan patient av manlig nattpersonal."*



# 3

## MELLAN STOLARNA SVIKEN AV VÅRDSYSTEMET

Utifrån vittnesmålen framgår det att många patienter hamnar "mellan stolarna" när de söker vård eller vårdas inom psykiatrin. Det rör sig om patienter som inte passar in i de vårdformer som finns och där ingen tar ansvar för helheten. Patienterna vittnar även om hur de hastigt blir utskrivna trots fortsatt vårdbehov utan en fungerande plan för hur de ska klara sig.

# ATT BOLLAS RUNT

Ett av de mest återkommande vittnesmålen handlar om att bollas runt mellan olika aktörer i psykiatrin utan att någon tar ett övergripande ansvar. Det beskrivs särskilt ofta av patienter med flera olika diagnoser. Många vittnar även om att de nekas vård för att de antingen anses "för sjuka" eller "för friska".

*"... Ständigt bollad mellan olika mottagningar eftersom ingen har velat ta ett helhetsgrepp. "Du är för sjuk i ätstörningen" sa man inom psykiatrin och skrev över till ätstörningsvården. Som i sin tur skickade tillbaka till psykiatrin för att "jag mådde för dåligt för ätstörningsvård". [...] Jag fick ingen hjälp. Jag blev avslutad från mottagningen [...] och stod därmed helt utan vård [...]. Helt utan vård trots att jag i allra högsta grad var väldigt sjuk, stod på en massa mediciner och verkligen behövde hjälp."*

*"Jag gick på en specialiserad ätstörningsklinik, samtidigt var jag diagnostiserad med depression och hade självskadebeteende. En dag fick min behandlare reda på att jag hade självmordstankar och då blev jag direkt avslutad och skickad med LPT till psykakuten. [...] Sen dess har jag bollats runt mellan olika ställen, för när man har flera diagnoser vet de inte vem som ska ta ansvaret."*

Att patienter nekas vård på grund av att de inte passar in i systemet beskrivs i vittnesmålen leda till hopplöshetskänslor och minskat förtroende för vården. Flera uppger att de blivit helt utan vård.

Många vittnar också om att deras vårdkontakter ofta byts ut, ibland så ofta att det blir omöjligt för patienten att fullfölja en behandling. Patienterna beskriver att det tar tid att bygga upp ett förtroende för en vårdkontakt och när dessa byts ut så måste patienten börja om vilket förlänger behandlingstiden.

*"... Under 6 års tid på BUP fick jag träffa ungefär 30 olika samtalskontakter. Men aldrig fick jag gå i terapi, eller rätt diagnos ..."*

*"21 läkare 14 psykologer/kuratorer (som jag gått till mer än 3-4 ggr, betydligt fler om man tar in alla för 2-3 samtal) - bara på BUP ..."*

# AVVISAD TROTS VÅRDBEHOV – NÄR KRITERIER BLIR HINDER

I vittnesmålen återkommer beskrivningar av att den psykiatriska vården villkoras. Det kan handla om uttalade regler på en avdelning, som exempelvis förbud mot att självskada, eller att personalen ställer ett ultimatum. Det kan också handla om att patienten förväntas ta emot psykofarmaka, eller att patienten behöver gå upp eller ned i vikt. Patienterna vittnar om plötsliga utskrivningar utan uppföljning, trots omfattande vårdbehov, för att de inte uppfyller dessa specifika villkor.

*"... Istället för att ge mig hjälp slängs jag då ut från avdelningen av jourhavande läkare mot vårdpersonalens inrådan. Han menar att de har nolltolerans mot självskada på avdelningen så därför har han inget annat val än att skriva ut mig omedelbart ..."*

*"... Efter en längre vårdperiod inom somatiken flyttades jag åter över till vuxenpsykiatri. Där hade det bestämt att så fort jag nått ett visst BMI skulle tvångsvården avskrivas och jag skrivas ut. Så helt plötsligt en dag kom läkarna och sa att jag skulle skrivas ut, helt utan förvarning. Jag hade fortfarande en sond och sondades dagligen för att få i mig tillräckligt [...]. Men nu hade jag alltså nått en vikt och sonden drogs och jag skulle stå på helt egna ben. Jag hade ingen vårdkontakt utanför avdelningen vid den här tiden, ingen hade pratat med varken mig eller mina föräldrar om plan framåt. [...] Jag skickades hem. Jag var livrädd. Min omgivning var livrädda ..."*

Patienterna vittnar om att de skrivs ut på grund av de symptom de initialt sökte hjälp för. En patient som sökt hjälp för självskadebeteende kan sedan skrivas ut just på grund av att hen har skadat sig själv på en avdelning där detta inte är tillåtet. Patienter med ätstörningar vittnar om att de skrivs ut för att de inte gått upp tillräckligt mycket i vikt – eller tvärtom att de nått upp till en viss vikt och då skrivs ut utan hänsyn till mående eller förutsättningar för tillfrisknande.

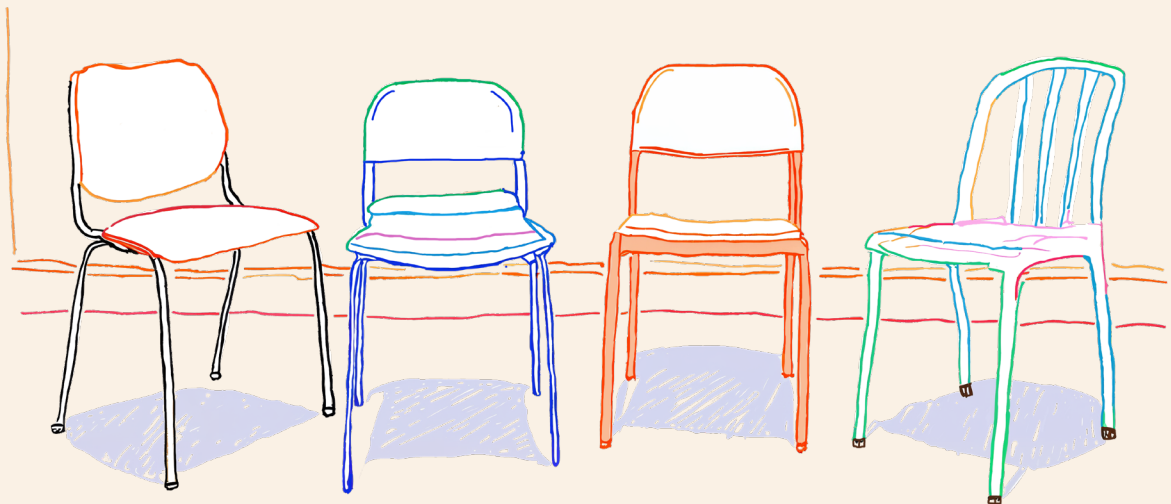
I vittnesmålen återkommer även beskrivningar av att patienter skrivits ut på grund av att de inte velat ta emot psykofarmaka.

