

Ny psykiatrisk tvångslagstiftning:

En lag eller två?

Ska vi ha två lagar inom psykiatrisk tvångslagsstiftning borde det finnas någon avgörande skillnad mellan psykossjuka som vårdas enligt de två lagarna. Författarna anser att det finns starka empiriska skäl för att det räcker med en tvångslag.



Med två tvångslagar vårdas en person först enligt den »snälla« lagen, och efter ett brott enligt den »onda«. På bilden ses tvångströjor som i dag är historieföremål.

Finns det en ökad risk för våld vid psykossjukdomar? Den debatten kan vi lämna bakom oss – risken är ökad. Hur mycket? Minst fem gånger. Vem drabbas våldet? Det vanligaste är att det är den egna personen som drabbas (självmod och självska-dor). Dessutom utsätts sådana personer upp mot tio gånger oftare för andras våld. Varför? Vid psykossjukdomar är den sociala samspelsförmågan vanligtvis reducerad. Man är hänvisad till boende inom områden som karakteriseras av svag social samhörighet, låg tolerans för avvikelser och hög kriminalitet [1]. Det blir fler konfrontationer med andra som bor i området, och dessa förlorar psykospatienterna oftast.

Psykospatienters våld som drabbar andra än dem själva avser nästan alltid (upp mot 90 procent) nära anhöriga – föräldrar, syskon, eller personer som man av andra skäl har mycket kontakt med. Grovt våld kan också riktas mot personer som man inte alls känner. Sådant våld är ovanligt, men när det händer rapporteras det med stora rubriker i massmedierna. Detta underhåller det stigmatiseringsproblem som finns – alla psykospatienter får klä skott för det som några få svårt sjuka gör, trots att en majoritet av de psykossjuka är klart mindre våldsbenäga än en frisk genomsnittssvensk.

Stigmatiseringsproblemet kan hanteras på olika sätt. Ett dåligt sätt är

strutsmetoden – det finns inget våldsvårdproblem. Ett annat sätt är att dela upp personer med psykossjukdomar i »onda« och »goda«. Detta är det kanske viktigaste motivet för att ha två tvångslagar – »vi vill inte att våra sjuka anhöriga ska vårdas tillsammans med mördare och pedofiler«. Att detta argument fått särskild tyngd i Sverige är en konsekvens av vårt unika rättssystem: praktiskt taget alla som åtalas för brott i Sverige anses ha haft ett ont uppsåt i gärningsögonblicket, det vill säga »rår för det«. Trots detta döms fler psykiskt störda till tvångsvård i stället för fängelse i Sverige än i alla andra länder. Vi diskuterar att återinföra begreppet tillräknelighet. Om vi gör det kommer det att ta tid innan ordet blir meningsfullt för oss igen. Vi har slutat tänka på det sättet.

Stigmatiseringen omfattar två komponenter: en som har att göra med att vissa handlingar (till exempel mord) ogillas, och en som avser ogillande av personen som utför handlingarna. Om några av dessa personer »inte rår för det de gjorde« kan de flesta av oss avstå från att klandra denna beklagansvärda person, som redan lider nog på grund av sin sjukdom. Så har det varit i den västerländska kulturen i mer än 2000 år. Klandret riktas i vissa fall i stället mot de personer som kunde ha förhindrat det som hände, till exempel läkaren som grovt felbedömde våldsriskerna och skrev ut patienten.

De flesta som är psykiskt sjuka och begår ett våldsbrott gör det efter en ganska lång tid som psykiskt sjuk. Man är väl känd av psykiatrin men undandrar sig kontakt och behandling, ofta genom bristande sjukdomsinsikt. Med två tvångslagar vårdas samma person med samma sjukdom först enligt den »snälla« lagen (för närvarande lag om psykiatrisk tvångsvård, LPT) och efter ett brott enligt den »onda« lagen (för närva-

rande lag om rättspsykiatrisk tvångsvård, LRV). Ska vi ha två lagar borde det finnas någon avgörande skillnad mellan psykossjuka som vårdas enligt de två lagarna.

Resonemanget blir enklare om vi har ett tillräknelighetskriterium. Rår man inte för det onda man gjort är man inte ond, och då är det som hänt, som Aristoteles formulerar det, »en olyckshändelse«. Olyckshändelser drabbar blint. Är man tillräknelig (vilket många psykossjuka faktiskt är) är det däremot rimligt att personen klandras för brottet och döms enligt samma regelverk som alla andra (oftast en påföljd inom kriminalvården). I så fall är det där tvånget ska ligga. Finns det ett vårdbehov som inte kan erbjudas inom kriminalvårdssystemet kan vården ges frivilligt inom psykiatrin, eller, om personen saknar insikt om sitt vårdbehov, via en enda gemensam tvångsvårdslag. Ett sådant system kan kompletteras med tvång som motiveras av samhällets skyddsaspekt, inom psykiatrin såväl som inom andra system med tvång (smittskyddslagen).

