

Tvångsvårdslagen – ett hinder

Psykvårdens lagstiftare har haft stora ambitioner att värna om patientens mänskliga rättigheter. Det torde emellertid också vara en rättighet att det finns någon annan som kan handla i ens intresse om man själv inte skulle vara i stånd till detta. Och de anhöriga behöver mera stöd för att kunna klara sina viktiga men svåra uppgifter. Eftersom nuvarande lag i många fall inte är till hjälp för patienter och deras anhöriga, bör den ändras!

I dagens psykiatriska sjukvård liksom inom andra områden av vårt moderna samhälle har respekten för individens integritet, autonomi och mänskliga rättigheter satts i centrum. Detta är givetvis glädjande.

Orden för dessa värdenormer har emellertid, liksom en del andra ord (demokrati, jämlikhet, ekologisk, miljö- med flera) blivit »plusord», som förutom sin betydelse bär på mer eller mindre starka positiva känsloladdningar. Detta har exempelvis medfört, att de också i handlingsbestämmande syfte använts inom reklamen och av politiska valtalare med flera. Det finns emellertid även negativt laddade »minusord» (text paternalism ≈ förmyndarskap, och auktoritär, som ofta sammanblandas med att vara en auktoritet för någon).

Inom den psykiatriska sjukvården har plus- och minusorden sannolikt inte utnyttjats medvetet, men de har ändå genom en alltför schablonmässig tillämpning i många fall kommit att få negativa konsekvenser för patienterna och deras anhöriga. Speciellt vid ställningstagande till in- eller utskrivning enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) är det viktigt att i stället grunda sitt beslut på en bedömning av den enskildes patientens problem i stort och på lång sikt.

Sjukvården har av sjukhusprästen Daniel Brattgård [1] beskrivits som ett triangeldrama mellan patienten, personalen och de anhöriga, där de sistnämnda oftast har fått spela outsiderrollen. Själv har jag erfarenhet från två av triangelns hörn, nämligen dels av psykiaterrollen under bortåt 40 år, dels

av anhörigrollen som barn och under de senaste åtta åren som pensionär.

De anhöriga skulle ofta kunna vara till stor hjälp inom den psykiatriska sjukvården, men deras hjälp efterfrågas långt ifrån alltid. De vet i regel betydligt mer än personalen om patienten och de är ibland de enda som står kvar vid patientens sida när sjukvården och ibland även patienten själv givit upp. Men om patienten skrivit på ett papper som hindrar personalen att ta kontakt med de anhöriga kommer vårdtriangeln att ha endast två hörn.

Ibland tvingas också de anhöriga att ta på sig en krävande och otacksam god man-roll för patienten.

Förhållandet mellan patienten och de anhöriga varierar givetvis mycket. Schizofrena och gränspsykotiska patienter kan helt ta avstånd från sina anhöriga, speciellt föräldrarna, som kanske nedvärderas, hotas eller förbjuds besöka avdelningen.

Johan Cullberg [2] har uttrycksfullt beskrivit de olidliga förhållanden som anhöriga till schizofrena ofta lever under. Människor kan i psykotiskt tillstånd lätt hamna i social och ekonomisk misär som de anhöriga måste försöka reda upp, ofta med insats av betydande belopp av egna medel.

Maniska patienter kan på några dagar eller veckor göra av med femsiffriga belopp, om ingen ser till att de blir intagna på en psykiatrisk klinik. Och om de anhöriga har lyckats få in den sjuke, med eller utan vårdintyg, händer det tyvärr alltför ofta att denne efter några dagar är ute igen och kan fortsätta sitt destruktiva liv. Speciellt föräldrar till psykiskt sjuka reagerar ofta med med mindervärdes- och skuld-känsla och tycker sig ha misslyckats med uppgiften att fostra upp friska barn, en uppfattning som en del experter gärna underblåser.

Mera specifikt kan personalen hos föräldrarna, och särskilt hos modern, söka skulden till patientens sjukdom – något som varit vanligt inom den dynamiska psykiatrin. Om även patienten har samma uppfattning, kan denna och personalen alliera sig i kampen mot den gemensamma fienden, dvs de onda föräldrarna. Detta kan omöjlig-

göra ett gott samarbete mellan föräldrarna och personalen. (Man undrar då hur det är möjligt att i det enskilda fallet kunna yttra sig om de mera djupliggande orsakerna till psykisk sjukdom, då det oftast måste röra sig om ett flertal samverkande orsaksfaktorer!) Skulle till detta yppas misstankar eller göras påståenden om sexuellt utnyttjande av patienten under dennes barndom, kan hela atmosfären förgiftas till skada för alla parter och oberoende av påståendenas riktighet.

