

# Lagöverträdare med bristande begåvning och tvångsvård

**Agneta Kanold**, fil.dr.  
Universitetslektor ved  
Institusjon for sosialt arbe-  
tesocialhøgskolan

Diskussionen om tvångsomhändertagande av personer med bristande begåvning som begått brott, har till stor del rört förhållandena mellan samhällets behov av skydd och den enskildes rehabilitering. Den bristande begåvningen har ofta medfört att dessa brottslingar fått vård i stället för fängelse. Vårdidéerna har växlat liksom uppfattningen om brottslingens ansvar. Sällan eller aldrig har vården beaktats från de tvångsomhändertagnas perspektiv. Här ges några inblickar i hur tvångsvården kan upplevas av dessa personer.

Personer med bristande begåvning som begått brott, eller på annat sätt överträtt normer, har alltid varit föremål för ingripanden från samhällets sida. Under 1900-talet har ansvaret för tvånget växlat mellan psykiatri, omsorgsverksamhet och rättspsykiatri. Såväl ansvarsfrågan, det vill säga i vilken grad brottslingar med bristande begåvning bör hållas ansvariga för sina brott, som vårdideologi, har ständigt diskuterats och ifrågasattas.

Utvecklingsstörda tycks sällan göra sig skyldiga till planerad brottslighet eller avancerade ekonomiska brott, utan ofta är det våldsbrott eller stöld som begås. Likaså begår de sällan brott för att finansiera missbruk. Av 174 personer med utvecklingsstörning som under åren 1996–2001 förklarades skyldiga till brott hade bland annat 15 personer gjort sig skyldiga till mordbrand, 14 till våldtäkt eller grov våldtäkt, 17 personer till misshandel, 5 till sexuellt utnyttjande av minderårig och 5 hade begått rån (Klasén McGrath, M. (2001)).

Frågan om i vilken mån personer med bristande begåvning kan ställas till ansvar när de begått brott har varit omdiskuterad och har att göra med moraliska ställningstaganden och hur man ser på deras förmåga att förstå vilka regler för social samvaro som

samhället ställer upp, att kunna bedöma konsekvenserna om reglerna överskrids samt deras förmåga att kunna kontrollera sitt beteende. Det förefaller som om personer med bristande begåvning ofta har ansetts ha svårigheter med detta och att samma moraliska krav som ställs på andra, därför inte kan läggas på dem. I likhet med psykiskt störda och barn har de

ofta ansetts sakna ont uppsåt när de begått brott. Ur straffrättslig synpunkt har man funnit det motiverat att de ska särbehandlas när det gäller bedömning av straff och/eller påföljd. Fram till 1965 straffrättsförklarades personer som begått brott om de bedömdes som ej tillräkneliga vid tiden för brottet (Engwall, K. (2000) . Därefter infördes att alla medborgare, även utvecklingsstörda, har ansvar för sina handlingar och skyldighet att känna till och följa de lagar och förordningar som finns. I de flesta andra länder är frågan om förövarens ansvar för sina handlingar viktig för hur fallet bedöms. Men så är det inte i Sverige, där alla döms som skyldiga om de bevisligen har utfört ett brott.<sup>1</sup> Däremot anpassas påföljden efter brottslingen.

Påföljden för personer med bristande begåvning som begått brott blev tidigare nästan undantagslöst en placering på specialsjukhus. Denna möjlighet upphörde 1992. Vårdformen specialsjukhus existerade emellertid till 1997 och där vårdades utvecklingsstörda personer som tidigare placerats där som påföljd för brott och även utvecklingsstörda som inte begått brottsliga handlingar men på annat sätt överskridit samhällets normer. Samhällets behov av skydd och den normöverskridande personens behov av stöd och behandling formulerades i dessa fall i vårdpolitiska termer.

