

*Liv Zetterberg*

# Tvingad till autonomi

En teoretisk analys av öppen psykiatrisk tvångsvård i Sverige

**Coerced to autonomy. A theoretical analysis of compulsory community care in Sweden.**

In earlier research about compulsory community care, two contradictions related to the legislation have been identified: First, compulsory community care (CCC) means both more and less autonomy for the patient. Second, it means that autonomous individuals are being coerced to autonomy. The aim of the article is to clarify the normative underpinning of the law in light of four perspectives on autonomy to that help understand the two contradictions.

The first contradiction can be explained by the fact that the legislator operates with two different definitions of autonomy: liberalistic and bioethical. In a liberalistic perspective, CCC restricts the right to autonomy. From a bioethical perspective, CCC potentially increases autonomy since it may enhance or protect the future autonomy of the patient. According to this perspective, other values, such as health and quality of life, can also warrant a restriction of autonomy.

The second contradiction can be explained by how the legislator confuses procedural with substantial conceptions of autonomy. Since the patient is not assumed to be incompetent, the patient is assumed to have procedural autonomy. At the same time, whether or not the patient's will is accepted depends on the eventual outcome of the patient's choice. If the patient refuses care, her opinion is not presumed authentic, which is an expression of a substantive conception of autonomy. The coercive care provided is supposed to reinstall the patient's substantive autonomy. When it comes to the practice of CCC, the patient is assumed to accept the coercive elements voluntarily. This means that the patient is also autonomous according to a substantive conception of autonomy. Since the objective of compulsory care is to enable the patient to accept care voluntarily and thus restore his/her authentic opinion, the legal requisites for allowing and discharging from CCC are met at the same time.

If compulsory community care is to be acceptable from a bioethical perspective, it must provide the patient with actual benefits or more autonomy. There is no research evidence that compulsory community works. Accordingly, it is hard to identify what benefits CCC provide that can trump the autonomy of the patient.

*Liv Zetterberg* är fil. dr. i socialt arbete vid Umeå universitet.

Kontakt: liv.zetterberg@umu.se

## Inledning

År 2008 infördes en helt ny tvångsvårdsform inom psykiatrin i Sverige – öppen psykiatrisk tvångsvård. Efter att öppen psykiatrisk tvångsvård introducerats i USA på 1960-talet fanns tvångsvårdsformen främst i Nordamerika och Australien fram till 2005 då den successivt infördes i flera andra länder i västvärlden (Reitan 2016). Regleringarna går under en rad olika namn, som till exempel *community treatment orders*, *assisted outpatient treatment* eller *mandatory outpatient treatment*, men har gemensamt att de reglerar tvångsvård utanför sjukvårdsinrättning för patienter som lider av en allvarlig psykisk störning. I Sverige infördes öppen psykiatrisk tvångsvård i lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), LPT, som ett alternativ till sluten psykiatrisk tvångsvård, det vill säga tvångsvård som ges på en slutenvårdsinrättning. En patient som ges öppen tvångsvård döms till det i förvaltningsdomstol. Rätten bestämmer också ett antal villkor som patienten ska följa, det kan exempelvis handla om medicineringen eller att ta emot boendestöd. Patienten bor alltså utanför sjukhuset, till exempel i eget boende eller i ett särskilt boende och ges vård och behandling av öppenvårdspsykiatrin.

Att införa tvång i öppenvården har varit kontroversiellt i de flesta länder, inte minst eftersom det saknas evidens för att tvångsvårdsformen ger önskad klinisk effekt (Rugkåsa 2016). Förespråkare för öppen psykiatrisk tvångsvård menar att det är ett mindre ingripande alternativ till sluten tvångsvård, att det underlättar återgången till ett liv utanför sjukvårdsinrättning, samtidigt som det tillgodoser samhällsskyddsaspekter. Kritiker lyfter däremot fram risken för kränkningar av mänskliga rättigheter, risken för att fler personer omfattas av tvångsvårdslagstiftningen och betonar att tvång i nya arenor, som till exempel i människors hem, medför nya etiska problem (Sjöström, Zetterberg & Markström 2011).

I forskningsprojektet *Tvång i frihet*<sup>1</sup> har jag tillsammans med mina kollegor Stefan Sjöström och Urban Markström tidigare studerat öppen psykiatrisk tvångsvård utifrån en rad frågeställningar och olika material. Vi har undersökt införandet av den här helt nya konstruktionen i svensk rätt och kontrasterat den svenska policyprocessen mot motsvarande processer i andra länder genom att studera förarbeten, politiska debatter, debatter i massmedier och fackmedier samt intervjuer med nyckelpersoner (Sjöström, Zetterberg & Markström 2011). Vidare har vi intervjuat personal inom kommunens socialtjänst och landstingets psykiatri för att undersöka hur öppen psykiatrisk tvångsvård implementerats på lokal nivå i Sverige (Zetterberg, Markström & Sjöström 2016). Vi har också studerat domstolsbeslut rörande öppen psykiatrisk tvångsvård i Sverige utifrån två perspektiv: rättssäkerhet och social kontroll (Zetterberg, Sjöström & Markström 2014). Efter att empiriskt ha studerat den nya

---

1 Projektet finansierades av Forte, dåvarande FAS, dnr 2008-0955.

tvångsvårdsformen under lång tid finns det fortfarande frågor och oklarheter kvar. Ett antal otydliga eller motstridiga områden har återkommit i forskningen, både i våra studier och i andras. De har ofta varit kopplade till spänningsfältet mellan tvång och frivillighet.

Jag menar att en anledning till att öppen psykiatrisk tvångsvård ofta framstår som en så motsägelsefull tvångsvårdform är att grundläggande normativa ställningstaganden kring autonomi och när en persons autonomi får inskränkas inte alltid är tydliga i lagstiftningen. I den här artikeln gör jag därför en analys av den rättsliga konstruktionen av öppen psykiatrisk tvångsvård och dess implicita autonomidefinition. De otydliga eller motstridiga områden som jag identifierat utifrån tidigare forskning tycks dels handla om oklarheter kring syftet med den öppna tvångsvården, dels om oklarheter i förhållande till samtycke. Jag har formulerat det som två paradoxer som jag kommer att belysa i artikeln:

Paradox 1: Öppen psykiatrisk tvångsvård innebär både mer och mindre autonomi för patienten.