Indikationerna för psykiatrisk tvångsvård har sedan 1950-talet förändrats från alltför vida till alltför snäva, och på senare år har antalet psykiatriska vårdplatser minskat kraftigt. När någonting skall ändras har tendensen ofta varit att man går direkt från tes till antites i stället för att försöka finna den rätta balanspunkten mellan dessa ytterligheter. Många patienter far illa genom att de i integritetens och autonomins namn inte får den vård de behöver. Och även om patienten själv skulle önska frivillig vård, finns det ofta inte plats. Detta har också ansetts leda till en ökning av antalet våldsbrott, utförda av psykiskt sjuka, samt till ett ökat tryck på de anhöriga [3].

I LPT har juridiken fått ett oproportionerligt stort utrymme till förfång för sjukvården. Mina egna erfarenheter av länsrätten under vikariat efter pensioneringen kändes främmande. Man kallades text »patientens motpart». En hårdför advokat till en patient, som begärt utskrivning, utvecklade stor våltalighet för att vinna målet utan att bry sig om om detta var i patientens intresse eller inte. Han vann målet och patienten blev utskriven. Efter en vecka var hon tillbaka på avdelningen med ett nytt vårdintyg.

Det borde vara lättare för en psykiater att lära sig lagen än för en jurist att lära sig psykiatri! Ett avböjande av tvångsvård eller en alltför tidig utskrivning kan ha beslutats i bästa välbemäning, men man glömmer ibland bort att det liv man skriver ut patienten till kanske präglas av socialt kaos och misär, eventuellt missbruk och prostitution; alltså ett liv i tvångsmässigt beroende av de yttre omständigheterna och

för nödvändig vård?

med små möjligheter till självbestämmande respektive bevarande av en intakt integritet.

LPT verkar vara mer inriktad på att garantera att ingen utan tillräckliga skäl berövas sin frihet genom tvångsintagning på sjukhus, än att garantera människorna den psykiatriska vården de behöver, oberoende av eget samtycke. En metod att försöka avgöra om ett beslut om psykiatrisk tvångsvård var rätt eller ej är att undersöka om patienten i efterhand kunnat godkänna beslutet. En sådan undersökning av 100 tvångsvårdade patienter visade att 84 av dem efter fyra till åtta månader kunnat godkänna åtgärden [4].

Det ökade intresset för etiska frågor inom sjukvården är positivt, men de etiska normerna följs tyvärr ibland mekaniskt utan försök till ett etiskt övervägande mellan olika handlingsalternativ i varje enskilt fall. För att belysa detta skall jag här ta upp två plusord (integritet och autonomi) samt ett minusord (paternalism) till diskussion. Integritet och autonomi tror jag att många har svårt att hålla isär och låter dem delvis sammanfalla.

För mig är *personlig integritet* det mest absoluta av dessa båda begrepp och innebär en plikt att respektera (respectus = hänsyn, aktning, vördnad) en annan människa som person. Adjektivet *integer* betyder hel, oskadad, osårad. Integriteten kan emellertid skadas eller kränkas genom olika slag av fysisk eller psykisk misshandel eller nedvärdering. Det som skadas därvid är det värde, som varje människa upplever sig ha och har rätt att kräva respekt för.

Autonomi är ett mera relativt begrepp, som kan graderas. Ingen människa i vårt reglerade samhälle har full autonomi, huvudsakligen därför att samhället inte tillåter människor frihet att handla så att de därigenom kan skada andra eller sig själva. Tranöy [5] skiljer mellan självbestämmande och medbestämmande. Det senare är innehållet i principen om patienters informerade och frivilliga samtycke till medicinska åtgärder beträffande dem själva.

Vid psykiatrisk tvångsvård in-

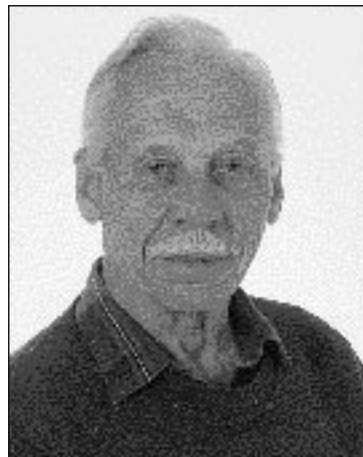
skränks givetvis patientens självbestämmande betydligt, men man behöver inte samtidigt kränka hans integritet. Jag tror inte det är förlusten av friheten och autonomin i sig som kan vara integritetskränkande, utan snarare det sätt på vilket frihetsberövandet ibland sker (t ex polishandräckning). Dessutom reagerar uppenbarligen en del människor med att känna sig kränkta i en viss situation och andra inte i samma situation.