**Utvecklingsstörda tycks sällan göra sig skyldiga till planerad brottslighet eller avancerade ekonomiska brott, utan ofta är det våldsbrott eller stöld som begås**

Lagöverträdare med bristande begåvning kan också vårdas i rättspsykiatrisk vård. En förutsättning är att det i en rättspsykiatrisk utredning

visat sig att brottslingen led av en allvarlig störning när brottet begicks. Personen kan i dessa fall inte dömas till fängelse utan påföljden kan vara böter, villkorlig dom, skyddstillsyn eller överlämnande till särskild

vård, exempelvis rättspsykiatrisk vård. Gemensamt för vårdformerna specialsjukhus och rättspsykiatrisk vård är att de innebär ett ofrivilligt institutionellt omhändertagande samt att vården inte är tidsbegränsad utan upphör först när de omhändertagande myndigheterna anser att den inte längre är nödvändig.

Personer med begåvningsnedsättning finns inte registrerade som en särskild grupp i det svenska brottsregistret. Enligt kriminalvårdsstyrelsen förekommer personer med bristande begåvning sällan inom kriminalvården och om de döms är det oftast till olika former av frivård (Klasén McGrath, M. (2001). Mellan åren 1996–2001 förklarades sammanlagt 174 personer med utvecklingsstörning skyldiga till brott och dömdes till följande påföljder: (Se tabell 1).

Detta kan jämföras med att statistik från Brottsförebyggande rådet visar att totalt 79 555 personer dömdes till fängelse under samma tidsperiod.

Frågan om vilken tolerans samhället har mot normöverträdelser som lagbrott och hur reaktionerna ska utformas är inte okontroversiell och har då och då givit upphov till diskussioner bland berörda aktörer och intressenter. Frågor om brott och påföljd har bland annat diskuterats i utredningen *Psykisk störning, brott och ansvar* (SOU 2002:3).

**Tabell 1.** Påföljder med mera för utvecklingsstörda personer (1996–2001).<sup>2</sup>

Antal personer	Domar
65	Rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning
12	Rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning
15	Skyddstillsyn med psykiatrisk vård
14	Skyddstillsyn
13	Fängelse 12–35 månader
2	Fängelse 7–10 år
30	Andra fängelsepåföljder, villkorlig dom, skyddstillsyn, samhällstjänst och vård inom socialtjänsten.
23	Dom saknas

Diskussionen har handlat om hur man ska se på personernas ansvar för sina brott samt vilken form av samhällsskyddande åtgärd som behöver vidtas. Även när de gäller de som bryter mot andra sociala normer har åsikterna varierat om vilket förhållande som bör råda mellan frihetsberövande, behandling och omvårdnad. Problemets komplexitet har engagerat företrädare från juridiska, medicinska, och sociala och vårdvetenskapliga discipliner och praktiker. Starka spänningar har också funnits mellan olika professioner och myndigheter. Under vissa perioder har förespråkare för olika inriktningar haft helt motstridiga åsikter. Frågan om lämpliga reaktioner har inte alltid styrts av uppfattningen om den för normöverträdaren bästa vården ur rehabiliteringssynpunkt eller straffsynpunkt. De vårdpolitiska och ekonomiska skälen tycks periodvis ha vägt tungt.

Det har visat sig att tvångsomhändertagande av personer med bristande begåvning utifrån en

kombination av samhällsskydd och vård ofta inneburit att vårdtiderna blivit långa. Detta har konstaterats i en undersökning av före detta patienter som tvångsvårdats på ett specialsjukhus för personer med bristande begåvning. Undersökningen omfattade personer som skrivits ut från sjukhuset mellan 1984–1994. Åtta av de 56 undersökta hade extremt långa vårdtider (över 15 år) varav en tillbringat 34 år på specialsjukhuset.<sup>3</sup> Samma långa vårdtider för personer med utvecklingsstörning fanns även inom den rättspsykiatriska vården. Av 14 utvecklingsstörda personer som var intagna för rättspsykiatrisk vård 92/93, hade två av personerna vårdats i 19 respektive 30 år.<sup>4</sup>

Att personer hålls kvar i rättspsykiatrisk vård trots att de inte behöver vård av medicinska skäl eller trots att det inte finns någon adekvat vård har framför allt kritiserats från läkarhåll. Lagen om rättspsykiatrisk vård kan i detta avseende komma i direkt konflikt med den etiska kod

(Hawaii-deklarationen) som gäller för läkare verksamma inom psykiatri. I denna kod sägs bland annat att så snart de medicinska förutsättningarna för tvångsmässig vård inte längre är uppfyllda måste patienten skrivas ut såvida inte denne samtycker till fortsatt frivillig vård SOU 2002:3 och. *Läkartidningen*, 50, s.4774-7. Även Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2002) har krit-

iserat de långa vårdtiderna, och kommenterar att den längsta enskilda vårdtiden, nästan 25 års frihetsberövande på grund av stöld torde sakna sin motsvarighet inom svensk kriminalvård.