Paradox 2: Öppen psykiatrisk tvångsvård innebär att autonoma individer tvångsvårdas till autonomi.

Syftet med den här artikeln är att tydliggöra vilka normativa ställningstaganden i förhållande till autonomi som implicit ligger till grund för tvångsvårdsformen. Det görs genom att de två paradoxerna belyses utifrån sammanlagt fyra perspektiv på autonomi. Den första paradoxen analyseras utifrån två olika perspektiv på autonomi, som kommer ur två olika idétraditioner: ett *klassiskt liberalt perspektiv på autonomi* och ett *medicinsk-etiskt perspektiv på autonomi*. Den andra paradoxen analyseras utifrån två olika uppsättningar med rekvisit för autonomi: *proceduriella* respektive *substantiella rekvisit för autonomi*.

## Autonomi och relaterade begrepp

I följande avsnitt beskrivs de fyra olika perspektiv på autonomi kring vilka analysen är uppbyggd. I avsnittet beskrivs också två andra begrepp som är centrala i förhållande till psykiatrisk tvångsvård: beslutsförmåga och paternalism. Betydelsen av de här begreppen kan ibland tangera autonomi, definieras i förhållande till autonomi eller anses stå i någon form av motsatsförhållande till autonomi.

Psykiatrifältet är ett av de välfärdsområden där frågor kring individuell autonomi ställs på sin spets allra tydligast – kontroll och hjälp, tvång och behandling, går ofta hand i hand. Psykiatrin har också en lång historia av paternalism och övergrep. Även i dag är psykiatrisk tvångsvård exceptionell, också i jämförelse med andra former av

tvång, med tanke på det påtagliga intrång i individens integritet och frihet som den innebär. Det finns i Sverige ingen övre gräns för hur länge en person kan vårdas mot sin vilja och tvångsvårdade patienter kan både spännas fast och isoleras samt utsättas för behandling som är potentiellt personlighetsförändrande. Sedan avinstitutionaliseringen av psykiatrin inleddes har man i Sverige, liksom i övriga västvärlden, undan för undan avvecklat de stora mentalsjukhusen och målet har varit samhällsbaserade vård- och stödformer som skulle öka friheten för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Ökad autonomi, normalisering och inkludering har varit ledord i den svenska processen (Markström, Sandlund, & Lindqvist 2004). Tyngdpunkten för den psykiatriska vården har alltså förskjutits dels från slutenvård mot öppenvård, dels från samhällets rätt till skydd mot individens rätt till frihet. Den psykiatriska tvångsvården utgör inget undantag från denna generella utveckling på psykiatrifältet (Edgley, Stickle & Masterson 2006; Gooding 2016; McSherry & Weller 2010).

Autonomi är värdeladdat och används inom många olika fält. Begreppet autonomi har delvis olika innebörd beroende på kontext och kan relatera till en rad andra begrepp. Att autonomi är något positivt, värdefullt och eftersträvansvärt verkar de flesta vara överens om. I ett svenskt medicinerettsligt sammanhang har autonomibegreppets innebörd inte klart definierats (Kindström Dahlin 2014). Den psykiatriska vården styrs naturligtvis också av en rad andra värden än autonomi. Valet av autonomi som utgångspunkt för analysen i den här texten grundar sig i de motsägelsefullheter som framträder i förhållande till tidigare forskning om öppen tvångsvård. Mitt antagande är att ställningstaganden kring autonomi är oklara i lagstiftningen och därför behöver göras explicita för att kunna förklara de paradoxer som framträder i förhållande till tvångsvårdsformen. I den här texten kommer jag att utgå från fyra olika perspektiv på autonomi med skilda utgångspunkter: ett klassiskt liberalt perspektiv på autonomi och ett medicinsk-etiskt perspektiv på autonomi samt proceduriella respektive substantiella rekvisit för autonomi. Genom att använda dessa fyra perspektiv kan olika autonomidefinitioner i den rättsliga konstruktionen tydliggöras.

Inom den liberala politiska idétraditionen har idén om den autonoma individen en central roll som kan spåras tillbaka till upplysningstidens frihetsideal. Den autonoma personen fungerar som modell för den individ vilkens perspektiv används för att formulera och rättfärdiga politiska principer och är central inom liberalismen (Christman 2015). Autonomibegreppet har sina rötter i principen att var och en har rätt att göra som den vill, så länge ingen annan skadas, vilken bland annat formuleras i John Stuart Mills (2009) klassiska text *Om friheten*, första gången utgiven 1859. Den liberala tanketraditionen bygger framför allt på rättigheter, snarare än moral eller goda värden. Autonomi är ett egenvärde och en rättighet som framför allt handlar om den enskilde individens rätt till autonomi i förhållande till staten (Christman 2015). De klassiska liberala fri- och rättigheterna är så kallade negativa rättigheter. De bygger

på utgångspunkten att det finns en konflikt eller ett motsatsförhållande mellan individens intressen och staten (Gustafsson 2005).

Även inom det *medicinsk-etiska* fältet är begreppet autonomi centralt. Beauchamp och Childress formulerade 1979 fyra etiska principer för att fatta beslut inom medicinsk forskning och hälso- och sjukvård som sedan kom att bli grundläggande inom medicinsk etik i hela världen. De kallas också *The Georgetown mantra*. De fyra principerna är godhetsprincipen (plikten att göra gott), ickeskadapprincipen (plikten att undvika att göra skada), rättvisseprincipen (plikten att vara rättvis) och autonomiprincipen. Autonomiprincipen innebär plikten att respektera patientens rätt till självbestämmande. Samtidigt är autonomiprincipen inte en absolut rättighet, skriver Beauchamp och Childress. För även om alla fyra principer kan efterlevas i en ideal-situation så finns det tillfällen då en av principerna kan behöva stå tillbaka för att de andra ska kunna följas. Beauchamp och Childress understryker att respekt för patientens självbestämmande också måste visa sig genom handling, både som en negativ skyldighet, det vill säga att inte inskränka patientens självbestämmande, och som en positiv skyldighet, det vill säga att underlätta för självbestämmande (Beauchamp & Childress 2009). Även om författarna själva hävdar att det inte finns någon inbördes ranking mellan principerna är det vanligt att autonomiprincipen ges en särställning (Gillon 2003). Analysen i den här texten utgår främst ifrån autonomiprincipen, eftersom syftet är att tydliggöra normativa ställningstaganden i förhållande till autonomi. Men eftersom autonomiprincipen står i förhållande till övriga tre principer i *The Georgetown mantra* kommer även de att beröras.