Respekterandet av patientens autonomi står i ett omvänt förhållande till *paternalism*, som närmast kan över sättas med förmyndarinställning eller »pappa (doktor) vet bäst». En vänlig, farbroderlig paternalism präglade förr de flesta läkares attityd till sina patienter, dvs de ansåg sig ha befogenhet att å patientens vägnar bestämma vad de trodde vara bäst för honom.

Hela samhället var också betydligt mer paternalistiskt förr. »Med autonomi som utgångspunkt är det svårt att bekänna sig till auktoritära och paternalistiska moraliska auktoriteter», skriver Tranöy i sin lärobok i medicinsk etik [5].

Att auktoritet är en förutsättning för paternalistiskt beteende är väl självklart, likaså att läkaren är en auktoritet för patienten. Däremot behöver auktoriteter inte alls uppträda auktoritärt, t ex genom att inte lyssna till patienten eller ta honom på allvar. Skyldigheten att respektera patientens autonomi innebär emellertid inte att paternalism alltid måste fördömas. För att förklara detta kan man skilja på tre olika slag av paternalism: genuin, efterfrågad och oombedd [6].

Typexemplet på *den genuina paternalismen* är att föräldrar brukar bestämma vad som är bäst för sina minderåriga barn. Detta kan förmodligen godkännas av alla, eftersom ett barn på grund av sin omogenhet inte kan tillmätas full autonomi. Läkare måste på motsvarande sätt ofta fatta beslut om behandlingen av medvetlösa, dementa, förvirrade eller på annat sätt psykotiska patienter, som likaså saknar full autonomi. Inte heller i dessa fall syns paternalistiskt beteende vara något kontroversiellt. Det innebär dessutom en garanti för alla männis-



KRÖNIKÖR

LARS BAGGE
dr, Glanshammar.

”Tyvärr ser man ofta på psykiatriska kliniker en alltför oflexibel attityd i etiska frågor till skada för patienten och för kontakten med dennes anhöriga. Min kritik av psykvården riktar sig emellertid inte mot några enskilda kliniker utan mot systemet som sådant, framför allt att lagen utgör ett hinder för vissa patienter att få den vård de behöver.”

kor att någon annan kan hävda deras intresse, om de av någon anledning skulle bli ur stånd att själva göra detta.

Efterfrågad paternalism är också moraliskt acceptabel, eftersom den person det gäller själv har givit sitt uttryckliga eller tysta samtycke. De flesta kan nog hålla med om att patienten har rätt att få lita på läkaren och följa hans råd. Den allvarligt sjuka patienten, som inte vet något om medicin, önskar inte alltid en lång föreläsning om för- och nackdelarna med olika behandlingsalternativ, utan förväntar sig helt enkelt att hans doktor skall göra det som enligt expertisens åsikt bör göras.

Oombedd paternalism är den enda typ av paternalism som kan leda till allvarliga etiska problem och därför bör undvikas. Man måste emellertid alltid anpassa graden av paternalism efter patientens tillstånd. I akuta sjukdomstillstånd blir alla patienter mer eller mindre regressivt beroende av andra och har då svårt att själv ta ställning till behandlingen. Så snart patientens tillstånd blivit bättre är det emellertid viktigt att låta honom ta över mer av ansvaret för sin sjukdom.

Med denna diskussion av begreppen autonomi och paternalism vill jag visa hur relativa dessa begrepp är och hur man måste individualisera sitt handlande efter problemets art.

Tyvärr ser man ofta på psykiatriska kliniker en alltför oflexibel attityd i etiska frågor till skada för patienten och för kontakten med dennes anhöriga. Min kritik av psykvården riktar sig emellertid inte mot några enskilda kliniker utan mot systemet som sådant, framför allt att lagen utgör ett hinder för vissa patienter att få den vård de behöver.