När det gällde personer med bristande begåvning har vårdtidernas längd förmodligen att göra med att deras särskilda vårdbehov inte kan tillgodoses i andra former. De är med ett byråkratiskt uttryck «svårplacerade» det vill säga att det saknas omhändertagandeformer där såväl behovet av samhällsskydd som omsorg och behandling kan tillgodoses.

Historien visar att det varit problematiskt att utveckla anpassade vårdformer för dessa personer med komplexa svårigheter. I försöken att förstå de komplexa problem som förknippats med utvecklingsstörda normöverträdare kan man urskilja stora svängningar i de officiella uppfattningarna. Deras nedsatta begåvning har var under en lång period varit starkt kopplad till asocialitet så att man ansett att genom att sinnesslöhet per definition innebar sedeslöshet. I senare ideologier har deras kognitiva svårigheter lyfts fram. De har ibland ansetts likna kriminella och ibland psykiskt störda, men förblivit svåra att kategorisera. De framstår som avvikande från de avvikande genom att skilja sig från andra utvecklingsstörda med stort behov av

omhändertagande genom sin lindriga begåvningsnedsättning, från psykiskt störda genom sin bristande begåvning och från kriminella när det gäller insikt i sina brottsliga handlingar. Dessa patienter kan sägas befinna sig i en residualposition, en «restpost» som inte passar in i etablerade vårdformer. Det är tveksamt om samtliga lider av allvarlig psykisk störning och därmed kan

omhändertas inom den psykiatriska tvångsvården. På fängelser kan de varken erbjudas vård eller det stöd som de behöver på grund av sin bristande begåvning och inom de öppna stöd- och serviceformerna kan behovet av frihetsinskränkningar inte tillgodoses.

## Specialsjukhus

Sedan början av 1930-talet vårdades lagöverträdare med bristande begåvning i statliga sinnessjukhus för sinnesslöa som inrättades i nedlagda regementskaserner. Genom 1968 års omsorgslag bytte dessa anstalter namn till specialsjukhus och sågs som ett komplement till den vanliga omsorgsverksamheten, vårdhem och boende i små enheter ute i samhället. Specialsjukhusen skulle ta hand om de svårhanterliga, de som skadade sig själv och andra, och de som begått brott. På 1970-talet väcktes, bland annat genom tidningsartiklar, en opinion mot specialsjukhusen. Med grund i normaliserings- och integreringstänkande flyttades patienterna till vårdhem och behandlingsinstitutioner i hemlandstingen. Specialsjukhusen avvecklades, utom för den lilla grupp som begått brott och som man ansåg inte kunde omhändertas i öppnare former. Ansvar för verksamheten lades senare

**Det har visat sig att tvångsomhändertagande av personer med bristande begåvning utifrån en kombination av samhällsskydd och vård ofta inneburit att vårdtiderna blivit långa**

till rättspsykiatrin. Sedan några år gäller att dessa personer inte hänvisas till någon särskild vårdform men nu föreslås i en statlig utredning (SOU 2002:3 Psykisk störning, brott och ansvar) att lagöverträdare med utvecklingsstörning ska kunna dömas till vård i en ny vårdform, slutna gruppbofästäder, i stället för fångelser.

Det finns inga samlade uppgifter om hur många med bristande begåvning som tvångsvårdats på grund av asocialitet eller brott genom åren. På specialistsjukhusen fanns det som mest ca 1000 personer. Man tog emot ca 50 per år för rättspsykiatrisk vård. Antalet har minskat successivt sedan 1970-talet. Numera rör det sig om färre än tio per år. Orsaken till denna minskning är inte analyserad. Idag finns således en förhållandevis liten grupp som döms för brott och en något större grupp som på annat sätt över-skrider samhällets normer. Variationen i vad som betraktas som sociala problem kan förstas Blumers (1971) teori om hur sociala problem konstrueras i en kollektiv definitionsprocess. Först genom att ett fenomen erkänns och behandlas som ett socialt problem i samhället, kommer det att uppfattas som ett reellt sådant och i denna konstruktion innefattas ofta även åtgärder. Blumer urskiljer fem faser i denna konstruktionsprocess. Den första fasen består av att något framträder och identifieras som problematiskt eller avvikande. Uppmärksamheten skapas via att någon eller några som har intresse av det.