Paternalism kan definieras som en handling som avsiktligt inskränker en annan persons frihet enbart baserat på vad som anses vara i personens intresse eller för personens bästa och som utförs mot dennes uttryckliga vilja eller utan medgivande (Breeze 1998; Edgley et al. 2006; Høyer et al. 2002; Sjöstrand et al. 2013). Paternalism kan graderas utifrån mottagarens status som autonom eller icke-autonom. Paternalism i förhållande till icke-autonoma personer brukar benämnas som mjuk paternalism medan paternalism i förhållande till autonoma personer benämns hård paternalism (Beauchamp & Childress 2009; Sjöstrand et al. 2013).

Ur ett medicinsk-etiskt perspektiv brukar paternalism sägas innehålla konflikten mellan de etiska principerna om godhet respektive autonomi (Breeze 1998; Beauchamp & Childress 2009; Richardson 2002). Tvångsvård av autonoma personer utifrån vårdbehovskriterium motiveras med att patientens behov av vård ibland väger så tungt att det är nödvändigt att tillgodose detta behov genom att inskränka patientens autonomi. Det vill säga att den medicinsk-etiska godhetsprincipen väger tyngre än autonomiprincipen (Richardson 2007; Salize, Dreing & Peitz 2002).

Ur ett liberalt perspektiv är frågan om vem som är autonom eller icke-autonom central eftersom utgångspunkten är att endast mjuk paternalism är försvarbart. En

autonom individ har rätt att bestämma över sig själv, medan den som saknar autonomi inte har den rätten. Tvångsvård av autonoma personer kan därför bara vara berättigat om en psykiskt sjuk person utgör fara för sig själv eller andra. Tvångsvård motiverat av vårdbehov är berättigat endast i förhållande till icke-autonoma personer (Høyer 2000). I bedömningen av mottagarens status som autonom eller icke-autonom finns alltså ett normativt ställningstagande kring vem som får vårdas med tvång och vem som inte får det (Kindström Dahlin 2014). Det är därför avgörande att definiera den autonoma agenten för att kunna bestämma vem som kan ta beslut kring sin egen vård, och vem som inte kan det (Høyer 2000; Sjöstrand & Helgesson 2008).

För att avgöra vem som är autonom kan man skilja mellan två olika angreppssätt – proceduriell autonomi och substantiell autonomi. För att man ska kunna tala om en autonom agent utifrån ett proceduriellt perspektiv ska två rekvisit vara uppfyllda, så kallade kapacitetsrekvisit. Det handlar dels om att man ska ha en förmåga att kunna fatta adekvata beslut baserat på sin egen vilja, önskningar och planer, dels om att dessutom kunna omsätta sina önskningar i handling (Christman 2005; Richardson 2002; Sjöstrand et al. 2013). Sådana rekvisit för att bestämma en autonom agent är i sig värdeneutrala, innehållet i den autonoma agentens önskningar är per definition ointressant. Det är förutsättningarna för individens kapacitet till autonomi som definierar autonomi – oberoende av innehållet i individens val, önskningar eller handlande (Christman 2005).

De som förespråkar ett substantiellt perspektiv menar att man till dessa kapacitetsrekvisit bör lägga så kallade autenticitetsrekvisit. Tanken är att personens vilja också måste spegla individens autentiska önskan i den meningen att den inte får vara resultatet av till exempel manipulation, ett kemiskt beroende eller en impuls man inte kan motstå. Om man både har kapacitet och autenticitet har man alltså substantiell autonomi (Breeze 1998; Christman 2005; Owen et al. 2009; Richardson 2002; Sjöstrand et al. 2013).

Ett av de legitimerande skälen för lagstiftning om psykiatrisk tvångsvård utgår ifrån att vissa personer med psykisk störning har en bristande förmåga att fatta beslut. Frågan om beslutskompetens (på engelska används begreppen *competence* eller *capacity*) är en av de mest betydelsefulla principdiskussionerna i förhållande till psykiatrisk tvångsvård i västvärlden (Dawson 2006; Owen et al. 2009). Beslutskompetens används ofta i den internationella psykiatrirättsliga litteraturen synonymt med begreppet autonomi. Den som har beslutskompetens, och därmed är autonom, har som utgångspunkt rätt att bestämma över sitt liv, medan den som saknar beslutskompetens saknar sådan rätt (Beauchamp & Childress 2009; Kindström Dahlin 2014). Det är vanligt att beslutskompetens bedöms i förhållande till utfallet av ett visst val. Ju högre uppskattad risk med valet, desto högre krav på kompetens (Owen et al. 2009; Richardson 2002). Andra förespråkar en symmetrisk syn på beslutskompetens.

Det innebär att en person som bedöms ha kompetens att acceptera en viss intervention också ska betraktas ha kompetens att avböja samma intervention (Nilstun & Syse 2000). Problem med begreppet som framförts är bland annat att det är svårdefinierat och godtyckligt (se t.ex. Litins'ka 2018). I de få försök som gjorts att mäta beslutskompetens när man sällan längre än en tautologi: de som håller med behandlande läkare har beslutskompetens, de som inte håller med har det inte (Høyer 2000).

## Rättslig reglering av öppen psykiatrisk tvångsvård

Hälso- och sjukvården i Sverige, och alltså även den psykiatriska vården, regleras av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientlagen (2014:821). Som grundläggande princip i HSL gäller att patientens behov av psykiatriskt stöd så långt som möjligt ska tillgodoses i samförstånd med honom eller henne. Först när det bedöms som omöjligt att genomföra vården i frivilliga former kan psykiatrisk tvångsvård bli aktuell. Tvångsvård ska ses som ett undantag och regleras därför separat, i LPT. Som grundförutsättning för tvångsvården krävs, enligt 3 § LPT, att patienten lider av en allvarlig psykisk störning. Den psykiska störningen bedöms utifrån art och grad. Tanken är, enligt lagstiftaren, att det är vårdbehovet och inte ett visst sjukdomstillstånd som ska vara avgörande. En förutsättning för tvångsvård är att patienten motsätter sig vård, vilket också regleras i 3 § LPT.

