

Rättspsykiatri och bibeln

När vi inom rättspsykiatri talar om filosofin bakom straffrättslig särbehandling av psykiskt störda lagöverträdare utgår vi ofta från Moseboken, där man kunde läsa: »Vid denna tid avskiljde Moses tre städer på andra sidan jorden, på östra sidan, till vilka en dråpare skulle kunna fly, om han hade dräpt någon utan vett och vilja och utan att förut ha burit hat till honom. Om han flydde till någon av dessa städer skulle han få bliva vid liv.»

I det antika Grekland krävde Aristoteles *förnuft och fri vilja* för att någon skulle kunna straffas, medan den romerska rätten förklarade den sinnessjuke, som inte ansågs ha *fri vilja*, som otillräknelig och straffri.

I sin idéhistoriska genomgång av straffrättsliga principer i Sverige fram till 1965 i boken *Utän vett och vilja* inleder Roger Qvarsell kapitel 1 med ovanstående citat från Moseboken. Även sedan straffrihets- och otillräknelighetsbestämmelser avskaffades 1965 – när den straffrättsliga särregleringen flyttades till påföljdsidan (praktiskt taget unikt för Sverige) – finns liknande tankegångar. Enligt den sedan 1992 gällande lagen finns ett förbud att döma till fängelse för brott begångna under påverkan av allvarlig psykisk störning, underförstått att den sjuke inte haft *möjlighet* eller *förmåga* att rätta sig efter lagen.

Sammanblandning

Den nuvarande regleringen innebär emellertid en starkt kritiserad sammanblandning av vård, straff och samhällsskydd. Den så kallade straffansvarsutredningen har i sitt betänkande Straffansvarets gränser föreslagit en återgång till ett system med straffrihet och otillräknelighet, dels för att få en internationell anpassning, dels för att principiellt skilja vård, straff och samhällsskydd. Den föreslagna lagtexten lyder: »begås en gärning under påverkan av en allvarlig psykisk störning eller en tillfällig sinnesförvirring utgör gärningen inte brott, om gärningsmannen inte själv vållat tillståndet och han till följd av detta har saknat omdömesförmåga eller förmåga att kontrollera sitt handlande», det vill säga *vetit och vilja*. En parlamentarisk utredning är nu tillsatt för att arbeta vidare på detta förslag.

I den nya bibelöversättningen lyder texten i stället »*avsiktligt* ha dräpt någon» vilket hänför sig till uppsåtet – »om någon faller från ett träd och orsakar att den som står därunder avlider må han vara utan skuld». I Gustav Vasas bibel löd texten »ho som sin nästa ihälsloge *med våda* och tillforene icke

warit hans owän» varför den nya bibelöversättningen sannolikt är riktigare och vi får i fortsättningen nöja oss med att hänvisa till de gamle grekerna.

Käthe Elmgren
pensionerad överläkare
från Rättsmedicinalverket,
Uppsala

Den standardiserade likformigheten och den kreativa olikheten

När jag som medicine kandidat i början av 1950-talet fick möjlighet att vikariera som underläkare på sjukhus slogs jag av hur hjälplös eller kanske snarare valhänt man kände sig inför tillströmningen av akuta sjukdoms- och olycksfall på kirurgjourerna. Den »lilla kirurgen» gick väl an, men stora sårskador och olycksfall ställde till bekymmer. De akuta bukfallen var dock betydligt värre. Diagnostiken var och är fortfarande besvärlig och PM och vårdprogram var sparsamt förekommande på den tiden. Det fanns emellertid en gyllene regel som man kunde luta sitt okunniga och oerfarna huvud emot. Akuta bukfall skulle *alltid* läggas in såvida inte diagnosen var solklar (t ex ureterkonkrement) och inte innebar krav på sjukhusvård. Åsidosättande av denna regel ledde alltid till en rejäl avhyvling av vederbörande överläkare.

Likaså blev man orienterad om vilka patienter som inte fick läggas in – exempelvis mer eller mindre klara socialfall.