*"... Upptäckte sedan att kommande tider till läkare och psykolog hade strukits utan att de berättat. På frågan varför var svaret: 'du vill inte ta medicinen vi säger att du ska ta, så då kan du inte gå här' ..."*

*"... Han sa att jag vägrade medverka i vård (mediciner) och att han inte kunde tvinga mig (utan vårdintyg) och att jag därför inte passade på sluten psykiatrisk avdelning. [...] En medpatient försökte packa ihop mina saker medan jag låg på golvet och grät ..."*

Patienterna vittnar om allvarliga konsekvenser av att plötsligt bli av med vård på grund av att de inte uppfyller specifika villkor. Flera beskriver hur deras hälsotillstånd förvärrats, att deras anhöriga fått ta över ansvaret för deras hälsa och att det lett till självskada och suicidförsök.

*"... Efter ett suicidförsök som krävde vård på IVA kastades jag ut från ätstörningskliniken jag gick på och stod totalt utan vård. Jag fick själv försöka ringa den neuropsykiatriska mottagningen för att fråga efter hjälp, ett samtal, vad som helst. Men de hänvisade bara till den läkartid som redan fanns, som fortfarande var en dryg månad bort. Jag hann göra ytterligare ett allvarligt självmordsförsök innan dess."*



# AVVISAD TROTS SUICIDRISK

Flera patienter vittnar om att de nekats vård när de mått så dåligt att de riskerat att skada sig själva allvarligt. I vissa fall nekats patienterna inläggning på grund av platsbrist och i andra fall på grund av att deras tillstånd inte anses vara tillräckligt akut.

*"Låg på HSL och skulle bli utsläppt. Informerade personalen om att det var exakt 8 månader efter min systers suicid, och att jag inte ville bli utsläppt för att jag visste att jag skulle försöka ta mitt eget liv. Blev utslängd och 4 timmar senare låg jag på IVA efter allvarlig intox. Hade läkaren på psykiatrin lyssnat på mig hade vi undvikit det hela."*

Ett återkommande mönster är att patienter själva söker hjälp för suicidtankar, och sedan utför suicidförsök när de nekats inläggning. Flera vittnar om att de blir bemötta med misstro inför allvarlighetsgraden i sina suicidtankar när de självmant söker hjälp och att de inte får vård förrän de faktiskt utfört ett suicidförsök. En konsekvens blir att patienter inte söker vård för akuta tillstånd, i tron att ingen hjälp finns att få, och i värsta fall dör i suicid.

*"... Blev hemskickad varje gång då det inte sågs som "allvarligt nog" för en inläggning då jag ibland inte hade en konkret suicidplan men oftast också var självmant hjälpsökande. För om man vill ha hjälp behöver man den uppenbarligen inte. När jag till slut gjorde ett suicidförsök blev jag inlagd i 4 dagar och fick höra att jag skulle "sökt hjälp innan det blev så illa". "*



# VÄGEN FRAMÅT: RÄTT VÅRD I RÄTT TID

*“... Eftersom jag har flera diagnoser som kräver ett samlat omhändertagande vill ingen ta ansvar. Alla skyller på varandra och hänvisar till att någon av mina andra diagnoser behöver tas hand om först. Jag önskar bara att någon kunde se att jag är EN människa.”*

Patienterna återkommer till att de önskar att vården hade ett helhetsperspektiv, med sammanhållen vård med kontinuitet, även vid flera diagnoser samtidigt. Patienterna vittnar också om att de hade velat ha hjälp tidigare i sjukdomsförloppet istället för att behöva vänta tills de blivit “tillräckligt sjuka” för att prioriteras av vården. Flera resonerar kring att de hade återhämtat sig snabbare om de fått rätt hjälp tidigare.

*“När jag som rätt långvarig patient på psykiatrien började utveckla en ätstörning var det ingen som verkade ta det på allvar. [...] nu är jag fast mycket djupare och har börjat tro på vårdens signaler om att jag inte är tillräckligt sjuk. Det som från början hade kunnat gå rätt lätt att vända med måltidsrutiner och motivation [...]. har nu blivit en tvångsmässig del av min vardag. [...] Jag hade behövt hjälp i början att vända ett beteende, uppfyllda diagnoskriterier eller ej, inte vänta på att det skulle förvärras ...”*

Det finns även vittnesmål som visar att det är möjligt för psykiatrien att organiseras på ett sätt som gör att patienten inte hamnar mellan stolarna trots flera diagnoser.

*“... Under en period var jag på tre mottagningar samtidigt inom psykiatrien. Jag hade öppen psykiatri som ansvarig vårdgivare samtidigt som jag gick behandling hos traumateam. Pga delar som framkom hos traumateamet så skickades jag även på utredning hos neuropsykiatrien för autism. Detta gick bra mellan dessa tre då samtliga av mottagningarna samarbetade med varandra för att underlätta för mig som patient i en redan jobbig situation ...”*

Andra positiva vittnesmål lyfter upp vikten av att få behålla en och samma vårdkontakt, vilket hjälper patienten att känna sig trygg och kunna bygga upp förtroendet för vården.

*"... På den nya mottagningen så gjordes det en utredning och kort där efter startades behandling. Behandlingen är färdig sedan 1.5 år tillbaka men jag har fortfarande kontakt varje vecka. Jag har en helt fantastisk fast vårdkontakt och psykolog som verkligen känner mig. Hon kämpar för mig, men framförallt tillsammans med mig! Jag har fått ett sådant bra stöd under dessa år som jag gått på mottagningen och jag har börjat lita på vården igen."*





# 4

## MEDICINERING TILL HJÄLP ELLER SKADA

Ett stort antal vittnesmål beskriver erfarenheter av medicinering med psykofarmaka. De läkemedel som framför allt omnämns i vittnesmålen är sömnmediciner, antidepressiva, antipsykotiska och sederande (lugnande) läkemedel. Till största del innehåller vittnesmålen beskrivningar av att läkemedelsbehandlingen lett till ett försämrat mående, medan en mindre andel innehåller beskrivningar av positiva erfarenheter av medicinering.

# FÖRSTA ELLER ENDA ALTERNATIV

*"... hade jag äntligen efter 8 månaders väntetid fått tid för att komma och prata med en psykiater om min psykiska ohälsa. Jag hade ingen livsglädje, ångest dagligen och jag ville egentligen bara dö, men tanken på min familj höll mig tillbaka. [...] Vi pratade i sammanlagt 15 minuter. När jag gick därifrån hade jag ett recept på Stilnoct 10 mg (sömntabletter) och ett recept på stesolid 10 mg. Jag gick därifrån med känslan av att min psykiatriker tyckte att mitt liv var lika värdelöst som jag ..."*

Många patienter vittnar om att medicinering med psykofarmaka varit den första, och ibland enda, behandling som de blivit erbjudna av psykiatrin. Flera beskriver att de efterfrågat samtalsbehandling men nekats detta och istället endast erbjudits läkemedel. Patienterna vittnar också om att läkemedelsbehandlingen lett till emotionella biverkningar i form av ökad ångest och känslor av avstängdhet. Vissa vittnar om att deras mående försämrats så mycket att det lett till ökad självdestruktivitet.