Skälet att medge en rättighetsbegränsande lagstiftning är enligt förarbetena främst att tillgodose ett psykiatriskt vårdbehov. Målet är alltså inte att patienten ska tillfriskna. Lagstiftaren menar att psykiatriska insatser som sker utan aktivt medverkande patient inte kan väntas leda till psykiskt tillfrisknande och vårdåtgärderna ska därför inriktas på att skapa förutsättningar för en tillfredsställande behandlingskontakt i frivillig form (Grönwall & Holgersson 2014; Kindström Dahlin 2014). Enligt 2 § LPT är syftet med tvångsvården för den enskilde patienten att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver. Vid bedömning av patientens vårdbehov enligt 3 § LPT ska det även beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller hälsa.

Psykiatrisk tvångsvård kan ges antingen som sluten tvångsvård eller öppen tvångsvård. För sluten tvångsvård krävs enligt 3 § första punkten LPT att patienten har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom intagning på sjukvårdsinrättning. För öppen tvångsvård krävs enligt 3 § andra punkten att patienten behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. Syftet är att kunna anpassa nivån på tvångsinsatser till varje enskild patients behov. I 26 § LPT anges att villkoren bestäms av en förvaltningsdomstol som dock får överlämna åt chefsöverläkaren att



besluta om villkoren. Villkoren kan till exempel avse skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling, skyldighet att vistas på hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten, vistelseort, bostad, utbildning eller arbete samt förbud att använda berusningsmedel. Även andra villkor får föreskrivas, beroende av patientens behov. Villkoren ska avse den medicinska och sociala rehabiliteringen men anger dock endast vad patienten ur ett tvångsvårdsperspektiv måste göra eller inte får göra (Prop. 2007/08:70 s. 111).

Vid tiden för införandet av den nya lagstiftningen hade det sedan många år tillbaka funnits en diskussion kring användandet av permissioner för tvångsvårdade personer, vilka ofta tilläts fortgå under lång tid, trots att det egentligen saknades lagstöd för det. I lagens förarbeten konstateras att detta speglar ett behov av ett mer flexibelt permissions- och utslussningssystem, och att det behövs nya regler som bättre möter upp mot patienternas rätt till en lyckad utslussning (Prop. 2007/08:70 s. 69f, 74, 75, 76, 79). Sett ur utslussningssynpunkt kan den nya vårdformen alltså sägas tillgodose samma syfte som tidigare praxis med längre permissioner, det vill säga att förbereda vårdens upphörande. Utöver detta menar lagstiftaren att den nya tvångsvårdsformen behövs för de patienter som inte längre har oundgängligt behov av vård på sjukhus men som fortfarande behöver tvångsvård. I många fall handlar det, enligt lagstiftaren, om att patienterna inte klarar av att medicinera på egen hand. Med öppen tvångsvård kan patienter under kontrollerade former få hjälp att ta sin medicin också utanför sjukvårdsinrättning under längre tid än tidigare och därmed skulle många slippa återintagning. Detta, skriver lagstiftaren, skulle minska den totala vårdtiden (Prop. 2007/08:70 s., 76, 103).

## **Autonomiperspektiv på öppen psykiatrisk tvångsvård**

I den första delen av avsnittet analyseras den första paradoxen utifrån ett medicinsketiskt respektive ett liberalt perspektiv på autonomi. Därefter analyseras den andra paradoxen utifrån proceduriella respektive substantiella rekvisit för autonomi.

### ***Öppen tvångsvård innebär både mer och mindre autonomi***

Lagstiftaren anger i förarbetena en rad motiv till den nya tvångsvårdsformen. Den ska ersätta en gammal praxis med långa permissioner (Prop. 2007/08:70 s. 69f, 74, 78, 90), den ska vara ett flexibelt utslussningsverktyg (s. 69, 75, 76), den ska ge en möjlighet att tvångsvårda personer som behöver tvångsvård men inte behöver vårdas på sjukhus (s. 75, 90) och slutligen ska den nya tvångsvårdsformen förhindra återintagningar (s. 69f., 76, 79). När det gäller de patienter som tidigare varit på permission under en lång tid handlar det snarast om att formalisera en klinisk praxis, som



visserligen inte haft rättsligt stöd men som varit välkänd. De patienterna har alltså redan tidigare tvångsvårdats, trots att de inte borde ha gjort det. De patienter som lagstiftaren beskriver som ”patienter som inte längre har ett oundgängligt behov av vård på sjukvårdsinrättning, men som ändå har ett fortsatt behov av tvångsvård” (Prop. 2007/08:70 s. 90) är personer som inte omfattas av den tvångsvårdslagstiftning som rådde vid tidpunkten. I propositionen skriver lagstiftaren att det visserligen innebär att de totala vårdtiderna för vissa patienter kan komma att förlängas. Men ”å andra sidan innebär den nya vårdformen att chefsöverläkaren kan välja en mindre ingripande vårdform under pågående tvångsvård, vilket med stor sannolikhet leder till att vårdtiderna inne på sjukvårdsinrättning kan förkortas för vissa patienter” (Prop. 2007/08:70 s.76). Så genom att införa en ny tvångsvårdsform förväntar sig lagstiftaren att vårdtiderna både kortas och förlängs – men det sistnämnda konstrueras inte som något nödvändigtvis negativt. Hur kan öppen psykiatrisk tvångsvård konstrueras som både mer autonomi och mindre autonomi – samtidigt? Jag menar att anledningen till denna till synes paradoxala konstruktion är att lagstiftaren förhåller sig till två olika perspektiv på autonomi – ett liberalt perspektiv och ett medicinsk-etiskt perspektiv – vilket jag visar i följande avsnitt.

I ett liberalt idéperspektiv syftar tvångsvårdslagstiftning generellt bland annat till att rättfärdiga när individens rätt till autonomi får inskränkas, vilket framför allt berör förhållandet mellan individen och staten. Här har lagstiftaren att förhålla sig de rättigheter som alla tillförsäkras genom den svenska regeringsformen (1974:152) och lagen om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (1994:1219). Grundprincipen är att människor generellt har rätt till autonomi. Tvångsvård ska alltså ses som ett undantag och varje inskränkning i personens handlingsfrihet är negativ och dessa inskränkningar behöver regleras noggrant.