Exempelvis genom att professionella eller politiker synliggör missförhållandet och propagerar för en lösning. När ett problem uppmärksammas följer sedan, enligt Blumer, en legitimeringsfas som i hög grad kännetecknas av

att det speciella problemet konstrueras och definieras och förs upp på den offentliga dagordningen. Om ett problem blivit identifierat och legitimerat inträder en tredje fas; mobilisering. Problemet diskuteras utifrån olika ståndpunkter och framställningar. Argument från dem som önskar en förändring ställs mot andras som har intresse av att försvara den rådande ordningen. Nästa fas innefattar samhällets ställningstagande till hur problemet ska åtgärdas och kan ibland utmynna i en officiell handlingsplan. Ofta, skriver Blumer, är denna en kompromiss mellan olika intressen vilket kan leda till att problemet i den officiella planen skiljer sig från den ursprungliga beskrivningen av problemet. Slutligen sker en implementering av den officiella planen. Även i denna fas kan en modifiering ske när åtgärderna ska sättas i verket, vilket kan ha att göra med motstånd från dem som riskerar att förlora något om planen genomförs. Konstruktionen av ett socialt problem, så som Blumer såg den, inbegriper således både konstruktioner av nya representationer och att människor agerade och sätter konkreta åtgärder i verket.

De åtgärder som vidtagits för de med bristande begåvning som överskridit samhällets normer kännetecknas av att målen för omhändertagandet alltid haft en temporär karaktär. Man lånade idéer från andra mer etablerade vårdområden, men behandlingen präglades likafullt av variation och instabilitet, i den mån det överhuvudtaget kan talas om behandling utöver tvånget. Jämfört med andra närliggande vårdidéer, exempelvis för personer med utvecklingsstörning, för kriminella och för psykiskt störda,

**Det finns inga samlade uppgifter om hur många med bristande begåvning som tvångsvårdats på grund av asocialitet eller brott genom åren**

som med tiden utvecklades till stabila och etablerade omhändertagandeformer, karaktäriseras problemordningarna för normöverträdarna med bristande begåvning av variation och instabilitet. Utmärkande var att de konstruerades utifrån flerfaldiga syften, exempelvis utifrån behov av samhällsskydd samt omsorg och/eller behandling. Åtgärderna tycks ha kännetecknats av «lånade idéer» från andra vårdområden men de tycks aldrig ha smält samman till en egen stabil vårdidé. Problemordningarna avseende normöverträdare med nedsatt begåvning tycks ha utvecklas utifrån andra grunder än andra närliggande problemordningar. Normöverträdare med bristande begåvning urskildes som ett särskilt samhällsproblem *i relation* till att stabila problemordningar med specialiserade omhändertagandeformer växte fram. Vårdidéerna för denna kategori utvecklades inte utifrån någons eller någras intresse för att ta sig an normöverträdarnas särskilda problem.

Tvärtom finns det starka belägg för att man inom de problemordningar som etablerades för sinnesslöa, sinnessjuka och brottslingar under senare delen av 1800-talet önskade avhända sig från ansvaret för dem.

Samma förhållande tycks ha rått inom vården av sinnessjuka där man för att kunna utveckla psykiatris problemordning ville koncentrera sig på de botbara och inte på normöverträdare med bristande begåvning som ansågs vara en belastning och sinnessjukas bot. Samma mönster att föra bort de störande, de normöverskridande med bristande begåvning, från andra mer etablerade problemordningar återfinns senare. Att specialsjukhusen blev en omsorgsform dit besvärliga och svårskötta personer kunde hänvisas kan ses som ett villkor för att principerna normalisering och integrering framgångsrikt skulle kunna genomföras för andra utvecklingsstörda.

