

riskan minskar över tid för de flesta kategorier av brott och gärningsmän.

Optimalt skulle vi behöva längre formella inläsningstider, men med utökade möjligheter till tidig villkorlig frigivning – de genomsnittliga inläsningstiderna skulle däremot inte behöva öka.

Psykologiskt är det bättre för alla inblandade att inläsningstiderna avkortas av nåd än att de förlängs via riskbedömningar. Det ger de intagna incitament att studera, att delta i behandlingsarbete och att sköta sig.

## Begränsad tillräknelighet och beslut om friförmåner

Det vore emellertid etiskt oacceptabelt att personer som ligger på gränsen till att inte dömas alls på grund av tveksamt uppsåt, eller där det föreligger en stark kausalitet mellan en behandlingsbar psykisk sjukdom och den brottsliga gärningen, skall hållas inlåsta på samma sätt som personer som haft ett kvalificerat ont uppsåt, är fullt tillräkneliga, och mycket väl skulle ha kunnat avstå från att begå brottet.

Modellen »X har behandlats framgångsrikt för en psykisk störning som starkt bidrog till att han begick brottet, och risken för återfall i kriminalitet är nu försumbar, men X skall ändå sitta av tiden fullt ut» är för mig otänkbar – det är högerdiket och en oacceptabel människosyn.

Det nuvarande systemet binder upp hela verkställighetstiden på den människobedömning som görs vid domstolsprövningen. Dessa bedömningar är osäkra genom att de vilar på ett begränsat informationsunderlag och hanteras enligt ett inkonsekvent regelverk. Människobedömningar är ännu mera färskvara än psykiatriska diagnoser.

Nya beslut skall därför kunna tas under verkställighetens gång, på basen av information som bl a psykiatrin tillhandahåller. Besluten skall tas med insyn och under demokratisk kontroll och därför fattas av domstolar. Ju färre yxor psykiatrer tvingas hålla i, desto bättre blir klimatet för vårt behandlingsarbete.

Dessa psykiatriska bedömningar, liksom vård av psykiskt störda intagna inom fängelsesystemet, beställs av kriminalvården och utförs av de psykiatriska enheter som har kompetens. De som utför det bästa arbetet till det rimligaste priset får de flesta beställningarna.

Marknadsstyrning av en rättspsykiatrisk subspecialitet inom utförarorganisationen (dvs landstingen, detta skall självklart göras i det allmännas regi),

och en integration av rättspsykiatri och allmänpsykiatri skulle slutgiltigt lösa rekryterings- och utbildningsproblemen för rättspsykiatrin.

## Långa uppföljningstider bättre än långa inläsningstider

I systemet kommer vi att behöva hantera personer som hade en förminskad tillräknelighet vid brottet, men som efter behandling har en försumbar kvarstående risk för återfall i allvarlig kriminalitet. Hur skall kontrollen utformas för dessa under återstoden av den tid som motsvarar straffvärdet för brottet?

Ungefär som för patienter som långtidspermitteras från psykiatrisk tvångsvård. Villkoren individualiseras på basen av den enskildes sårbarhet och behovsprofil, med en domstol som garant för samhällsskyddsaspekten. Kontrolltiden kan bli mycket lång, men det måste vara bättre än en lika långvarig, meningslös och dyrbar inläsning.

## Rättspsykiatrins svacka – dödskamp eller födslovänder?

Kan den rättspsykiatriska professionen leva upp till de krav som ställs i min skiss? Det är, som jag ser det, den enda möjligheten för svensk rättspsykiatri att överleva på sikt. Annars är det dödskampen vi bevittnar. Det kommer under alla förhållanden att bli en svacka. Om fem år är hälften av de aktiva rättspsykiaternas, inklusive undertecknad, bortpensionerade, och nyrekryteringen räcker inte alls.