Återkommande i vittnesmålen är önskan att få hjälp med orsaken till problemen, till exempel i form av traumabehandling, istället för att tillfälligt dämpa symptomen med läkemedel.

*"Inlagd på slutenvård. Beskriver suicidtankar. Vill ha någon att prata med, det har hjälpt när en av ssk pratat med mig eller när jag ringt en anhörig för stödsamtal. Deras lösning är mer medicin. Jag blir sämre, börjar självskada inne på avdelningen. Mina anhöriga påtalar det av oro. Ingen bryr sig på psykiatri. Jag proppas i ännu mer mediciner och nekas samtal ..."*

*"Började gå på bup vid 12års ålder pga trauma från sexuella övergrepp. Fick ingen behandling för traumat, blev bara erbjuden antidepressiva. Jag började må sämre och utvecklade ett självskadebeteende som ingen på bup tog på allvar, de höjde bara antideppen och tillslut gick jag på 300mg sertralin vilket gjorde mig till en zombie utan känslor ..."*

# POLYFARMACI – NÄR MEDICINERNA BLIR EN SKADLIG SPIRAL

*"... Det slutade med 35 tabletter om dagen m.m. trots att jag sa att jag inte klarar mer ..."*

*"... Jag fick mediciner mot bipolärhet, schizofreni, mani, depression osv. Även fast jag inte hade någon av diagnoserna. Ett tag åt jag upp mot 30 tabletter om dagen, många narkotikaklassade. [...] Jag var fjorton år ..."*

I vittnesmålen om psykofarmaka återkommer erfarenheter av polyfarmaci – det vill säga att bli medicinerad med flera läkemedel samtidigt. Patienterna beskriver att detta gett upphov till en stor mängd biverkningar, både fysiska (bland annat skakningar, kramper och viktuppgång) och psykiska (bland annat försämrat minne, panikattacker, känslomässig avstängdhet och ångest). Flera av de som vittnar om fysiska biverkningar berättar också om rädsla för biverkningarna. En del vittnar även om att de utvecklat ett läkemedelsberoende.

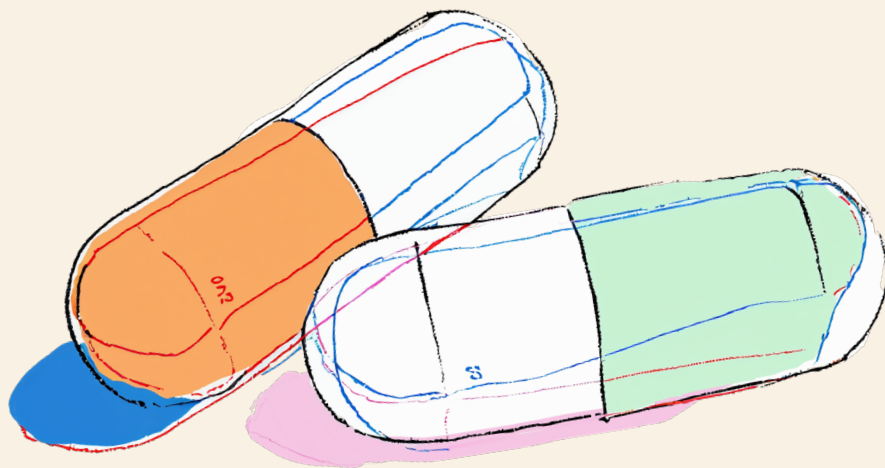
*"Var så övermedicinerad och fick så starka biverkningar att jag inte kunde äta själv, gå i trappor, hålla i saker eller ens andas ordentligt. Skakade så mycket att banken inte godkände min namnteckning. Istället för att minska mediciner satte man in andra för biverkningarna som även dom gav biverkningar. Jag var då 17 år och åt 20 tabletter om dagen. ..."*

Anledningen bakom polyfarmacin beskrivs i flera vittnesmål vara feldiagnostisering eller att patienten fått flera olika diagnoser för sina symtom. I vissa fall vittnar patienterna om att de fått ytterligare läkemedel för att mildra biverkningarna av andra mediciner.

*"Jag var feldiagnostiserad länge med bipolaritet. Jag medicinerades kraftigt och stod i perioder på fem olika neuroleptika samtidigt. Jag blev bara sjukare, ångesten blev värre, suicidförsöken fler och tvångsåtgärderna blev vardag. Det tog fyra år innan någon ifrågasatte diagnosen och jag fick göra en neuropsykiatrisk utredning. Den visade på solklar autism. Bipolariteten avskrevs och så även diverse personlighetsstörningar jag fått på vägen ..."*

Beskrivningar av att försämrats i sitt psykiska mående på grund av polyfarmaci är återkommande. I vittnesmålen framträder ett mönster av att mängden läkemedel lett till ökad ångest, som lett till att patienten fått ytterligare läkemedel – en nedåtgående spiral som är svår att ta sig ur.

*“Jag har bestämt mig för att sluta med alla psykmediciner läkarna har prackat på mig de senaste åren. [...] En efter en har jag fått. Mediciner som sagts hjälpa mot än det ena och det andra. Mediciner som jag har trott hjälpt mig då man som sjuk desperat litar på läkarnas ord och kompetens. [...] Till slut är du inte dig själv längre utan bara ett tomt skal. Kemisk lobotomering. De medicinerna som skulle ta bort din ångest ger dig istället ännu mer ångest. Tar bort den lilla glädje, kreativitet och livslust man fortfarande har kvar... Det är inget liv ...”*



Återkommande i vittnesmålen är att patienterna får för stora doser av läkemedel samt läkemedel de inte tål. De flesta av dessa vittnesmål utspelar sig inom heldygnsvården och många berör läkemedel administrerade som injektioner.

*“... Sedan börjar det krypa i kroppen på mig som när jag fått Lergigan vilket jag säger till en sjuksköterska. Då säger hon att ja, det är ju Lergigan i injektionsform jag fått. Då brister det för mig och jag blir ledsen och arg, det står i varningar i min journal att jag inte tål Lergigan, att jag får kraftiga biverkningar i form av myrkrypningar av det. Jag börjar bland annat riva upp sår på mina armar så det blöder och tankarna och viljan att avsluta mitt liv blir ännu starkare ...”*

Patienterna vittnar om att felmedicineringen, utöver obehagliga och skrämmande biverkningar, riskerat att leda till fysiska skador.