## Metod

Hur det kunde vara att vårdas under tvång och under växlande vårdidéer har studerats genom observationer av en avdelning för rättspsykiatrisk vård och genom intervjuer av fem patienter som har erfarenhet av vård på specialsjukhus och senare rättspsykiatrisk vård (Kanold, 2004).

Analys av data visade att patienterna, som genom årtal befunnit sig i en tvångssituation, handlade det om hitta motmedel för att i så hög grad som möjligt bemästra tvångsrutinerna och för att tillkämpa sig en viss frihet och integritet. För dem handlade det om vardagliga händelser, dels om att stå ut, anpassa sig, sova bort tiden, vara duktig och snäll, men även om att tillkämpa sig rörelsefrihet, permissioner, förmåner och egna nycklar.

## Patienternas erfarenhet av tvångsvård

Eftersom tvångsvården så genomgripande och långvarigt ingrep i patienternas liv kan man säga att problemordningarna konstituerade livsvillkoren för patienterna. Tvångsvårdens villkor dikterade inte endast deras liv under den tid de var patienter, utan deras erfarenheter från denna period följde dem även sedan de lämnat tvångsvården. Hos någon av de före detta patienterna medförde den slutna vården närmast ett hot mot självförtroendet som det tog många år att komma över. Hos en annan fanns tankar på att brotten aldrig skulle kunna sonas.

Nya problemordningar infördes och de anställdas arbetssätt förändrades utan att patienterna på något sätt kunde påverka det. För patienterna framstod dessa förändringar ofta som direkt relaterat till deras eget beteende och uppförande. Om de skötte sig så förändrades de anställdas bemötande i positiv riktning. I det

empiriska materialet berättas om hur en av patienterna diskuterar att vårdarna blivit snällare och att man kan numera kan tala med dem. Analysen av hur olika officiella problemordningar avlöste varandra visar emellertid att detta snarare bör förstås som en förändring i de anställdas positionering och också indirekt som en följd av förändrade problemordningar. Det karaktäristiska i patienternas livsvillkor kan sammanfattas i fyra grundläggande existentiella dimensioner: *det begränsade rummet, den svåröverblickbara tiden, tvånget att kvalificera sig till en normal människa* samt *anpassning till de rådande villkoren*. Tillsammans tycktes dessa dimensioner utgöra predikament som skapade alldeles särskilda betingelser för patienterna att förstå och skapa mening i sin livssituation. Begränsningarna i rummet var själva essensen i den slutna vårdens premisser och för patienterna på specialistsjukhuset och i den rättspsykiatriska enheten innebar det att de var avskurna från mycket som vanligtvis utmärker en individ i samhällsgemenskapen. De hade svårt att sammankoppla begränsningarna av friheten med sina tidigare norm- och lagöverträdelser. Många argumenterade för att de förändrat sig och inte längre var farliga personer. Patienterna kunde ytligt sett förefalla passiva men under passiviteten doldes en målmedvetenhet. Det som de framför allt strävade efter var permissioner för att kunna lämna avdelningen. Målet var inte alltid att lämna institutionen utan att få större rörelsefrihet och ett självständigare liv inom institutionens ramar.

Vi kan se att rumsdimensionen och tidsdimensionen var intimt sammanvävda, den slutna vården ägde rum under en viss tid som på sätt och vis hade sin begränsning. Patienterna

gjorde en klar avgränsning av tiden i den slutna vården och tiden före och efter. Mycket i deras liv kretsade således kring en dåtid samt en framtid utanför institutionen. Problemet tycks

vara att de hade svårt att överhuvudtaget förstå sig på de villkor som krävdes för att tvångsvården skulle upphöra. Eftersom tvångsvården inte var avgränsad med ett givet slut var patienternas egen

**Målet var inte alltid att lämna institutionen utan att få större rörelsefrihet och ett självständigare liv inom institutionens ramar**

kontroll över framtiden närmast obefintlig. Deras livssituation skilde sig från kriminellas som dömts till fängelsevård. Fångar vet när de ska frigges men det gjorde aldrig norm- och lagöverträdarna med nedsatt begåvning. Växlingen mellan olika problemordningar med sina olika föreställningar och förväntningar gjorde förmodligen tvångsvården till särskilt svårförståelig för patienterna. För vårdgivarna var det uppenbart att utskrivningen var beroende av hur det framtida stödet kunde tillgodoses men patienterna verkade ha mycket dåligt begrepp om dessa villkor. De hade svårt att förstå varför det inte var tillräckligt att sköta sig.