I ett medicinsk-etiskt perspektiv är autonomi inte en rättighet som individen har utan en eftersträvansvärd princip som sjukvårdspersonalen har att förhålla sig till. Det betyder att autonomiprincipen kan användas även för att motivera situationer då autonomi inskränks om det handlar om att öka eller skydda patientens autonomi i framtiden. Ur ett sådant perspektiv kan paternalism rättfärdigas om personen handlar på ett sätt som kan hota dennes framtida autonomi. Det kan då vara berättigat att inte respektera en persons autonoma önskan eller handling vid ett tillfälle om det leder till att ökad autonomi totalt. Det kan kallas för paternalism i autonomins namn (Sjöstrand et al. 2013). Med ett medicinsk-etiskt perspektiv kan öppen psykiatrisk tvångsvård alltså bidra till ökad autonomi, till exempel för de patienter som visserligen får längre vårdtider i det korta perspektivet men som slipper återintagningar på längre sikt. Minskad autonomi vid ett tillfälle kompenseras så att säga med ökad autonomi vid ett annat tillfälle.

Autonomiprincipen är en av fyra moraliska principer, som visserligen är viktig men som också kan överges till förmån för andra medicinsk-etiska principer som bedöms väga tyngre i den specifika situationen. Det betyder att autonomi kan ställas mot andra värden, som till exempel att göra gott enligt godhetsprincipen. En ny tvångsvårdsform som utökas till fler grupper och ger längre vårdtider kan till exempel ställas mot värden som en flexibel och individanpassad utslussning för patienten. Själva grundantagandet för öppen psykiatrisk tvångsvård verkar också vara att patienten själv tjänar på att vistas i samhället framför att vistas på sjukhus. Vinsten i hur mycket "gott" man kan göra för patientens hälsa och livskvalitet förutsätts vara så stor att den kan motivera inskränkningar i patientens autonomi, i form av självbestämmande och integritet:

De inskränkningar av självbestämmande, integritet och värdighet som nu nämnda villkor innebär för en patient måste vägas mot de positiva effekter som kan uppstå för patientens hälsa och livskvalitet när han eller hon ges vård ute i samhället i stället för på sjukvårdsinrättningen (Prop. 2007/08:70, s. 76).

Över huvud taget kretsar propositionen mycket kring de potentiella fördelar som förväntas uppnås för den enskilde genom den nya lagstiftningen. Patientens behov av vård och rehabilitering står i centrum, och den nya tvångsvårdsformen ska bland annat ge bättre förutsättningar för en "individanpassad utslussning och rehabilitering" till ett liv utanför sjukvårdsinrättningen, hälso- och sjukvården ska "tillgodose patientens behov av vård och rehabilitering", hälso- och sjukvården ska tillsammans med socialtjänsten bedriva "ett aktivt rehabiliteringsarbete med utgångspunkt i patientens behov" och den enskilde ska "ges en god vård samt stöd- och serviceinsatser som är anpassade efter hans eller hennes behov".

Resonemang kring tvångsvård där godhetsprincipen ges företräde över autonomiprincipen syns också i förarbetena till LPT. Enligt lagstiftaren "kräver den grundläggande solidariteten människor emellan att hjälp kan ges även om den vederbörande motsätter sig det. [...] Att slopa varje möjlighet till psykiatrisk tvångsvård skulle innebära att vi avsäger oss möjligheter att hjälpa människor i svårt utsatta situationer. Detta skulle strida mot grundläggande solidaritet och medmänsklighet" (Prop. 1990/91:58, s. 64f). Med en sådan utgångspunkt har alltså staten en medmänsklig förpliktelse att använda tvångsvård i vissa fall. Tvångsvård motiveras framför allt utifrån att det är för den enskilde patientens bästa. Vårdbehovskriterium, till skillnad från farlighetskriterium, bygger på att patientens behov av vård ibland kan sägas väga så tungt att det är nödvändigt att tillgodose detta behov genom att inskränka patientens autonomi (Richardson 2007; Salize et al. 2002; Tännjö 2004). Den svenska rätten har generellt inte heller någon lång rättighetstradition, och även om LPT kan

sägas vara baserad på rättigheterna i grundlagen så ligger fokus i den rättsliga prövningen sällan på rättigheter utan i stället kontrollerar domstolen om de rättsliga förutsättningarna är uppfyllda (Kindström Dahlin 2014).

### ***Öppen tvångsvård innebär att autonoma individer tvångsvårdas till autonomi***

Olika perspektiv på autonomi ger alltså olika sätt att motivera tvångsvård, olika mål för hur man bör handla och öppnar för olika grader av paternalism. Ur ett liberalt perspektiv är det en förutsättning att avgöra vem som är autonom eftersom endast mjuk paternalism är försvarbart. Ur ett medicinsk-etiskt perspektiv blir frågan om patientens ställning som autonom och icke-autonom mindre viktig eftersom autonomiprincipen inte självklart har företräde framför andra principer, och eftersom autonomi vid olika tidpunkter kan ställas mot varandra (Richardson 2007; Salize et al. 2002). Ur ett medicinsk-etiskt perspektiv kan man också hävda att tvångsvård kan främja autonomi eftersom syftet är att återupprätta autonomi. Hård paternalism är alltså inte självklart något dåligt i sig (se t.ex. Breeze 1998; Sjöstrand & Helgesson 2008).