*“När jag var inlagd på en barnpsykiatrisk slutenvårdsavdelning sa min överläkare att jag var tvungen att ta theralen varje timme. [...] så jag tog den stora dosen Theralen varje timme. Jag somnade vid 18 på kvällen och vaknade 13 dagen efter. En behandlare kom in i mitt rum och var extremt orolig. Hen berättade att de har försökt att väcka mig hela morgonen och var tvungna att ringa till akuten efter att de sett att jag fått så pass mycket theralen. Akuten ville att jag skulle dit och ta blodprover då de var oroliga över att min lever skulle ha blivit skadad av så pass mycket medicin. [...] Min behandlare berättade att om jag hade fått en till dos av theralen den kvällen hade det varit en stor fara för mitt liv.”*

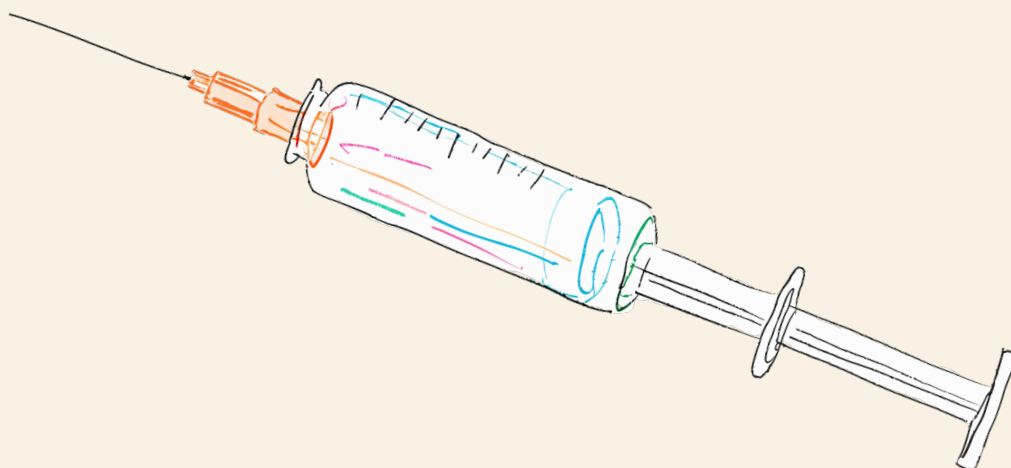
# BIVERKNINGARNA IGNORERAS

*"... När jag fick svårare biverkningar av fluoxetin, och ville sluta, blev jag skrattad åt ..."*

*"... och gav mig medicin jag inte ville ha. Mot psykos. Jag var inte psykotisk och medicinen fick mig att krampa och ögonen rullades bak. De lyssnade inte på mig när jag sa hur obehagligt det var och det var inte förrän jag fick hög feber som de hämtade läkaren igen som gav mig medicin mot kramperna ..."*

*"... En annan gång fick jag någon medicin i påse med hem tog den och blev väldigt yr och fall i hop på golvet vilket jag berättade när jag ringde dem dagen efter. Sköterskan bara skrattade."*

En del av vittnesmålen som berör läkemedelsbehandling beskriver hur patienter inte fått hjälp att sluta med läkemedel trots svåra biverkningar. Patienterna uppger att de inte blir trodda när de berättar om sina biverkningar och att vårdpersonalen i vissa fall förminskar deras upplevelser.



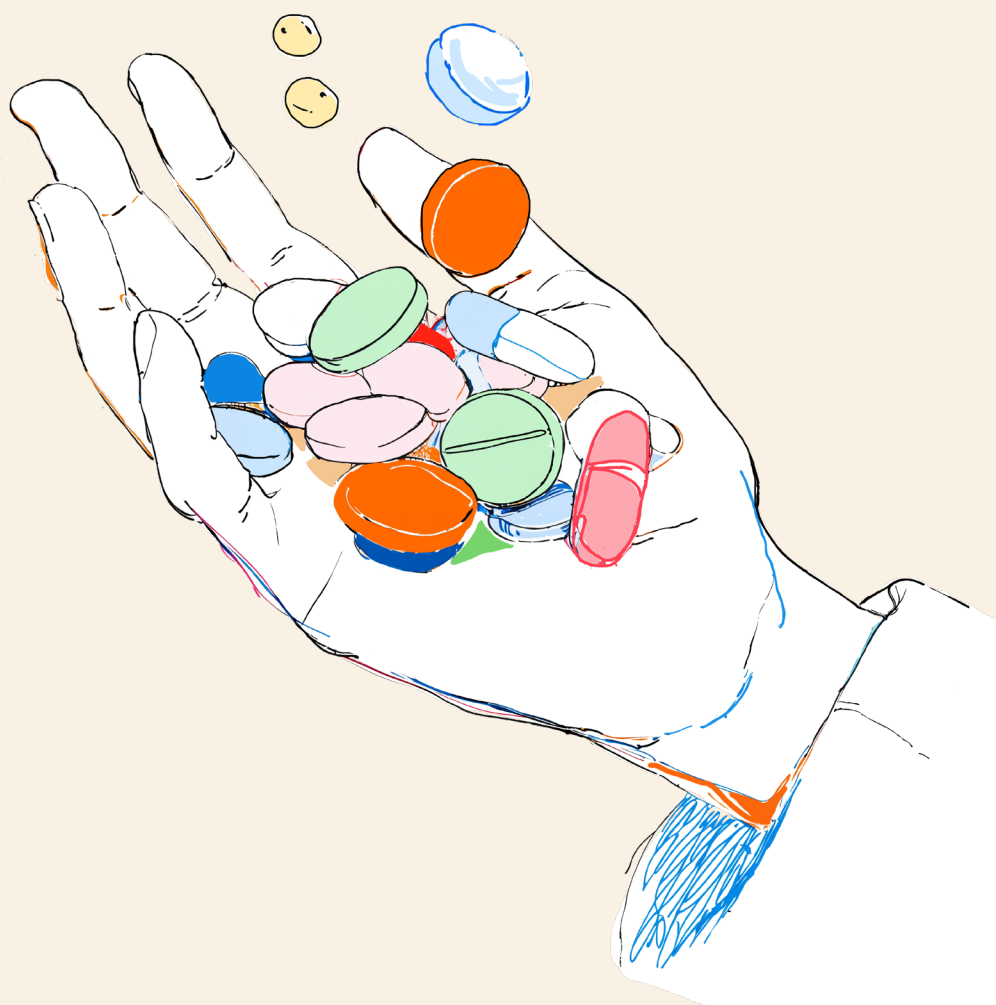
# POSITIVA ERFARENHETER AV MEDICINERING

*"... för idag mår jag mycket bättre med medicineringen jag fått för min ADHD! ..."*

Några av vittnesmålen om läkemedelsbehandling beskriver positiva effekter. Patienter vittnar om att medicinering bland annat varit hjälpsamt för koncentrationssvårigheter, sömnbesvär, ångest och vid psykossjukdomar.

*"... Nu 1 år senare har jag precis lyckats få byta mediciner och mår äntligen bättre ..."*

*"... Sedan 2016 har jag diagnosen Schizoaffektiv sjukdom. Jag har haft fler långa slutenvårdstillfällen efteråt, men nu har jag bättre medicinering och hjälp av öppenvården. Rätt diagnos - rätt och bättre hjälp! ..."*



# 5

## BEMÖTANDET EN AVGÖRANDE FAKTOR FÖR TILLIT OCH ÅTERHÄMTNING

Dåligt bemötande och dess negativa konsekvenser för patienterna är det mest frekvent förekommande temat i vittnesmålen. Med bemötande avses hur personalen förhåller sig till och agerar i möte med patienterna. Det handlar om vad personalen säger, men också om deras tonfall och kroppsspråk och huruvida de visar respekt, empati och en vilja att förstå patienterna.