Nu fanns det som regel möjlighet att kringgå detta. Tyckte man att den »sjuke» av humanitära skäl borde läggas in bad man vederbörande överläkare »titta på patienten» förebärande att man var osäker på diagnosen och hur man skulle agera. Det är en sak att bestämma saker och ting vid skrivbordet – en annan att ställas inför verkligheten. Den människospillra som man bad om hjälp för blev ofta inlagd.

Men hur länge gäller ett vårdprogram?

Nu förekommer som väl är allt flera consensuspapper och vårdprogram för olika diagnoser och situationer. Detta

underlättar handläggning för den mindre erfarna och möjliggör en standardiserad likartad behandling på olika kliniker. Möjligheten till produktkontroll kommer rimligen att förbättras. Men hur länge gäller ett vårdprogram?

Ingen tänker väl, inte ens i sina mest nattsvarta stunder, behandla en patient med pneumoni enligt ett vårdprogram från början av 30-talet? De flesta, om inte alla, vårdprogram, konsensuspapper och intyg som vi skriver är färskvara med ett »bäst före datum» – det datum då vederbörande papper är signerat.

Detta är för oss läkare självklart, men jag tror ändå det skulle vara värdefullt att det i vårdprogram och konsensuspapper tydligt anges att de gäller en kort tid och måste uppdateras eller omprövas senast efter ett år.

Att våra intyg (sjukintyg, friskintyg, osv) också är färskvara kan kanske tyckas egendomligt. Jag fick emellertid detta mycket tydligt demonstrerat för mig för många år sedan på ett sjukhus i södra Sverige.

Vi satt några stycken och drack kaffe efter lunchen då en av de biträdande överläkarna på medicinkliniken kom in med håret på ända och allmänt skärrad. På vår fråga vad som stod på berättande han följande. Han hade haft en knappt 50-årig dam på mottagningen på ett rutinbesök efter genomgången hjärtinfarkt. Hon var pigg och besvärsfri och ville absolut börja arbeta igen. Hon fick sitt »friskintyg». När hon steg på bussen utanför sjukhuset rasade hon ihop och dog. När hon rullades in i bårhuset hade hon ett intyg inte i handen men väl i handväskan – ett intyg skrivet en dryg

Det är inte så att alla sjuka inte kan arbeta!

Det är med tillfredsställelse man noterar att försäkringsmedicinska frågor nu börjat debatteras i läkarkretsar. Under lång tid såg vi läkare på sjukskrivning med lättsinne. De skärpningar som inträtt på det sena 90-talet inom socialförsäkringslagstiftningen har ändrat på detta förhållningssätt.

Fortfarande finns dock missuppfattningar kvar och Anders Hansson ger i Läkartidningen 42/99 uttryck för en mycket vanlig sådan. Han skriver: »vi kan inte förvägra en patient, som säger sig inte kunna arbeta, sjukskrivning, även om vi kan tycka annorlunda.»

Vår roll som läkare är att lindra, bota och inte skada våra medmänniskor och här bör kolleger som tänker i Anders Hanssons banor fundera om vi inte kan ställa till mycket skada om vi faller i denna fälla. Långa sjukskrivningar kan åsamka oöppbar lidande hos människor som tvärtom behöver behandling som icke sällan kan innefatta just arbete – ibland med andra arbetsuppgifter.

Här gäller det att återupprätta det, på slutet av 90-talet, så skamfilade rehabiliteringsbegreppet. Det är inte så att alla sjuka inte kan arbeta. Arbetsförmåga kan bero på andra faktorer än rent medicinska. Kan vi inte ställa oss bakom att

det är som patienten säger; att arbetsförmåga av medicinsk natur föreligger så skall vi inte heller *intyga* det.

För inte är det så att någon läkare är tvungen att sjukskriva. Gör man som Anders Hansson skriver blir det risk för att man gör sig skyldig till osant intygande.

Det vore i ett rättssamhälle olyckligt

om arbetskygga bara kunde diktera villkoren hos en läkare som bara skrev vad han blev tillsagd.