Uppdragen som jag skisserat ovan är utmanande och fascinerande. Givet att vi får ett systemskifte i denna riktning tror jag att rättspsykiatrin kommer att återfödas och växa sig stark och respekterad inom en subspecialiserad, avsektoriserad och sammanhållen allmänpsykiatri i landstingsregi. Om 15 år kanske jag kan åka runt som emeritus och tala om den gamla onda tiden och alla politiska misstag som begicks. Och mina åhörare kommer att häpna.

## Referenser

1. Nordin C. Kommentar till Torbjörn Tännsjös artikel om »allvarlig psykisk störning»: Ett nödvändigt om än ej tillräckligt bidrag till debatten. Läkartidningen 2000; 97: 2994.
2. Kullgren G. Lagstiftningen gällande psykiskt störda lagöverträdare: Ansvarsfrågan måste skiljas från påföljdsfrågan. Läkartidningen 2000; 97: 2995-6.
3. Tännsjö T. Torbjörn Tännsjö svarar sina kritiker: Framsteg döma psykiskt störda brottsling till fängelse. Läkartidningen 2000; 97: 2996-9.

Slutreplik om screening av cervixcancer:

## Ingen förnekar dess effekt, men ...

**Det första nationella seminariet kring kvalitetssäkring och utveckling av cervixcancer-screening visade att inte heller den svenska cytologin är av den kvalitet som den borde vara.**

Stor variation mellan de cytologiska laboratorierna, uppenbara problem med provtagningskvaliteten, och 50–60 procent normala cellprov inom en treårsperiod innan diagnosen invasiv skivepitelcancer ställs, är inget att vara stolt över. Liknande siffror på falskt negativ cytologi finner man inte bara i Värmland utan även i Stockholm. Varningar att cytologiska laboratorier i Stockholm har 40 procent falskt negativa testresultat har i flera år viftats bort. Enligt kollegerna var orsaken att adenokarcinom ökar, att fynden bara var tillfälligheter och opålitliga, opublicerade resultat.

## Nytan tenderar att plana ut

Förutom de tidigare citerade översiktsartiklarna pekar ytterligare studier på cervixcytologins dåliga kvalitet [1]. En metaanalys fann en sensitivitet på 56, 53 respektive 29 procent.

Även inom EU är man medveten om problemen med cervixcytologins låga sensitivitet och har därför en stor studie med HPV-diagnostik pågående. Vid en ökande användning av ett screeningtest med så dålig kvalitet ökar över tiden de negativa effekterna kraftigt, medan den »nytta» man vill åstadkomma planar ut alltmer.

## Andra faktorer kan ha bidragit

Alla försök att skönmåla screenings effekt med metodologiskt relativt svaga studier ändrar inte på det faktum

## Författare

PETER BISTOLETTI  
docent, kvinnokliniken, Huddinge  
Universitetssjukhus.  
peterbistoletti@hotmail.com

att andra faktorer kan ha bidragit till sänkningen av mortalitet i cervixcancer.

## Ingen ifrågasätter effekten

Att cervixcytologiscreeningen rimligen har haft effekt och bidragit till sänkningen av cervixcancers incidens och mortalitet i Sverige har aldrig ifrågasatts. Men i vilken omfattning screeningen har bidragit är omöjligt att veta utan randomiserade kontrollerade studier. Andra faktorer kan ha samverkat – socioekonomiska faktorer, den allmänna hälsomedvetenheten, bättre hälsoinformation, att man söker läkare tidigare och har fler kontakter med sjukvården än tidigare.

I USA har under perioden 1950–1995 den åldersstandardiserade mortaliteten i livmodercancer sjunkit med 67 procent, i testiscancer med 73 procent, i ventrikelcancer med 80 procent,

i rektumcancer med 67 procent; alla utan screening. Mortaliteten i cervixcancer har sjunkit med 76 procent, medan dödligheten i lungcancer har ökat med 259 procent [2].

## 20 år för sent?

Cervixcytologin är inget idealiskt screeningstest och det finns väsentliga brister i screeningsverksamheten, enligt Björn Strander och medarbetare [3].