Referenser

1. Brattgård D. Det gäller livet; en handbok i etik för hälso- och sjukvården. Lidingö: Institutet för medicinsk rätt AB, 1986.
2. Cullberg J. Dynamisk psykiatri, 4e reviderade utgåvan. Stockholm: Natur och Kultur, 1993.
3. Lidberg L. Våld kan förutses bland sinnessjuka. Läkartidningen 1994; 91: 2837-9.
4. Nilstun T, Westrin CG, Axelsson M, Candefjord IL, Ekblom B, Eriksson K et al. Socialmedicin och moralfilosofi – en analys av psykiatrisk tvångsvård. Läkartidningen 1990; 87: 1486-90.
5. Tranöy KE. Medicinsk etik i vår tid. Lund: Studentlitteratur, 1993.
6. Wulff H, Pedersen SA, Rosenberg R. Philosophy of medicine. Oxford: Blackwell Scient Publ, 1986.

Estnisk ambulanssjukvård – dr Finlay med blåljus

I Estland möjliggör reguljärt läkarbemannade ambulanser en mycket hög kvalitet på omhändertagandet redan på hämtplats. Endast hälften av patienterna transporteras in till sjukhus. Översatt till svenska förhållanden skulle ett sådant system eliminera cirka 150 000 akutmottagningsbesök per år.

Vid en konferens i Sandviken, september 1997, hölls föredrag om ambulanssjukvårdens organisation i tre länder i Sveriges närhet: Estland, Norge och Storbritannien. För de två sistnämnda länderna överväger likheterna med svenska förhållanden, men i Estland är det påtagligt annorlunda.

Hospitaliserad svensk sjukvård

Trots ett par decenniers politiska utfästelser om ökad satsning på primärvården är det ingen överdrift att påstå att svensk sjukvård fortfarande är sjukhusfokuserad, samtidigt som primärvården i ett större perspektiv alltjämt arbetar i motvind. Tvåra kast – till exempel med införande och avskaffande av husläkar-system – har inte precis förbättrat situationen. Sålunda betraktas det som självklart att akut sjuka eller skadade som larmar ambulans skall ges ett omhändertagande på hämtplats och sedan transporteras till akutmottagning för vidare bedömning och eventuell behandling. En betydande del av patienterna återvänder sedan hem – i ambulans, taxi eller privatbil. Modernt kvalitetsarbete arbetar inte sällan med de tre frågorna: Gör vi rätt? Gör vi rätt saker? Gör vi rätt saker på rätt sätt? En jämförelse med den estniska akutsjukvården ger förvisso anledning till eftertanke.

Veiko Sildever – chef för Tallinna Kiirabi (ordagrant »Tallinns snabba hjälp», det vill säga ambulanssjukvården i Tallinn) – inledde med en kort presentation av Estland: 1,5 miljoner invånare, varav en dryg tredjedel i de större städerna, på 45 000 kvadratkilometer – knappt en tiondel av Sveriges yta. Helt dominerande utlarmningsorsak är centrala bröstsmärtor, som står för 50 pro-

DEBATT

”Sverige lär aldrig ha haft så gott om läkare som idag, men som kliniskt verksamma i den prehospitalka akutsjukvården är vi alltjämt en sällsynthet. Nu om någonsin borde det gå att ändra.”

cent av akutlarmen (mot cirka 35 procent i Sverige), och hypertoni är ett folkhälsoproblem. Andnöd och medvetanderubbning är väl kända företeelser i båda länderna. Trauma står för cirka 15 procent.

Förekomsten av kronisk obstruktiv lungsjukdom varierar påtagligt mellan olika delar av Estland, med en markant ökad förekomst i närheten av en del större industrier, som anlades under Sovjettiden när ingen tänkte på rening av utsläpp.

Läkare eller »velsker» leder ambulanssteam

Till skillnad från Europa i allmänhet är estniska ambulanser reguljärt trippelbemannade – med särskilt utbildad läkare, dito sjuksköterska samt förare. Alternativt leds ambulanssteamet av en *velsker*, som har studerat medicin, har rätt att ställa diagnos, ordinera läkemedel och påbörja behandling. Velskern har funnits inom estnisk sjukvård sedan den första republikens dagar på 1930-talet och har fungerat dels som »läkarens högra hand», dels självständigt som »läkare på landet». Idag finns velskers inom företagshälsövård, skolhälsovård, ambulanssjukvård m m. Bemanningen med läkare/velsker får fundamentala konsekvenser, då den inne-

Författare

BROR GÅRDELÖF

chefsöverläkare, ambulanssjukvården i Östergötland, Linköping