

Varför är det så svårt att undvika tvångsvård för patienter med borderline personlighetsyndrom (BPD)?

Antoinette Lundahl, filosofie
doktor i medicinsk etik,
specialistläkare i psykiatri

Vanlig symtombild för självskadande patienter med drag av BPD

- Sedan ungdomen kroniskt fluktuerande illabefinnande
- Svart-vitt tänkande, växlande självbild, snabba växlingar i känslor
- Känsliga för avvisanden, separation, svårt hantera livets frustrationer
- Självskadebeteende inkl. suicidförsök
- Aktiv passivitet: aktiv vilja att andra tar ansvaret för dem vid kriser. Tvångsvård kan bli en typ av “Ulysses-kontrakt” (Lundahl et al. 2020).

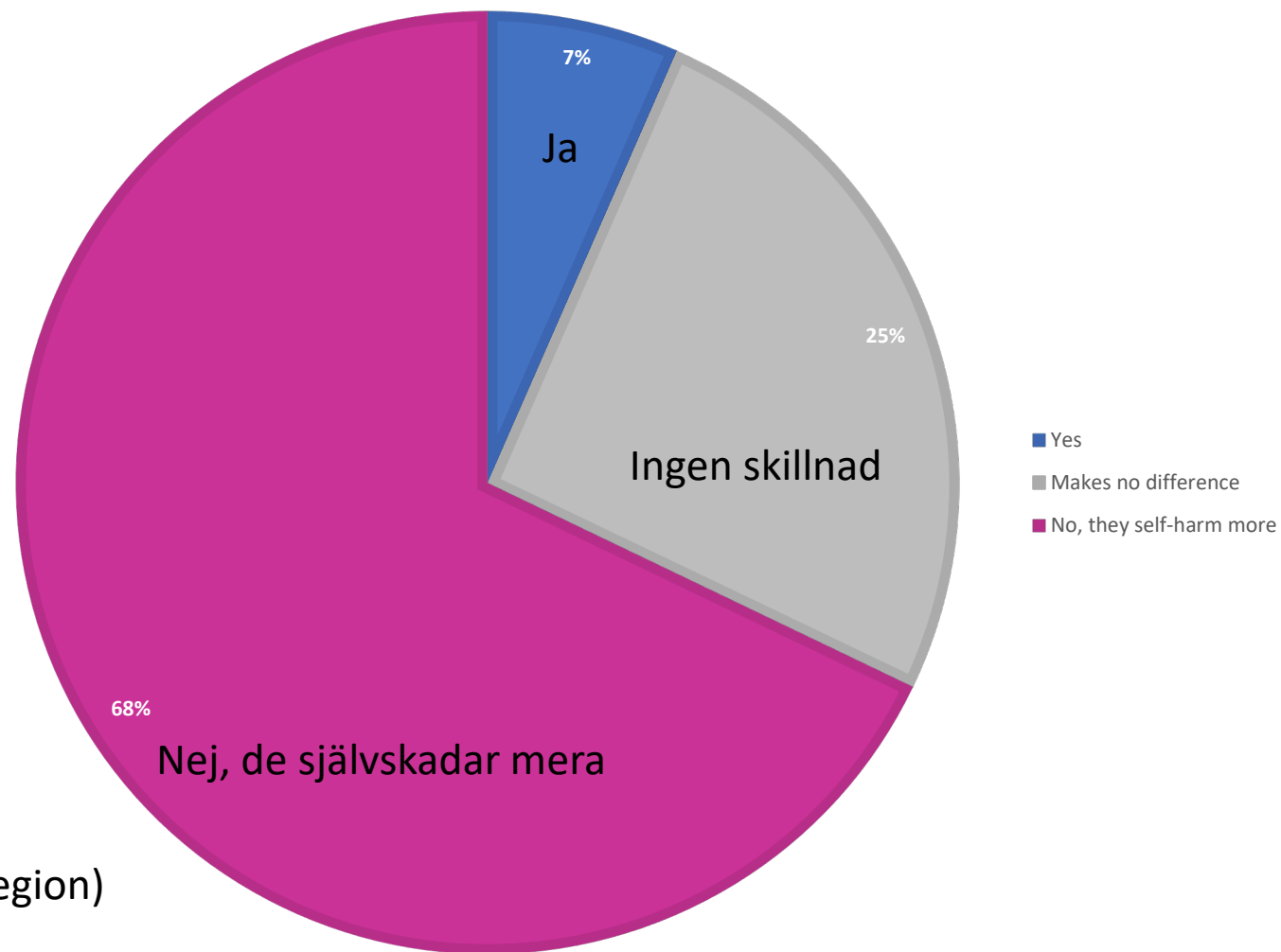
Patienter med BPD och självskadebeteende blir ofta tvångsvårdade men det brukar inte bli så bra