Det finns starka empiriska skäl för att det räcker med en tvångslag. För ett antal år sedan gick vi igenom konsekutiva intagningar till den psykiatriska intensivvårdsavdelningen inom Malmöpsykiatrin under 14 månader [2]. Av patienterna (n = 257) fanns 38 procent (mot förväntade 6 procent) i polisregistret för att de begått sammanlagt 2525 brott de senaste tio åren. Överrepresentationen var ännu tydligare för våldsbrott: 22 procent var dömda för åtminstone ett, och totalt rörde det sig om 292 våldsbrott. Endast fyra procent av patienterna vårdades enligt LRV. För en stor majoritet (78 procent) förekom våld eller andra incidenter under tvångsvårdstiden (i genomsnitt 10 dygn). Sådana problem som egentligen är sym-



EVA TUNINGER,
MD, PhD, överläkare, psykiatriska kliniken, Lund, och institutionen för kliniska vetenskaper, Psykiatri, Lunds universitet
Eva.Tuninger@med.lu.se



STEN LEVANDER
professor emeritus, Hälsa och samhälle, Malmö högskola
Sten@eurocog.eu

tom är tydligt sjukdomsrelaterade och inte uttryck för någon sorts ondska.

De som vårdades på intensivvårdsavdelningen är inte representativa för hela gruppen psykospatienter men tillhör samma population om man ser längre än vi kunde göra i en tvärsnittsstudie. Det gjorde vi i nästa projekt, en internationell (Kanada, Tyskland, Finland och Sverige) multicenterstudie med fem års uppföljning (eftervårdsstudie) [3]. I samband med utskrivningen från rätts- eller allmänpsykiatrisk tvångsvård undersöktes de drygt 300 patienterna av erfarna kliniker med ett omfattande metodbatteri. De följdes sedan upp halvårsvis under två år och slutligen efter fem år. Rättspsykiatriska patienter (RPP) skrevs ut eller permitterades efter cirka fyra års vård, allmänpsykiatriska patienter (APP) efter tre veckor.

I utskrivningsögonblicket hade APP betydligt fler symtom – de var inte färdigvårdade. Efter ett år hade skillnaderna mellan RPP och APP med avseende på symtomnivå minskat avsevärt. APP hade under året fått vård under tillräcklig tid, dock utan att komma ner

i nivå till de välbehandlade RPP. Femårsuppföljningen visade att APP begick fler brott än RPP, i linje med riskbedömningen vid utskrivningen. Rättspsykiatrisk öppenvård är alltså brottspreventiv.

Eftervårdsmaterialet visar att det inte finns relevanta skillnader mellan »stygg« och »snälla« psykospatienter som kan motivera dubbla tvångslagar [4, 5]. Stigmatiseringsproblemet för enklasklas om vi återinför tillräknelighetsbegreppet. Då läggs ansvaret att förhindra brott som begås av otillräckliga psykospatienter på vårdgivare, anhöriga och i bred mening oss alla (samhället). Personer som kan bära ansvar för sina brottsliga gärningar, oavsett störning och diagnos, hanteras inom kriminalvårdssystemet, med det tvång och de tidsgränser som ligger i det. Det finns inget behov av två psykiatriska tvångslagar, för det finns inte två sorters psykospatienter.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Logdberg B, Nilsson LL, Levander MT, Levander S. Schizophrenia, neighbourhood, and crime. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;110:92-7.
2. Tuninger E, Levander S, Bernce R, Johansson G. Criminality and aggression among psychotic in-patients: frequency and clinical correlates. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;103:294-300.
3. Hodgins S, Tengström A, Eriksson A, Österman R, Kronstrand R, Eaves D, et al. A multisite study of community treatment programs for mentally ill offenders with major mental disorders. *Criminal Justice and Behavior.* 2007;34:211-28.
4. Hodgins S, Müller-Isberner R. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *Br J Psychiatry.* 2004;185:245-50.
5. Lincoln TM, Hodgins S, Jöckel D, Freese R, Born P, Eucker S, et al. [Patients in forensic and general psychiatry. Do risk assessment measures detect differing risks of future violence?] [Article in German]. *Nervenarzt.* 2006;77(5): 576-86.

Fler debattinlägg på sidan 1749.