Patienten drabbas därför av överbehandling och missade diagnoser på grund av cytologins dåliga kvalitet. Skattebetalarna drabbas av onödigt höga kostnader. Det är egentligen 20 år för sent att samlas kring ett omfattande kvalitetsarbete för att samordna, utveckla och förbättra verksamheten.

Förutom dessa satsningar borde det nu också vara hög tid att lägga alla fakta på bordet, utan rädsla för en offentlig

debatt inför allmänhet och beslutsfattare. Enbart radikal ärlighet är god nog. Att förtiga obekväma fakta i syfte att inte ge politikerna eller administratörer argument för att skära ned resurser är oacceptabelt.

## Referenser

1. McCroy DC, Matchar DB, Bastian L et al. Evaluation of cervical cytology. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research; February 1999. AHCPR publication no. 99-E010. Review in ACP Journal Club. July/August 2000.
2. Welch G, Schwartz L, Woloshin S. Are increasing 5-year survival rates evidence of success against cancer? JAMA 2000; 283: 2975-8.
3. Strander B, Andræ B, Ryd W, Rådberg T, Sparén P. Cervixcancerscreening – på god vetenskaplig grund. Släng inte ut barnet med badvattnet i kritiken mot verksamheten! Läkartidningen 2000; 97: 4631-2.

## Se över skyddet mot spridning av smittsamma sjukdomar vid invandring till Sverige!

**En betydande del av de fall av samhällsfarliga sjukdomar som anmäls enligt Smittskyddslagen utgörs av personer med utländskt ursprung. Trots att den värmländska befolkningen till knappt 7 procent består av utrikes födda personer, var under 10-årsperioden 1990–1999 62 procent av dem som anmäls smittade med hepatit B, 77 procent av de med HIV och 49 procent av de med tuberkulos personer av utländskt ursprung.**

Det är därför av smittskyddsskäl angeläget att invandrare med samhällsfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar snabbt identifieras vid ankomsten till Sverige.

Den svenska metoden härför är – sedan januari 1997 – erbjudande av hälsoundersökningar till asylsökande och flyktingar, efter en överenskommelse

mellan staten och Landstingsförbundet.

## Utvärdering i Värmland

En utvärdering av i vilken utsträckning de invandrade fått del av sådana hälsoundersökningar har nyligen gjorts i Värmland. Denna visade att i bästa fall 40 procent av de personer som invandrat från länder i Asien, Afrika, Syd- och Mellanamerika eller östra och södra Europa hade genomgått hälsoundersökning enligt smittskyddsläkarens anvisningar.

Speciellt anmärkningsvärt var att endast 30 procent av de personer som kom från de för hepatit B, HIV och tuberkulos högendemiska områdena i Afrika och Asien hade undersökts på ett tillfredsställande sätt. Jag har svårt att tro att situationen är avsevärt mycket bättre i andra landsting.

Överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet att flyktingar och asylsökande ska erbjudas hälsoundersökning vid ankomsten till Sverige, tillkom av två skäl: dels för att uppmärksamma eventuella behov av smittskyddsåtgärder, dels för att uppmärksamma personer i behov av omedelbar vård.

Nuvarande organisation, med en komplicerad fördelning av ansvar och

*”Speciellt anmärkningsvärt var att endast 30 procent av de personer som kom från de för hepatit B, HIV och tuberkulos högendemiska områdena i Afrika och Asien hade undersökts på ett tillfredsställande sätt.”*

kostnader mellan aktörer på olika nivåer, är förmodligen det viktigaste hindret för att dessa behov ska kunna tillgodoses. Man tycks dessutom ha förbisett det faktum att förekomst av smittsamma sjukdomar inte följer den administrativa indelningen av invandrare efter kategorierna asylsökande, kvotflyktingar, osv.

## Översyn nödvändig

För att kunna tillgodose de behov som ursprungligen avsågs med överenskommelsen är en organisatorisk översyn nödvändig. •

## Författare

ANDERS ÖSTERLUND

smittskyddsläkare, Landstinget i Värmland.