- Ofta unga kvinnor, utgör ca 10% av öppenvårdspatienterna och ca 20% av slutenvårdspatienterna
- Självskadebeteendet tenderar att tillta redan efter några dagars vårdtid
- Ingen visad suicid-minskande effekt av slutenvård
- Önskar ibland indirekt bli tvångsvårdade
- Kan bli långa vårdtider under LPT, svårt att skriva ut pga tilltagande självskador eller suicidal kommunikation inför utskrivning

Enkätstudie till slutenvårds- personal i Sverige 2021

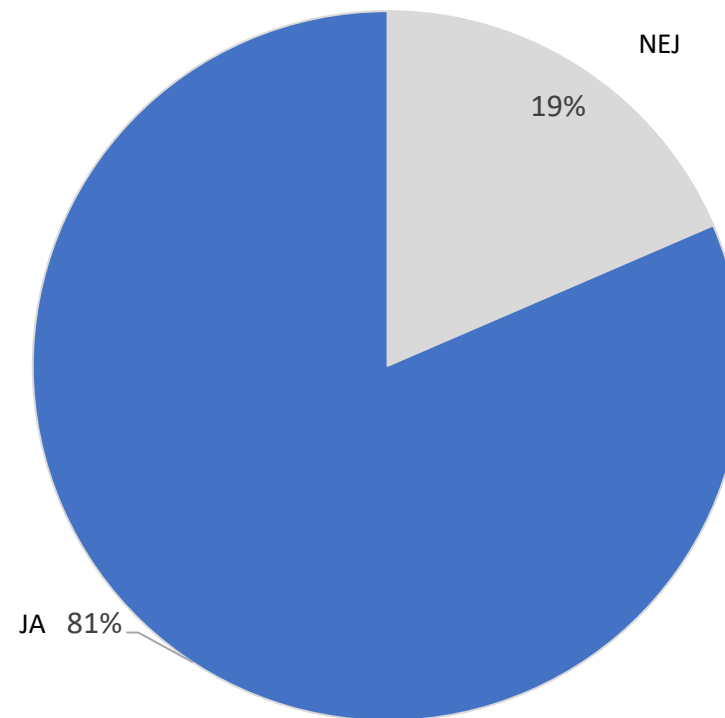
422 enkäter till 21 avdelningar (en i varje region)
66% svarsfrekvens
Vårdpersonal: främst sjuksköterskor och skötare

ENLIGT DIN ERFARENHET, MINSKAR SJÄLVSKADEBETEENDET HOS
DESSA PATIENTER EFTER MER ÄN EN VECKAS TVÅNGSVÅRD?



Enkätstudie
till
slutenvårds-
personal i
Sverige 2021

Tror du det är möjligt att minska tvångsvårdtiden på din avdelning utan att försämra vårdkvaliteten för patienter med självskadebeteende?



Det fanns icke-medicinska skäl till tvångsvård som inte gynnade patienten (enkätstudie till slutenvårds-personal i Sverige 2021)

- Patienten saknar boende: 63%
- Läkare är rädda för att bli anmälda: 48%
- Bristande öppenvård: 32%
- Andra begär det (släkt, andra vårdgivare): 30%
- Det finns inga icke-medicinska skäl: 11%

Hur kan användandet av tvångsvård och slutenvårdsrelaterade negativa effekter minska?

Förslag

- Ge patient och anhöriga information om vad som är hjälpsamt
- Korta frivilliga inläggningar, 1-3 dagar med samarbetsinriktad vårdmiljö
- Lära patienterna färdigheter att hantera kriser och svåra känslor
- Öppen-dörr-policy
- Självvald inläggning kan fungera för vissa patienter
- Kontakt med mobila team, tätare öppenvårdskontakt vid kriser
- Tydlig vårdplan/krisplan
- Viktigt att dokumentera väl
- Sambedömning med två eller flera specialister i svåra ärenden

Tips från klinikern om akut- handläggnings- plan för patienter med BPD

Förslag till krisplan (exempel)

Vid starka känsligenombrott:

1. *Stanna upp*
2. *Observera känslan/känslorna inom dig* - initial rädsla för att bli avvisad eller illa bemött kan ge sekundär ilska, därför kan det finnas flera olika känslor samtidigt.
3. *Acceptera att känslan får finnas* - om man flyr känslorna blir de bara starkare.
4. *Välj hur och när du vill agera*
(Ska problemet lösas nu eller senare? Ska jag avstå från att agera och acceptera en situation som jag inte kan förändra? Ska jag gå undan en stund för att lugna mig?)

Träning i lugnt skede: *Känslodagbok och dag-schema* kan vara hjälpsamt för att få bättre struktur i tillvaron och känna igen sina reaktionsmönster och känslor.