# NÄR BEMÖTANDET BRISTER

I vittnesmålen som berör upplevelser av dåligt bemötande återkommer fem teman: att inte bli lyssnad på, att bli ignorerad och nonchalerad, nedlåtande och triggande kommentarer, skuldbeläggande och förminskande, samt fördomsfullt bemötande.



## ATT INTE BLI LYSSNAD PÅ

Flera vittnesmål innehåller beskrivningar av att personal tittar bort från patienter under hela möten, inte hörsammar patienters åsikter eller på andra sätt får patienter att uppfatta det som att personalen är ointresserad av vad de har att säga. I flera vittnesmål beskriver patienter att personal ignorerar när patienten säger nej till någonting och inte pratar tillräckligt med patienten för att förstå hens önskemål och behov.

*"... Mötet var 10 minuter kort och hon lyssnade inte på någonting jag berättade ..."*

*"... Jag upplevde oftast att jag ej blev lyssnad på och behandlades som att jag inget förstod och att personen på andra sidan bordet alltid visste bättre ..."*

Att inte bli lyssnad på beskrivs leda till ett försämrat mående och att förtroendet för vården minskar. Många lyfter att de upplever att personalen inte tar deras mående eller problem på allvar. Flertalet beskriver även hur deras önskemål om anpassningar av vården ignorerats vilket försämrat deras möjlighet att tillgodogöra sig vården.

Det förekommer även vittnesmål där patienterna berättar om hur personalens bristande bemötande gjort att de drivits till destruktiva beteenden för att få omsorg.

*"... Ingen tröstade mig när jag grät. Ingen lyssnade på mig när jag var orolig. Det enda sättet att få uppmärksamhet var att inte äta samt uppvisa sjuka beteenden som jag lärde mig av dom andra på avdelningen samt av vad personalen sa att man inte fick göra."*

## IGNORERAD OCH NONCHALERAD AV PERSONAL

*"... När jag vaknade och insåg jag var ensam gick jag ut i korridoren och satte mig och grät i flera timmar medan skötare gick rakt förbi mig utan ett ord och gick sedan in på deras personalrum och man fick inte störa dem ..."*

Beskrivningar av att känna sig osynlig och ignorerad av personal återkommer i vittnesmålen. Särskilt framträdande är det i berättelser från heldygnsvården. Där beskrivs hur personalen snarare uppfattas som passiva fångvaktare än som vårdpersonal som är där för patienternas skull. Ett återkommande exempel är att personal inom heldygnsvården drar sig undan till personalrummet istället för att finnas närvarande med patienterna på avdelningen.

Flera vittnar också om att de blivit ignorerade när de skadat sig själva.

*"... Dom ser att jag skär mig men dom tittar bara och säger till mig 'Säg till när du är klar' och går därifrån ..."*

*"... Jag sa att jag kommer ta livet av mig om de skrev ut mig. 'Det låter ju dumt, men det är inte vårt problem' fick jag till svar av en skötare ..."*

Patienter beskriver upplevelsen av att bli ignorerad och nonchalerad som kränkande och att det får dem att känna ångest, rädsla, ilska och ensamhet. Flera beskriver att det lett till att de inte vågar öppna upp sig för personalen. Vissa berättar om att det lett till självskada eller suicidförsök. Det förekommer också att patienter avbryter vården och senare inte vågar söka vård på nytt.

*"... Så dagen efter detta skrev jag ut mig själv [...]. Jag har aldrig åkt tillbaka till psykiatri igen efter detta. Detta trots att jag gjort två suicidförsök som gjort mig medvetlös och som gjort att jag hamnat på intensivvården efter jag skrev ut mig. Det känns som om de ville se mig död."*

## NEDLÅTANDE OCH TRIGGANDE KOMMENTARER

*"... Det blev en turbulent situation där personal höll fast mig medan jag var skrämmlagen. Sjuksköterskan som tidigare inte pratat med läkaren utbrast bara: 'Det här är ju löjligt!' ..."*

*"... En natt när jag är uppe och vandrar så går en personal fram till mig och säger surt 'Nu går du och lägger dig ditt anorexia as' ..."*

Många av vittnesmålen handlar om att patienter blivit utsatta för förolämpningar och nedvärderande kommentarer. Vanligt förekommande är även kommentarer som patienterna beskriver som triggnande, exempelvis att personalen uttrycker att patienten inte är "tillräckligt sjuk". Återkommande i vittnesmålen är att personal kommenterar vikt och utseende inför patienter som vårdas för ätstörningar. Detta beskrivs som mycket triggnande och gör att patienterna ifrågasätter personalens kunskap om ätstörningar.

*"Jag fick diagnosen anorexia nervosa av min dåvarande behandlare. Våra samtal gick ut på att hen berättade om andra patienter hen haft under åren som var citat 'sjukare än mig', eller citat 'smalare än mig' ..."*

Patienterna beskriver att de till följd av triggande och olämpliga kommentarer mått ännu sämre än innan. Flera uppger sig ha lämnat samtal eller avbrutit en behandling eller vårdkontakt på grund av dessa kommentarer.



## SKULDBELÄGGNING OCH FÖRMINSKANDE

Återkommande i vittnesmålen är att patienterna uppfattar att personalen signalerar att de ser patienten som en belastning och skuldbelägger patienten för hens vårdbehov.

*"... Personalen har, med några alltför få undantag, en nedvärderande syn på patienterna och tycker att vi är jobbiga och i vägen. Som att vi är ett nödvändigt ont i deras arbetsmiljö ..."*

*"... Tillslut var det än läkare som sa till mig: 'du är ett hopplöst fall du är en kroniker du kommer aldrig kunna leva ett bra liv el få ett jobb. Du kommer åka in och ut på psyk tills du dör. Det är ingen idé lägga resurser på dig' ..."*

Bland vittnesmålen finns också flera exempel på att personal avstår från att hjälpa en patient som gråter eller skriker, och istället skäller på patienten eller säger åt patienten att sluta eftersom beteendet har en negativ inverkan på andra patienter.

*"'Sluta, du skrämmar de andra patienterna', sa personalen till 12-åriga jag som i enorm rädsla, sorg och panik skrek och grät på golvet i mitt rum efter att de i flera månader tvingat mig kvar i strategier som väldigt tydligt gjorde mig sjukare ..."*

Patienter som beskriver att de blivit bemötta på det här sättet vittnar om att det har gjort dem ledsna, gett upphov till skamkänslor och fått dem att känna sig missförstådda. Vissa beskriver även att de utfört suicidförsök som en reaktion på bemötandet, eller att de fullföljt planerade suicidförsök efter att personal misstrott deras uttryckta suicidtankar.