I den svenska psykiatrilagstiftningen finns inget krav på bristande beslutskompetens, och beslutskompetens är inte heller definierad i svensk rätt. Däremot krävs enligt 3 § LPT att patienten motsätter sig vården eller att det till följd av patientens tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke. I motiven till LPT uttalas att det i princip inte är möjligt att tvångsvårda någon som ger ett grundat samtycke till nödvändig vård (Prop. 1990/91:58 s. 99f., Prop. 1999/2000:44 s. 65). En sådan konstruktion ska tolkas som att den svenska lagstiftaren utgår ifrån att en individ som lider av en allvarlig psykisk störning inte automatiskt är oförmögen att bestämma över sin egen vård, tvärtom är ju patientens inställning till vården avgörande för om tvångsvård kan bli aktuell (Kindström Dahlin 2014). Tillägget i 3 § tredje stycket LPT "eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke" bygger på lagstiftarens konstaterande att det finns patienter som ska hänföras till en särskild kategori, vilkas samtycke inte kan godtas (Prop. 1999/2000:44 s. 64f.). Utgångspunkten i lagstiftningen är alltså att personer med allvarlig psykisk störning kan besluta om sin egen vård och behandling och att deras inställning till vården är avgörande för att den ska komma till stånd. Vid tvångsvård motiverat av vårdbehov skulle det alltså vara fråga om så kallad hård paternalism – godhetsprincipen ges företräde framför autonomiprincipen. Samtidigt anges syftet med tvångsvården vara att sätta patienten "i stånd att medverka till fortsatta stöd och behandlingsinsatser i frivilliga former" (Prop. 1999/2000:44 s. 32). Formuleringen ter sig något problematisk om utgångspunkten är att personen är

autonom och alltså redan är "i stånd" att ta ställning till vården. Personen är alltså autonom, men ska också bli det genom tvångsvård.

Den här paradoxen kan förklaras genom att lagstiftaren förhåller sig till två olika uppsättningar med kriterier för autonoma beslut. Lagstiftarens uttalanden om att personer som kan bli föremål för tvångsvård ska förutsättas vara autonoma tycks utgå ifrån proceduriella kriterier, det vill säga att individerna förutsätts ha kapacitet för autonomi. Men samtidigt som man i förarbetena betonar att patienten som utgångspunkt har förmåga att ta beslut om vården är det inte alla patientens beslut som ska respekteras. Om patienten beslutar sig att ta emot vård så respekteras valet, om beslutet är att inte ta emot vård så respekteras det inte. I praktiken bedöms autonomi alltså i förhållande till behandlande läkares bedömning av utfallet av ett visst val, och det råder alltså inte symmetri mellan bedömningen av personens autonomi i förhållande till olika val (jfr Nilstun & Syse 2000; Richardson 2002). Det handlar i stället om en kvalitativ bedömning av innehållet i valet, och det är just detta innehåll som ska förändras genom att personen ska bli i stånd att frivilligt medverka till vård. Formuleringen "i stånd" signalerar att valet att avstå vård grundar sig i en brist eller en oförmåga. När patienten blir i stånd att välja att ta emot vård frivilligt har oförmågan avhjälpts. Implicit i lagens formulering finns alltså utgångspunkten att det inte kan vara patientens autentiska önskan att avstå vård. I stället ska tvångsvård användas för att underlätta för individen att ta autentiska och därmed autonoma beslut. En sådan inställning är alltså ett uttryck för en substantiell syn på autonomi (Christman 2005). Sammanfattningsvis kan man säga att lagstiftaren utgår ifrån att individen uppfyller kompetensrekvisiten för autonomi, men om individen väljer att inte ta emot vård uppfyller denne inte autenticitetsrekvisiten. Den psykiatriska tvångsvården syftar till att återupprätta patientens autentiska vilja – att ta emot vård. När patienten återfått förmågan och blir i stånd att ta emot vård frivilligt återfår denne också rätten att ta autonoma beslut, genom att tvångsvården upphör.

För öppen psykiatrisk tvångsvård specifikt tillkommer ytterligare en dimension i förhållande till samtyckesrekvisiten. Här krävs, som tidigare beskrivits, att patienten behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. Den psykiatriska behandlingen får dock inte genomdrivas med tvångsåtgärder<sup>2</sup> och återintagning får inte ske enbart som en sanktion för att ett villkor inte har iakttagits. För att en patient ska kunna återintas till sluten tvångsvård krävs att denne åter igen uppfyller kraven för sluten tvångsvård. Trots namnet är öppen tvångsvård alltså inte förenat med något lagstadgat tvång. Tvärtom förutsätts läkare och patient enligt förarbetena

---

2 Tvångsåtgärder är sådana åtgärder som kan vidtas mot patientens vilja under pågående sluten tvångsvård. Vilka tvångsåtgärder som får användas regleras i lagstiftningen. Det handlar till exempel om medicinering, fastspänning och avskiljning.

i stora delar vara överens om innehållet i de insatser som ska ges. Lagstiftaren menar att anledningen till att patienten behöver uppfylla vissa villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård snarast handlar om risken för att en pågående positiv process med behandling eller sysselsättning ska avbrytas, än att patienten inte själv önskar delta i den aktuella behandlingen eller sysselsättningen (Prop. 2007/08:70 s. 86). Det är alltså så att det är ett rekvisit för tvångsvård att patienten motsätter sig vården, och målet är att denne frivilligt ska ta emot vård. Samtidigt är det i praktiken en förutsättning för öppen tvångsvård att patient och läkare är överens om innehållet i vården. Patienten är alltså autonom enligt både proceduriella och substantiella kriterier för autonomi. Annorlunda uttryckt kan man säga att öppen tvångsvård förutsätter att patienten uppfyller även autenticitetsrekvisiten genom att denne i stora delar samtycker till vården. Men eftersom syftet med tvångsvården är att återupprätta just den autentiska viljan genom att patienten blir i stånd att frivilligt ta emot tvångsvård är autonomikraven för öppen tvångsvård uppfyllda *samtidigt* som autonomikraven för vårdens upphörande också är uppfyllda.

Att definitionen för en autonom agent är oklar i förhållande till samtyckesrekvisiten är alltså inte problematiskt i sig. Motiven för att inskränka autonomi i förarbetena är ju oberoende av huruvida patienten är autonom eller ej. Ur ett medicinsk-etiskt perspektiv är både mjuk och hård paternalism godtagbar eftersom godhetsprincipen kan ges företräde framför autonomiprincipen. Däremot är det problematiskt att lagstiftningen av öppen psykiatrisk tvångsvård i praktiken bygger på att patienten samtidigt både motsätter sig vården, eftersom det är en rättslig förutsättning för tvångsvård, och frivilligt medverkar till den, eftersom vården inte går att genomföra med tvång. Jurister har också påpekat att det är oklart hur frånvaron av tvångsmedel ska tolkas. Om tvång används för att genomdriva vården skulle det strida mot regeringsformen och Europakonventionen eftersom tvånget inte är stipulerat i lag. Om tvång inte behöver användas för att patienten samtycker innebär det å andra sidan att kraven för vårdens upphörande är uppfyllda. Avsaknad av samtycke och avsaknad av tvång kan ses som två motstridiga krav för en lagenlig tillämpning av lagstiftningen (Gustafsson 2013; Vahlne Westerhäll 2013).