*Tvånget att kvalificera sig till en normal människa* innebar för patienterna att de aldrig kände sig accepterade som de var. De var ständigt i en förändringsprocess där det gällde att erövra ett beteende som enligt vårdgivarna var tillräckligt normalt, friskt eller acceptabelt. För patienterna innebar de att de skulle förändra sig i två hänseenden. Deras okunnighet på grund av den nedsatta begåvningen och bristande erfarenheter skulle utvecklas. De skulle, så gott det gick, lära sig det som andra vuxna behärskar, t.ex. att hantera sin ekonomi, att ta hand om sin kropp och sina tillhörigheter, att lära sig städa och laga mat, att förstå hur samhället fungerar och att klara av socialt umgänge

med andra. Kvalificeringsprocessen innebar också att lära sig ett normalt sätt att leva *men* under institutionernas villkor, vilka de facto utgjordes av en speciell miljö med speciella normer och sociala relationer. Att vårdgivarna så kraftigt dikterade dessa villkor vill jag förstå som en följd av den långa tradition av uppfostran som följt genom varierande problemordningar men också som en följd av att patienterna tycktes sakna referenser till normala levnadsvillkor. De tycktes ha ytterst begränsade erfarenheter av att själva förverkliga personliga projekt eller intressen, exempelvis att skapa ett eget hem eller ett eget socialt liv med människor som man själv valt. I många fall tycktes institutionernas normer och regler hindra att patienterna från att visa och utveckla de kunskaper de hade. Detta accepterades också ofta av patienterna.

För det andra, vilket betonades i senare tiders problemordning, skulle patienterna inse att deras beteende i vissa fall var onormalt och oacceptabelt. Enskilda vårdgivare kunde ha hade olika uppfattningar om vad och hur patienterna skulle förändras och det tycks som om patienterna utvecklade en stor lyhördhet för detta.

Patienterna *anpassade sig således i hög grad till de rådande villkoren*. De tog de anställdas och myndigheternas (ofta representerade av länsrätt och läkare) makt att besluta över deras liv för given. Således fann de sig i att ständigt bli uppfostrade även om det innebar att de ställdes i ett barnliknande förhållande till skötarna och att denna position stämde dåligt överens med deras reella förmåga och önsknings. Bland annat fråntogs de en stor del av rätten att bestämma över sitt vardagsliv och att sköta sina egna angelägenheter. Mycket som förnekades dem var blygsamma önskemål som

**I många fall tycktes institutionernas normer och regler hindra att patienterna från att visa och utveckla de kunskaper de hade**

exempelvis att köpa nya kläder, att få telefonera när de ville eller att äta den mat de tyckte om. Ett fåtal av patienterna bröt institutionernas regler exempelvis genom att inte lyda tillsägelser eller att ta till våld. Ibland kanske det hängde samman med att de inte förstått regelsystemet men det kunde också förstås som ett alternativt sätt att skydda sig mot maktlöshet och hjälplöshet. De flesta tycktes dock finna sig i att bli infantiliserade eftersom de såg detta som ett led i att visa att de var mogna att ta ansvar under frihet. Relationerna till de anställda innebar emellertid också positiva erfarenheter. Patienterna uppfattade ibland deras kontroll som trygghet och omtanke och regelverket kunde skapa en ordning i patienternas liv. I vissa fall kan man ana att institutionernas struktur och regelverk hjälpte patienternas att upprätta en ordning i sina erfarenheter och hindrade dem från att tappa verklighetskontakten. Den fasta strukturen kunde tjäna som den enda tryggheten i deras liv och förhindrade därmed att känslor av isolering, främlingskap, maktlöshet och hjälplöshet tog överhanden. De anställda utgjorde även en viktig och för många patienter den enda länken till det sociala livet utanför institutionen.

Som en form av anpassning kan man även betrakta patienternas dagdrömmar om en annan tillvaro, deras konsumtion av godis och cigaretter och önskan att sova. Dessa uttryck kan kanske främst ses som ett sätt att få litet tröst och njutning samt att fly undan tillvaron.