*"... Sitter där i stolen mittemot henne och blir helt paff. Känner mig liten, onödig och jag fylls av skam ..."*

## BEMÖTANDE FÄRGAT AV FÖRDOMAR

Flera patienter vittnar om att personal ifrågasätter deras lidande och upplevelser baserat på sådant som utseende, kön, sexuell läggning, utbildningsnivå eller intelligens.

*"... Jag har sökt vård hos BUP och vuxenpsykiatri sex, sju gånger. Många är de gånger jag har hört att jag är för smart för att må dåligt. För tystlåten. Inte tillräckligt aggressiv. "Du är för värtalig för att vara sjuk" fick jag höra när jag skar mig och drack alkohol som mest ..."*

*"... Psykologen ser bekymrad ut och frågar varför jag inte bett om hjälp tidigare. Jag svarar att det är min nya flickvän som har uppmuntrat mig. Psykologen andas ut, hon är märkbart lättad. - 'Men du, homosexuella tjejer får inte ätstörningar, så du behöver inte vara orolig!' ..."*

*"'Men du ser ju så normal ut!' Bara för att jag hade orkat tvätta håret inför mötet så kan jag inte vara psykiskt sjuk? Fått höra det flera gånger och det känns väldigt förminskande."*

I vittnesmålen beskriver patienterna att fördomsfullt bemötande leder till minskat förtroende för vården. Känslor av skuld, ilska och att inte bli tagen på allvar är vanliga. Två diagnoser förekommer särskilt ofta i vittnesmålen om fördomsfullt bemötande: autism och emotionellt instabilt personlighetssyndrom (EIPS).

Patienter med en autismdiagnos beskriver att de blir tilltalade på ett förminskande sätt eller att allt som rör deras mående eller problematik skylls på diagnosen, vilket hindrar dem från att få den hjälp de behöver.

*"Har man autism ger vården i princip upp på en om man söker hjälp för psykisk ohälsa. Spelar ingen roll om man lider av depression, ångest, ätstörning m.m., vården säger endast 'det beror på din autism' ..."*

Patienter med diagnosen EIPS beskriver att de upplever att de får sämre vård på grund av personalens fördomar om EIPS. Fördomarna handlar främst om att patientens självskadebeteende och suicidförsök skulle handla om manipulation eller uppmärksamhetssökande beteende. Konsekvenserna av detta är inte bara ett försämrat mående utan också ökad självdestruktivitet till följd av att patienten känner sig tvungen att agera mer destruktivt för att tas på allvar.

*"... jag känner att jag måste göra något värre med mig själv för att bli trodd på och att det inte bara är min EIPS som söker uppmärksamhet ..."*

# DET TRYGGA BEMÖTANDET



Vitnesmålen om gott bemötande är färre än de om dåligt bemötande. Flera vittnar dock om att ett omtänksamt och lyhört bemötande från personal har spelat en avgörande roll i deras vård, både i enskilda situationer och för långsiktig återhämtning. I flera vittnesmål berättar patienterna om hur ett bra bemötande i psykiatrin har räddat deras liv.



## ATT VARA NÄRVARANDE OCH LYSSNA

*“Var inlagd med LPT på Piva. Var min första gång där och det var ett enda kaos intuiti. Kunde inte stoppa mina panikattacker och satt bara på golvet å grät och grät av ren skär ångest. Till slut kom en av skötarna in och frågade om jag ville komma ut till allrummet en stund. Men jag kunde varken röra mig eller prata, så hen satte sig helt enkelt bredvid mig på golvet och bara fanns där. Berätta små historier ibland och ibland bara satt tyst med mig. Att hen valde att sätta sig bredvid mig på golvet ingav en trygghet och ett tyststöd som för mig betydde mycket mer än vad hen nog kunde veta.”*

Vittnesmålen visar att patienter känner sig trygga och hoppfulla när de blir bemötta av någon som lyssnar, är närvarande och ger patienten tid. Patienterna beskriver att det får dem att känna sig tagna på allvar vilket bidrar till att de vågar öppna upp sig för personalen. Flera beskriver att personal som bemött dem på det sättet bidragit till deras tillfrisknande.

## ATT VARA LUGN I TURBULENSEN

*“Det fanns en sjuksköterska som alltid gjorde tvärtemot vad övrig personal gjorde. Minns särskilt en gång när jag satt ihopkrupen på golvet och skadade mig själv. När han kom in trodde jag att han skulle trycka på larmet och brotta ned mig, som alla andra gjorde. Men istället satte han sig på golvet och höll om mig i sin famn, länge, tills jag var lugn igen. Det var en av få gånger jag blev behandlad som en människa inne på psykiatri.”*

Patienter beskriver att när personal är lugna och närvarande i turbulenta situationer leder det till minskad rädsla hos patienten och att situationen ofta kan lugnas ned. Detta skapar en känsla av trygghet samt gör att patienten vågar anförtro sig åt personalen. Flera uppger även att kroppskontakt i form av kramar eller att bli hållen i handen kan ge tröst och lugn.



## SMÅ GESTER AV OMTÄNKSAMHET

*"Hade en tuff period när maten gick trögt och för att pigga upp mig gjorde en personal på heldygnsvården alltid glada gubbar med grönsaker på mina mackor. En annan bäddade ned mitt "Warmies djur" under täcket när jag åkt på permission. Kunde inte låta bli att fnissa åt deras medkänsla och små gester för att lysa upp i mörkret. Så tacksam för dom, för det tillsynes "lilla". Det gör så mycket att bara vara en medmänniska."*

Många patienter beskriver att små gester av omtänksamhet kan betyda mycket och bland annat bidra till att patienten känner sig som en person och inte bara en patient. Ofta bidrar detta till ökad tillit till vården, vilket kan få ytterligare positiva följder. Patienterna beskriver den här typen av bemötande som tröstande och som något som lyser upp en i övrigt svår situation.



# 6

## AVSLUTNING

# AVSLUTANDE ORD

I över 1 200 vittnesmål har patienters möten med psykiatrin skildrats och även om upplevelserna varierar så framträder ett tydligt budskap – patienterna önskar en psykiatrisk vård som respekterar deras rättigheter, där de får god vård i tid och ses som hela människor. De önskar en psykiatri där fördomar inte står i vägen för vården och där personalen lyssnar och uttrycker empati. Dessa önskemål är inte bara rimliga utan en grundläggande förutsättning för god vård. Det är hög tid att lämna förlegade föreställningar om psykiatripatienter bakom oss, lyssna till deras röster och skapa den förändring som krävs för att kunna erbjuda en god psykiatrisk vård.

Slutligen vill vi rikta ett tack till er som har delat med er av era erfarenheter.

Vi hör er.

Tack.