## Avslutande diskussion

Den här studien bygger på en analys av den rättsliga konstruktionen av öppen psykiatrisk tvångsvård och dess implicita autonomidefinition. När öppen tvångsvård ur ett medicinsk-etiskt perspektiv i lagstiftningen och dess förarbeten framställs som något som ökar autonomi utgår man ifrån att det är den psykiska störningen i sig som begränsar autonomi. Denna nedsatta autonomi ska sedan avhjälpas med tvångsvård. Men, när man i debatten talar om öppen tvångsvård som något som

ökar eller minskar autonomi kompliceras argumentationen av att man ofta jämför öppen tvångsvård med olika saker. Ibland sägs öppen tvångsvård till exempel vara ett mindre ingripande alternativ till sluten tvångsvård. Det är rent rättsligt inte en korrekt jämförelse. En patient som vårdas med tvång i öppenvården uppfyller per definition inte kriterierna för sluten tvångsvård. Om man däremot tittar på den praktiska tillämpningen av öppen psykiatrisk tvångsvård är det kanske mer rimligt att se öppen tvångsvård som ett alternativ till sluten tvångsvård. De patienter som vårdas med tvång i öppenvården är i stor utsträckning samma grupp som tidigare i strid mot lagens rekvisit tvångsvårdades inom slutenvården men som befann sig på långa permissioner (Socialstyrelsen 2009, 2010). I förhållande till den faktiska tillämpningen, där öppen tvångsvård i praktiken verkar fungera som ett alternativ till sluten tvångsvård, skulle det kunna vara ett mindre ingripande alternativ.

Öppen psykiatrisk tvångsvård är visserligen en helt ny konstruktion i svensk rätt men är samtidigt en tvångsvårdsform som delvis har motsvarigheter vid annan tvångsvård. Så kallade mellanvårdsformer, som "hemmaplanslösningar" för barn och ungdomar som vårdas enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52), LVU, eller § 27-vistelse<sup>3</sup> vid vård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870), LVM, är sådana exempel. En principiell skillnad mellan öppen psykiatrisk tvångsvård och de andra två är dock att det explicita syftet för de två senare är att fungera som mindre ingripande alternativ under pågående vård (se t.ex. Reitan 2016). Om detta motsvaras av de autonomidefinitioner som respektive lagar bygger på är en spännande fråga för framtida forskning att besvara.

LPT är både en vårdlag och en tvångslag. I tvångsvårdssituationen är individen samtidigt både rättssubjekt, det vill säga föremål för statens maktutövning, och patient, det vill säga föremål för vård och omsorg. Rättsstatliga ideal och vårdideologiska ideal är närvarande samtidigt. Det ligger så att säga i tvångsvårdslagstiftningens natur. Syftet med den här texten har inte varit att ta ställning för det ena eller andra autonomiperspektivet utan att klargöra de implicita normativa ställningstaganden som ligger till grund för den situation när samhället inskränker enskilda individers frihet. Dels för att det är en viktig rättssäkerhetsaspekt att alla medborgare kan förstå på vilka grunder tvångsvården sker. Dels för att olika perspektiv ger olika implikationer. En sak som är viktig att påpeka är därför att när godhetsprincipen ges företräde framför autonomiprincipen eller när autonomi inskränks vid ett tillfälle för att öka den vid ett annat, så förutsätter det att inskränkningen av autonomi faktiskt ger ett annat värde, något gott eller mer autonomi i framtiden, som väger tyngre än inskränkningen

---

3 § 27 första stycket i LVM lyder: "Statens institutionsstyrelse skall, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne skall beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form."

av patientens autonomi i dag. Det bygger alltså på att tvångsvården i någon bemärkelse faktiskt fungerar. I dagsläget finns internationellt ungefär ett femtiotal icke-randomiserade studier, tre randomiserade kontrollerade studier (Burns et al. 2013; Steadman et al. 2001; Swartz et al. 1999), två systematiska översikter (Churchill et al. 2007; Maughan et al. 2014), en Cochrane-översikt (Kisely, Campbell & O'Reilly, 2017) och två metaanalyser (Kisely et al. 2007; Kisely & Hall, 2014) där man undersöker utfallet av öppen psykiatrisk tvångsvård. Eftersom utfallsmåtten skiljer sig åt mellan olika studier, de lagar som reglerar tvång i öppenvården ser olika ut i olika jurisdiktioner och studierna är utförda i olika välfärdsstatliga kontexter, kan det vara svårt att säga något säkert om resultaten. Men de resultat som finns pekar på att tvång i öppenvården inte ger några positiva effekter. Det finns i dag alltså inget vetenskapligt stöd för att öppen psykiatrisk tvångsvård fungerar. Mot bakgrund av den kunskapen är det svårt att se vilket värde som tillförs som väger tyngre än patientens autonomi. Ur ett medicinsk-etiskt perspektiv är det helt enkelt inte etiskt försvarbart att tvinga patienter till något som inte fungerar.