Tips från klinikern om akut- handläggnings- plan för patienter med BPD

Förslag till krisplan, fortsättning

På akuten, vid akuta starka känsligenombrott:

1. Akutläkare uppmuntras lyssna på patientens problem och påminna henne om att man vill henne väl - vi är här för att hjälpa henne.
2. Påminna patienterna om färdigheterna beskrivna ovan.
3. Erbjud 25-50 mg Lergigan, 10-15 mg olanzapin på akuten om medicinering behövs.
4. Erbjud frivillig inläggning, omkring 3 dagar lång, på avdelning XX (eller YY om det ej finns plats på avdelning XX)
5. Undvik tvångsvård - förklara för patienten att tvångsvård inte är en bra metod i längden och påminna om denna planering.
6. Om patienten inte vill läggas in kan telefonkontakt med Mobila teamet prövas några kvällar som hjälp för problemlösning och ångesthantering.

Men fungerar slutenvård/tvångsvård suicidpreventivt för patienter med andra diagnoser?

Stark association mellan slutenvård och suicid, som visserligen till stor del kan förklaras av urval.

Slutenvård och tvångsvård i synnerhet är starkt associerade med förhöjd suicidrisk. Associationen är så stark att ett kausalt samband sannolikt föreligger i någon utsträckning. Starkare association för yngre kvinnor, svagare för äldre män.

Sammantaget verkar slutenvård eller tvångsvård inte minska suicidrisken överlag, även om det sannolikt sekundärt kan göra det när man behandlar allvarliga psykiska tillstånd hos vissa individer. (Franklin et al. 2017, Large et al. 2017, Lundahl 2024, Emanuel et al. 2025)

Tvångsvård verkar ha mer potential att öka suicidaliteten än frivillig vård. Det kan upplevas traumatiserande att bli inlåst, tappa kontrollen, bli påtvingad vårdinsatser och förlora sin autonomi. Patienter kan också tappa tilltron till sin egen förmåga att själva hantera framtida kriser.

Generellt om tvångsvård: bör användas efter noggrant vägande av risker mot nytta

Tvångsvård ska vara ett undantag – frivillighet är normen. Tvångsvård är inte alltid det ”säkra alternativet”, utan kan medföra negativa konsekvenser, särskilt för patienter där nyttan med inlåsningen inte är tydlig. Inlåsning i sig verkar inte minska suicidrisken (annat än kanske på mycket kort sikt).

Proportionalitet vid användande av tvångsvård: den förväntade nyttan ska överväga riskerna.

När någon ändå behöver tvångsvårdas bör patientens upplevelser och reaktioner särskilt beaktas i omvårdnadsarbetet. Diskussion kring avvägningar risk-nytta kan lyftas tex. vid rondan. Viktigt med information till patienten, tydlighet, gott bemötande, undvika inlåsning om möjligt (tex egna utgångar).

Referenser i urval

- Coyle, T. N., Shaver, J. A., & Linehan, M. M. (2018). On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: The example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 86*(2), 116.
- Emanuel, N., Welle, P., & Bolotnyy, V. (2025). *A danger to self and others: Health and criminal consequences of involuntary hospitalization*. Federal Reserve Bank of New York.
- Franklin et al. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological bulletin, 143*(2), 187.
- Huber, Christian G, Andres R. Schneeberger, Eva Kowalinski, Daniela Fröhlich, Stefanie von Felten, Marc Walter,... and Undine E. Lang. (2016). Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *The Lancet Psychiatry, 3*(9), 842–849.
- Jordan, Joshua T., E. Dale, and McNeil. 2020. Perceived coercion during admission into psychiatric hospitalization increases risk of suicide attempts after discharge. *Suicide and Life-Threatening Behavior 50*(1): 180–188.
- Large et al. (2017). In-patient suicide: selection of people at risk, failure of protection and the possibility of causation. *BJPsych open, 3*(3), 102-105.
- Lundahl, A., Helgesson, G. & Juth, N. Against Ulysses contracts for patients with borderline personality disorder. *Med Health Care and Philos 2020;23*:695–703.
- Lundahl A, Torenfält M, Helgesson G, Juth N. Patients with borderline personality disorder and the effects of compulsory admissions on self-harm behaviour: a questionnaire study. *Nord J Psychiatry. 2023 Jul;77*(5):498-505.
- Lundahl A, Helgesson G, Juth N. Is compulsory care ethically justified for patients with borderline personality disorder? *Clinical Ethics, 2024; 19*(1), 35-46.
- Lundahl, A. (2024). Suicide-preventive compulsory admission is not a proportionate measure—time for clinicians to recognise the associated risks. *Monash bioethics review, 1-14*.