*“... Hen skapade känslan av trygghet och lugn, genom att ge mig utrymme och tid. Och lät mig samtidigt få vara en person, inte en diagnos.”*



## **Moa Dahlin**, docent och universitetslektor i offentlig rätt vid Juridiska fakulteten, Uppsala universitet

Grunden för de mänskliga rättigheterna är ett ställningstagande om att alla människor har ett okränkbart människovärde. Detta människovärde är inte knutet till personliga egenskaper, social status, funktionsförmåga eller hälsotillstånd, utan till det faktum att någon är människa. Det spelar således ingen roll vilken diagnos, kognitiv förmåga, kön, sexualitet, etniskt ursprung eller religion någon har; människovärdet är lika för alla. Av detta följer att alla människor har lika rättigheter och är lika inför lagen. Diskriminering på grund av psykisk sjukdom – som omfattas av begreppet funktionsnedsättning enligt FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning – är förbjuden. Alla som vårdas inom svensk hälso- och sjukvård har lika rätt att behandlas med respekt för sin personliga integritet och sitt självbestämmande.

Vård utan samtycke får endast ges i undantagsfall och kräver tydligt lagstöd. Inom den psykiatriska tvångsvården ger lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) stöd för frihetsberövande och, i vissa strikt reglerade situationer, för användning av särskilda tvångsåtgärder, såsom fastspänning. Allt tvång som inte har ett tydligt stöd i lag är förbjudet. Vittnesmålen om fast- och nedhållning är därför mycket allvarliga. Till skillnad från formella tvångsåtgärder enligt LPT saknar dessa ingripanden tydliga ramar, tidsgränser och rättssäkerhetsgarantier. Vittnesmålen om hot om tvångsåtgärder och om villkorad vård visar dessutom hur tvång kan utövas informellt, genom ultimatum och bestraffningsliknande logik. Utan formella, dokumenterade beslut osynliggörs tvånget vilket innebär att patienter utsätts för oreglerad maktutövning i en verksamhet utan insyn.

De vittnesmål som återges i rapporten som handlar om exempelvis nypningar, strypgrepp, slag eller att kuddar hålls över patienters ansikten saknar också lagstöd och är olagliga. Sådana handlingar är inte bara otillåtna och oförenliga med god vård och "vetenskap och beprövad erfarenhet", utan kan i vissa fall även utgöra brott enligt straffrätten. Att dessa handlingar återkommer i många vittnesmål ger anledning att se dem inte enbart som enskilda överträdelser, utan som tecken på mer strukturella missförhållanden.

Rapporten innehåller även vittnesmål om sexuella övergrepp och sexuella trakasserier begångna av personal mot frihetsberövade patienter. Detta utgör en av de allvarligaste formerna av maktmissbruk och aktualiserar statens ansvar att säkerställa tillsyn och skydd vid vård i slutna vårdmiljöer. Patienterna ska ha tillgång till effektiva rättsmedel för att kunna utkräva sina mänskliga rättigheter.

Användning av tvång på det sätt som rapporten vittnar om kan stå i strid med det absoluta förbudet mot tortyr samt omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning enligt FN:s tortyrkonvention (CAT) och artikel 3 i Europakonventionen. Vittnesmål om återkommande våld och förnedrande behandling aktualiserar också statens positiva skyldighet att förebygga, utreda och effektivt reagera på sådana kränkningar. I Sverige har Justitieombudsmannens OPCAT-enhet, liksom Europarådets tortyrkommitté (CPT), i uppdrag att granska verksamheter där människor är frihetsberövade och säkerställa att det finns rutiner som förhindrar att sådana övergrepp förekommer.

Medicinering, undersökningar och vårdåtgärder utan samtycke innebär begränsningar av den grundlagsskyddade rätten att skyddas mot påtvingade kroppsliga ingrepp, rätten till privat- och familjeliv i Europakonventionen liksom kraven på information och samtycke i patientlagen. Empati och medmänsklighet, liksom krav på vetenskap och beprövad erfarenhet, patientsäkerhet och god vård, är inte valfria ideal utan grundläggande rättsliga och etiska principer. De gäller fullt ut även – och kanske särskilt – inom den psykiatriska tvångsvården.

## **Git-Marie Ejneborn Looi, specialistsjuksköterska psykiatrisk vård, universitetslärare och forskare**

De berättelser som förmedlas i denna rapport är djupt berörande, men tyvärr inte förvånande. Jag känner igen dem väl både från mitt kliniska arbete inom psykiatrisk vård och från mitt arbete som forskare och lärare på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning psykiatrisk vård. Bemötande och maktutövning i psykiatrin har avgörande betydelse både för patienters lidande och för deras trygghet och möjlighet till återhämtning.

Bemötande kan ibland låta självklart, nästan banalt, som något som bara ska fungera. Denna rapport visar med all tydlighet att så inte är fallet. För människor som vårdas inom psykiatrin, ofta i ett tillstånd av djup sårbarhet, präglad av trauma, skam, låg självkänsla och förlorat hopp, kan bemötandet vara skillnaden mellan liv och död.

Att bli kränkt, förminskad eller ignorerad i ett sådant läge riskerar att slå undan den sista tilliten och kan i värsta fall få allvarliga och livshotande konsekvenser. Inom forskning om traumamedveten och återhämtningsinriktad vård är det välkänt att respekt, lyhördhet och relationsskapande inte är "snällare alternativ", utan grundläggande förutsättningar för säker och effektiv vård. Mot den bakgrunden är det svårt att förstå varför dessa förhållningssätt inte är tydligare förankrade i psykiatrins organisation och ledning.

Vittnesmålen om tvångsåtgärder, särskilt fastspänning, visar på de stora risker som följer när tvång används rutinmässigt eller utan tillräcklig eftertanke. Samtidigt framgår det tydligt att tvångsåtgärder i många fall hade kunnat undvikas. Forskning och klinisk erfarenhet visar att tillitsfulla relationer utgör en grundläggande skyddsfaktor, och att förhållningssätt såsom genuin närvaro och lågaffektivt bemötande ofta kan minska behovet av tvång. När tvång används trots att andra möjligheter funnits riskerar både den etiska och rättsliga grunden att urholkas. När tvång ändå bedöms nödvändigt blir sättet det genomförs på, och hur patienten bemöts före, under och efter, helt avgörande för om vården skadar eller skyddar.

I dag lever många människor i Sverige med svåra och långvariga trauman orsakade av psykiatrisk vård. Ansvaret kan därför inte läggas på enskilda medarbetare, utan ligger på strukturell nivå där ledningen behöver säkerställa både tillräcklig kompetens hos personalen samt en vårdkultur där tvång är sista utvägen och patienternas erfarenheter tas på allvar.

Jag hoppas att alla som tar del av denna rapport vågar och orkar ta in berättelserna på riktigt. Att inte avfärda dem eller gå i försvar, utan se både den enorma potential som finns i mötet med patienten när vi lyssnar och försöker förstå, och de allvarliga konsekvenser som följer när vi misslyckas. Först när vi kritiskt granskar den vård vi bedriver och använder den kunskap som redan finns, kan vi på allvar börja skapa en psykiatri som inte skadar, utan ger människor förutsättningar att återta hopp, autonomi och ett värdigt liv.