## Referenser

- Beauchamp, T. L. & Childress, J. L. (2009) *Principles of biomedical ethics. Sixth edition*. New York: Oxford University Press.
- Breeze, J. (1998) Can paternalism be justified in mental health care? *Journal of Advanced Nursing*, 28(2): 260–265.
- Burns, T., Rugkåsa, J., Molodynski, A., Dawson, J., Yeeles, K., Vazquez-Montes, M., Voysey, M., Sinclair, J., Priebe, S. (2013) Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET). A randomised controlled trial. *The Lancet*, 381(9878): 1627–1633.
- Christman, J. (2005) Procedural autonomy and liberal legitimacy. I: J. S. Taylor (red.) *Personal autonomy. New essays on personal autonomy and its role in contemporary moral philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press, 277–298.
- Christman, J. (2015) Autonomy in moral and political philosophy. I: E. N. Zalta (red.) *Stanford encyclopedia of philosophy*. [<https://plato.stanford.edu/archives/spr2015/entries/autonomy-moral>]
- Churchill, R., Owen, G., Singh, S. & Hotopf, M. (2007) *International experiences of using community treatment orders*. UK Department of Health.
- Dawson, J. (2006) Fault-lines in community treatment order legislation. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(6): 482–494.
- Edgley, A., Stickley, T. & Masterson, S. (2006) Whose right? *Journal of Mental Health*, 15(1): 35–42.
- Gillon, R. (2003) Ethics needs principles – four can encompass the rest – and respect for autonomy should be “first among equals”. *Journal of Medical Ethics*, 29(5): 307–312.
- Gooding, P. (2016) From deinstitutionalization to consumer empowerment. Mental health policy, neoliberal restricting and the closure of the “big bins” in Victoria. *Health Sociology Review*, 25(1): 33–47.
- Grönwall, L. & Holgersson, L. (2014) *Psykiatrin, tvånget och lagen. En lagkommentar i historisk belysning*. Stockholm: Norstedts Juridik.



- Gustafsson, E. (2013) Öppen psykiatrisk tvångsvård. En tvivelaktig rättsfigur. I: K. Ketscher, K. Lilleholt, E. Smith & A. Syse. (red.) *Velferd och retferd. Festskrift til Asbjørn Kjøenstad 70 år*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Gustafsson, H. (2005) Taking social rights seriously (I). Om sociala rättigheters status. *Tidsskrift for Rettsvitenskap*, 118(04–05): 439–490.
- Høyer, G. (2000) On the justification for civil commitment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(399): 65–71.
- Høyer, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjónsdóttir, M. & Syse, A. (2002) Paternalism and autonomy. A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(2): 93–108.
- Kindström Dahlin, M. (2014) *Psykiatrirätt. Intressen, rättigheter & principer*. Diss., Stockholms universitet. Stockholm: Jure.
- Kisely, S., Campbell, L. A. & O'Reilly, R. (2017) Compulsory treatment and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Kisely, S., Campbell, L. A., Scott, A. & Preston, N. J. (2007) Randomized and non-randomized evidence for the effect of compulsory community and involuntary out-patient treatment on health service use. Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(1): 3–14.
- Kisely, S. & Hall, K. (2014) An updated meta-analysis of randomized controlled evidence for the effectiveness of community treatment order. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10): 561–564.
- Litins'ka, Yana (2018) *Assessing capacity to decide on medical treatment. On human rights and the use of medical knowledge in the laws of England, Russia and Sweden*. Uppsala: Uppsala universitet.
- Markström, U., Sandlund, M. & Lindqvist, R. (2004) Who is responsible for supporting long term mentally ill persons? Reforming mental health practices in Sweden. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 23(2): 51–64.
- Maughan, D., Molodynski, A., Rugkåsa, J. & Burns, T. (2014) A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(4): 651–663.
- McSherry, B. & Weller, P. (2010) Rethinking rights-based mental health laws. I: B. McSherry & P. Weller (red.) *Rethinking rights-based mental health laws*. Oxford: Hart Publishing, 3–10.
- Mill, J. S. (2009) *Om friheten*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Nilstun, T. & Syse, A. (2000) The right to accept and the right to refuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 10(399): 31–34.
- Owen, G. S., Freyenhagen, F., Richardson, G. & Hotopf, M. (2009) Mental capacity and decisional autonomy. An interdisciplinary challenge. *Inquiry*, 52(1): 79–107.
- Proposition 1990/91:58. *Om psykiatrisk tvångsvård, m. m.*
- Proposition 1999/2000:44. *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.*
- Proposition 2007/08:70. *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården.*
- Reitan, T. (2016) Commitment without confinement. Outpatient compulsory care for substance abuse, and severe mental disorder in Sweden. *International Journal of Law and Psychiatry*, (45): 60–69.
- Richardson, G. (2002) Autonomy, guardianship and mental disorder. One problem, two solutions. *The Modern Law Review*, 65(5): 702–723.
- Richardson, G. (2007) Balancing autonomy and risk. A failure of nerve in England and Wales? *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(1): 71–80.
- Rugkåsa, J. (2016) Effectiveness of community treatment orders. The international evidence. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(1): 15–24.

- Salize, H. J., Dreßing, H. & Peitz, M. (2002) *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients: Legislation and practice in EU-member state*. European Commission – Health & Consumer Protection Directorate-General.
- SFS 1988:870. *Lag om vård av missbrukare i vissa fall*.
- SFS 1990:52. *Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga*.
- SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*.
- SFS 2011:109. *Regeringsform*.
- SFS 2014:821. *Patientlag*.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*.
- Sjöstrand, M., Eriksson, S., Juth, N. & Helgesson, G. (2013) Paternalism in the name of autonomy. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 38(6): 710–724.
- Sjöstrand, M. & Helgesson, G. (2008) Coercive treatment and autonomy in psychiatry. *Bioethics*, 22(2): 113–120.
- Sjöström, S., Zetterberg, L. & Markström, U. (2011) Why community compulsion became the solution: Reforming mental health law in Sweden. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(6): 419–428.
- Socialstyrelsen (2009) *En ny vårdform. En lägesrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010) *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Steadman, H. J., Gounis, K., Dennis, D., Hopper, K., Roche, B., Swartz, M. & Clark Robbins, P. (2001) Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatric Services*, 52(3): 330–336.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Wagner, R., Burns, B. J., Hiday, V.A. & Borum, R. (1999) Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry*. 156(12): 1968–1975.
- Tännsjö, T. (2004) The convention on human rights and biomedicine and the use of coercion in psychiatry. *Law, Ethics and Medicine*, 30: 430–434.
- Vahlne Westerhäll, L. (2013) Tvång, proportionalitet och likhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård. Är lagstiftningen om öppen tvångsvård rättssäker? *Juridisk Tidskrift*, 24(4): 827–844.
- Zetterberg, L., Markström, U. & Sjöström, S. (2016) Translating coercion policy into inter-organisational collaboration. The implementation of compulsory community care for people with mental illness. *Journal of Social Policy*, 45(4): 655–671.
- Zetterberg, L., Sjöström, S. & Markström, U. (2014) The compliant court. Procedural fairness and social control in compulsory community care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(6): 543–550.