Tvångsvården hotade ständigt vårdtagarnas möjligheter att ge sitt liv mening och få sin egen identitet erkänd. Deras isolering från andra

människor och sammanhang, ovissheten inför framtiden, den diffusa uppfattningen av att i väsentliga drag skilja sig från andra människor samt den ständiga kvalificeringen för att bli en person som kan accepteras av andra, skulle tillspetsat kunna sammanfattas som att vården i vissa avseenden framstod som ett hot mot patienternas existens. Patienternas ansträngningar att anpassa sig till tvångsvårdens predikament kan ses som ett försök att behålla en livskompass. Sett ur vårdgivarnas perspektiv kan man säga att även de, på olika sätt genom vård, behandling, fostran och begränsningar, försökte ge patienterna en sorts livskompass. Frågan kan dock ställas om de anställdas ordning (och i förlängningen samhällets problemordning) i tillräckligt hög grad understödde patienternas eget sökande efter ett vuxet sätt att vara, eller om vården i stället alltför mycket hämmade patienternas utveckling. Patienternas strävan efter frihet och ett liv där de kunde bli sedda som personer med resurser och kompetens, präglades i hög grad av att de tvingades foga sig i institutionernas värld och synsätt.

## Referenser

- Blumer, H. (1971) Social Problems as Collective Behavior. *Social problems*. Vol.18, s 298–306.
- Engwall, K. (2000) «Asociala och imbecilla»: kvinnorna på Västra Mark 1931–1967. Universitetsbiblioteket. Örebro. Beslut om straffrihet togs av jurister efter en bedömning av läkare om brottslingen var tillräckelig eller inte.
- Kanold, A. (1995) *En efterundersökning av de personer som skrivits ut från Salberga specialsjukhus 1984–1994*. Socialstyrelsen. Stockholm.
- Kanold, A. (2004) *Vårdens ordningar- tvångsvård av normöverträdare med bristande begåvning*. Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet. Stockholm.
- Klasén McGrath, M. (2001).
- Lindelius, R. & Nilsson, A. (1995) Dagens rätts-tillämpning hot mot rättssäkerheten: Rättspsykiatrisk vård får inte bli internering. *Läkartidningen*, 50, s.4774–7.
- Mona Lönnquist Bakke, Rättspsykiatriska avdelningen i Stockholm. Muntliga uppgifter.
- Nyström, N. (1995) *Utvecklingsstörda inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård 1992 – 1993: en kvantitativ och kvalitativ utvärdering*. Socialstyrelsen. Stockholm.
- SOU 2002:3 *Psykisk störning, brott och ansvar: betänkande av Psykansvarskommittén*. Norstedts. Stockholm.
- SOU 2002:3 *Psykisk störning, brott och ansvar*.
- Socialstyrelsen (2002) *Rättspsykiatrisk vård, utvärdering – omvärdering*. Socialstyrelsen. Stockholm.
- Statistik från brottsförebyggande rådet. Personer lagförda för brott och huvudpåföljd år 1996–2001. [www.bra.se](http://www.bra.se).

## Noter

- <sup>1</sup> I många fall när det inte rör sig om allvarigare brott kan åklagaren välja att underlåta att väcka åtal. Det kan göras utifrån särskilda omständigheter exempelvis när det gäller brott begångna av ungdomar eller personer som redan avtjänar straff för brott och där det nya brottet inte påverkar straffet. Åtalsunderlåtelse kan även ges till personer med nedsatt begåvning om de saknar kunskap om lagarnas innehåll och om det anses tillräckligt med frivilligt stöd, exempelvis insatsen bostad med särskilt stöd enligt LSS (tidigare vård på specialsjukhus och vårdhem).
- <sup>2</sup> Mona Lönnquist Bakke, Rättspsykiatriska avdelningen i Stockholm. Muntliga uppgifter.
- <sup>3</sup> Kanold, A. (1995) En efterundersökning av de personer som skrivits ut från Salberga specialsjukhus 1984– 1994. Socialstyrelsen. Stockholm.
- <sup>4</sup> Nyström, N. (1995) Utvecklingsstörda inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård 1992 – 1993: en kvantitativ och kvalitativ utvärdering. Socialstyrelsen. Stockholm.