## **Behroz Dehdari, specialistläkare i psykiatri, privat praktik**

En övervägande dyster bild av den psykiatriska vårdens fokus på farmaka framträder i kapitlet om medicinering. Av de 1 200 vittnesmålen sägs att de flesta beskrivit en negativ upplevelse av farmaka, medan en mindre andel haft positiva erfarenheter. Kvoten är förenlig med min professionella erfarenhet och jag känner väl igen de presenterade citaten som uttrycker hur farmaka nästan alltid är den första behandling som erbjuds, trots att patienten själv kan ha önskat samtalsbehandling.

Detta är inte sällan också vad vårdgivaren själv skulle ha velat – men inte kunnat – erbjuda. Väntetider till psykologisk behandling är på vissa ställen över två år – en orimligt lång väntetid om den aktuella situationen känns ohållbar. Det framkommer att vissa upplever betydande biverkningar av tablettarna, där kanske den vanligaste är känslomässig avtrubbnings. Detta kan av vissa upplevas som positivt, i alla fall till en början, men efter ett tag märker många att livet bara är grått och ingenting känns lustfyllt eller motiverande.

Även uppgifter om polyfarmaci – det vill säga att man får flera farmaka samtidigt – framträder, något jag skulle säga är mycket vanligt i psykiatri idag. Inte sällan står patienter, oavsett ålder, på fem-sex farmaka samtidigt, och ibland ännu fler. Hur kombinationen av dessa farmaka tillsammans påverkar hjärnan saknas det forskning på. Vidare framträder det att en medicin ibland ges för att motverka biverkningar av en annan, vilket i sin tur ger upphov till nya biverkningar som behöver behandlas. Beklagligtvis beskriver vittnesmål hur upplevelsen av biverkningar förminskas eller helt negligeras.

Dock ska det naturligtvis inte glömmas att för en hel del människor har psykofarmaka positiva effekter, vilket också framkommer i rapporten. Många jag själv mött genom åren beskriver en avgörande god effekt mot ångest, nedstämdhet, sömnproblem och koncentrationssvårigheter. En stor grupp människor med psykotiska symtom har fått betydande hjälp av antipsykotika.

Sammantaget framstår en bild som är förenlig med min kliniska erfarenhet sedan 20 år: psykofarmaka används rutinmässigt som förstahandsval trots att andra behandlingar i många fall skulle vara effektivare, skonsammare samt dessutom mer önskade av både patient och personal. Anledningen är i regel resursbrist. Patienternas upplevelse av biverkningar tas alltför ofta inte på allvar. Detta leder till minskat förtroende för vården och minskat hopp om att en förbättring i måendet kan ske. En del patienter önskar däremot farmaka och vissa får också stor hjälp av dem. Rapporten antyder att vad som skulle behövas är bland annat ökad tillgång till psykologisk behandling samt en mer återhållsam och strukturerad läkemedelsstrategi.

## **Anders Printz, jurist och utredare**

Vittnesmålen i den här rapporten är skakande läsning. Det gäller helheten men i synnerhet den del som avser tvångsåtgärder. Patienter berättar om extremt utsatta situationer där man saknar makt att påverka och där man uppfattar att regelverket inte följs. Jag menar att det måste föranleda flera åtgärder. De kan handla både om regelverk och arbetssätt.

Fastspänning är som jag ser det den mest ingripande åtgärd det offentliga kan göra mot en enskild person. Ingripande åtgärder mot enskilda måste präglas av transparens och rättssäkerhet. Om det genomförs måste det ske proportionerligt och skonsamt. Vittnesmålen i rapporten visar att patienterna ofta upplever motsatsen. Det får mig att ställa mig frågan om fastspänning fortsatt ska vara tillåtet i psykiatrin. Tidigare har jag inte trott på ett förbud eftersom det lätt ersätts av andra åtgärder som fasthållning av väktare och liknande. Fortfarande finns de riskerna så ett förbud mot fastspänning måste noga konsekvensbedömas. Men uppgifter i den här rapporten är så graverande att frågan måste ställas. Ett alternativ kan vara att ingripande tvångsåtgärder bara får vidtas om det finns tillräckligt med omvårdnadskompetens, till exempel att en specialistutbildad sjuksköterska är närvarande.

Det behövs också kompetens och arbetssätt som minskar risken för tvångsåtgärder. Ett exempel är metoden Safewards som syftar till att minska konflikter, hot och tvångsåtgärder – samtidigt som trygghet och kvalitet i vården ökar för både patienter och personal. Samsjuklighetsutredningen (SOU 2023:5) föreslog att det skulle vara lagstadgat att där det bedrivs tvångsvård sker ett löpande arbete för att förbättra kvalitet och minska tvångsåtgärder. Utredningen föreslog också en tvångsvårdskommission som ett fristående organ på Socialstyrelsen. Kommissionen skulle praktiskt stödja vården att tillämpa regelverket och bedriva en god vård. Ett starkt fokus skulle vara att minska tvångsåtgärder. I kommissionen skulle även patienter ingå. Något i den riktningen tycker jag rapporten visar på behovet av.

Jag hoppas verkligen att den här rapporten väcker en debatt om hur patienternas trygghet och rättssäkerhet kan stärkas.



# OM PSYNLIGHET

Psynlighet är en ideell förening som arbetar för en medmänskligare och effektivare svensk psykiatri. Föreningen består av (f.d) patienter som har ambitionen att lyfta patienternas upplevelser och önskemål i samhällsdebatten kring psykiatrisk vård. Föreningens arbete utgår från medlemmarnas egna erfarenheter av psykiatrisk vård. Dessutom tillhandahåller Psynlighet, på hemsidan [opsynliga.se](http://opsynliga.se), en databas med hundratals vittnesmål från svensk psykiatri. Vittnesmålen på [opsynliga.se](http://opsynliga.se) utgör underlaget till den här rapporten.

# REFERENSLISTA

**Försäkringskassan.** Försäkringskassans lägesrapport 2026:1 – Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv. FK984. 2026. <https://www.forsakringskassan.se/download/18.9fd5de919ac9bfb0a5395/1768298356577/psykisk-ohalsa-i-dagens-arbetsliv-forsakringskassans-lagesrapport-2026-1.pdf>

**Jämställdhetsmyndigheten.** "Information om våldsutsatthet". 13 januari 2026. <https://jamstalldhetsmyndigheten.se/mans-vald-mot-kvinnor/information-om-valdsutsatthet/>

**Socialstyrelsen.** Statistik om dödsorsaker år 2024. 2025-9-9775. Statistik Hälso- och sjukvård. 2025. <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/53d951607fb1421382954e156700a206/2025-9-9775.pdf>

**Socialstyrelsen.** "Statistikdatabas för psykiatrisk tvångsvård". 19 juni 2025. Åtkomstdatum 14 januari 2026. [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_tvangsvard/](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tvangsvard/)

**United Nations Committee against Torture.** Concluding observations on the eighth periodic report of Sweden. CAT/C/SWE/CO/8. 2021. <https://docs.un.org/en/CAT/C/SWE/CO/8>