Peter Dahl
leg läkare,
specialist allmän kirurgi,
Göteborg,
fd försäkringsläkare

Asymtomatisk extrem hypokalcemi hos 29-årig kvinna med CATCH 22

I Läkartidningen 44/99 redogör Solveig Öskarsdóttir och medarbetare för fall av DiGeorge-syndromet (DiGeorges anomali, 22q11-deletionssyndrom, CATCH 22) vilka identifierats via en toraxkirurgisk barnklinik [1]. Den genetiska bakgrunden är en »mikrodeletion» i kromosom 22, vilken leder till defekt utveckling av organ från gälfickorna 3 och 4, som tymus och paratyreoidea. Vi vill ytterligare rikta uppmärksamheten mot den kalciumrubbning som ibland förekommer.

Fallbeskrivning

År 1994 observerade vi extrem hypokalcemi hos en 29-årig kvinna i post partumperioden [2] som sökte hematologpolikliniken efter en period med övre luftvägsinfektion, feber, diarré och trötthet. Det hela tolkades som en viros. Hon hade två månader tidigare slutat amma sitt barn.

Patienten hade tidigare upprepade gånger behandlats för livshotande skov av såväl autoimmun hemolytisk anemi som autoimmun trombocytopeni.

Vid poliklinisk utredning konstaterades låg koncentration av kalcium i serum, 1,2 mmol/l (referensintervall 2,2–2,6). Även koncentrationen av fritt (»joniserat»), kalcium var anmärkningsvärt låg, 0,60 mmol/l (1,18–1,31 mmol/l). Märkligt nog hade patienten inga muskulära symtom som vid hypokalcemi.

Parathormonkoncentrationen 7,0 ng/l (referensintervall för vuxna 10–65) var klart under medianvärdet för friska, 25–30 ng/l. Patienten hade alltså »primär» hypoparatyroidism, ett ovanligt tillstånd [3]. För möjligheten av auto-

immun genes kunde tala patientens manifestationer av immundefekt, liksom hennes IgG- och IgA-brist samt ned-satta fördröjda överkänslighetsreaktioner. Ett diagnostiskt alternativ var DiGeorge-syndromet. För detta talade våra resultat från påvisande av den karakteristiska kromosomdefekten med FISH-teknik (fluorescens in situ-hybridisering).

Patienten har tidigare visat lågt kalciumvärde (1,2 mmol/l) i samband med plasmaferes, med långsam normalisering.

Barnet hade hjärtmissbildning

Det då 8 månader gamla barnet hade hjärtmissbildning (Fallots tetrad), och inkluderades senare bland de av Öskarsdóttir och medarbetare studerade fallen. Modern hade dock ingen hjärtsjukdom bedömt från ultraljudsundersökning av hjärta och de stora kärlen.

Nedsatt kapacitet för korrektion av kalciumrubbning

Som följd av anläggningsdefekten av paratyreoideakörtlar har patienterna med CATCH 22 nedsatt kapacitet för normalisering av kalciumkoncentrationen i serum efter kalciummetabol störning. Efter EDTA-tillförsel uppvisar patienterna i motsats till kontrollerna ingen eller endast ringa parathormonökning. Eventuellt utvecklar patienterna manifest hypokalcemi först senare i livet från att under barnaåren ha varit normokalcemiska [4].

Parathormonmätning

Vid bedömningar av misstänkt kalciumrubbning är det viktigt att mäta såväl

timme tidigare som visade att hon var frisk.

Kan innebära en fara

Den standardiserade likformigheten i vårdprogram och konsensuspapper kan innebära en fara om man inte har klart för sig att deras giltighet är strikt tidsbegränsad. Det finns också en risk att utveckling av alternativa och nya behandlingsformer bromsas upp eller hämmas. Risken är förhoppningsvis begränsad, då vår yrkeskår med viss rätt tror jag, har beskyllts för att vara en hopplös samling individualister som alltid ifrågasätter allting.

Jag tror att de flesta med tillfredsställelse accepterar vårdprogram och konsensuspapper och har klart för sig deras oftast korta giltighetstid utan att därför ge avkall på den nödvändiga kreativa olikheten.

JE Johnsson
pensionerad överläkare, Lund