



ganska omfattande arbete. De flesta kommuner som hittills gått med har gjort det endast som konsumenter. Tre kommuner, bland dem Örebro, planerar att även bli producenter av information under året.

Mer information till doktorn ska ge bättre vård. Det är huvudtanken med NPÖ. Men finns det inte risk att känslig patientinformation kommer

på avvägar? I varje fall finns det flera säkerhetslösningar som ska förhindra detta. När exempelvis en läkare ska söka information om en patient, måste han eller hon logga in med e-legitimation för vårdpersonal och pinkod, ungefär som på en Internetbank. Det sker också en kontroll av att läkaren har en aktuell vårdrelation med patienten. Vid varje tillfälle måste patienten

ge sitt samtycke. Det är också möjligt för patienten att lägga in en spärr mot att hela eller delar av journaluppgifterna kan visas.

År 2008 var Örebro – både landstinget och kommunen – först i Sverige med att starta ett pilotprojekt med NPÖ. Många följde försöket med intresse. Vid midsommar 2010 slog Datainspektionen

till med en serie påpekanden som gällde säkerhet och integritet. Tjänsten stod stilla ett halvår, och när den satte i gång igen i december 2010 hade man gjort sin läxa:

– Det känns bra att Datainspektionen gjort en tillsyn i ett så tidigt läge, säger Andreas Mårtensson. Vi kunde rätta till det de haft synpunkter på, och sedan fick tjänsten en OK-stämpel i rumpan. ➔

Journalinformation kan spärras av patienten

NPÖ, Nationell patientöversikt, är en IT-lösning som gör det möjligt för sjukvårdspersonal att ta del av patientjournaler tvärs över organisationsgränser, till exempel mellan landsting eller kommuner. Viktig information ska följa med patienten, oavsett var han eller hon vårdas.

I NPÖ visas inte hela journalerna, utan ett urval av journalutdrag och andra uppgifter som kan vara relevanta – till exempel provsvar, diagnoser och läkemedelsförteckning. Exakt vil-

ka uppgifter som lämnas eller visas bestäms av respektive vårdgivare, men det finns en rekommenderad miniminivå. Gemensam för alla är dock en så kallad uppmärksamhetssymbol, som signalerar om patienten är exempelvis överkänslig mot vissa läkemedel.

En läkare som vill ha tillgång till NPÖ måste logga in med sitt SITHS-kort, en e-legitimation för sjukvårdspersonal. Systemet kontrollerar också att han eller hon har en aktuell vårdrelation med patienten. Vid varje tillfälle måste patienten ge sitt

samtycke, vilket innebär att läkaren normalt söker information medan patienten finns på mottagningen. I en akut situation, exempelvis om patienten är medvetslös, kan man gå förbi samtycket.

Vem som helst kan när som helst spärra hela eller delar av sin journalinformation. Men då har man själv ansvar för att informera personalen om det de behöver veta.

Uppbyggnaden och införandet av NPÖ sköts av Inera AB tillsammans med CeHis, Center

för eHälsa i samverkan. Både Inera och CeHis ägs av Sveriges landsting och regioner, och det är också dessa som betalar huvuddelen av kostnaden.

I dag är sex landsting anslutna till NPÖ, i mer eller mindre stor omfattning: Blekinge, Väster-norrland, Jönköping, Västra Götaland, Sörmland och Örebro. Före sommaren planerar även landstingen i Östergötland, Uppsala, Kalmar, Värmland och Kronoberg att gå med, liksom Capio S:t Görans sjukhus i Stockholm. ■

➔ Datainspektionen efterlyste bland annat mer information till allmänheten, och bättre rutiner för hur man gör med patienter som är beslutsoförmögna, till exempel på grund av demens, och därför inte själva kan ge sitt samtycke.

Ett av Datainspektionens påpekanden ledde till att man byggde en ny teknisk tjänst. Inspektionen ville se något slags begränsning av vilka patienter det är rimligt att en viss läkare eller sjuksköterska söker information om. Lösningen blev TGP, Tillgänglig patient, som automatiskt känner av detta.

– Den funktionen kom till helt och hållet tack vare Datainspektionens påpekande, säger Helena Svedberg. Nu används den överallt i NPÖ.

De senaste månaderna har massmedierna flera gånger slagit larm om integritetsproblem med elektroniska journaler: alltför många anställda i vården ska ha kunnat läsa känsliga patientuppgifter. Fallen som beskrivits gäller inte NPÖ, utan journalsystemen inom ett visst landsting – bland annat Stockholm och Uppsala.

I Uppsala läns landsting ledde Datainspektionens påpekande av dessa brister till att man installerat en lokal spärrtjänst, som varit i drift sedan i november förra året. Spärrtjänsten är en del av ett säkerhetspaket som har utvecklats för NPÖ, och när Uppsala senare i år ansluter sig till NPÖ kommer spärrtjänsten att fungera även där.

Enligt Inera är dock intresset för att spärra sina uppgifter inte så stort. Hittills har endast en till två promille av patienterna valt att spärra sin journalinformation. Detta kan hänga ihop med hur man tror att det har fungerat tidigare, säger Helena Svedberg:

– Undersökningar visar att de flesta patienter tror att läkaren redan har tillgång till all relevant information om dem. ■

»Slipper vänta på journalkopior«

Barnläkaren Östen Jonsson i Örebro har använt NPÖ sedan i höstas. Han ser fram mot att fler landsting går med, så att han kan utnyttja systemets fördelar fullt ut.

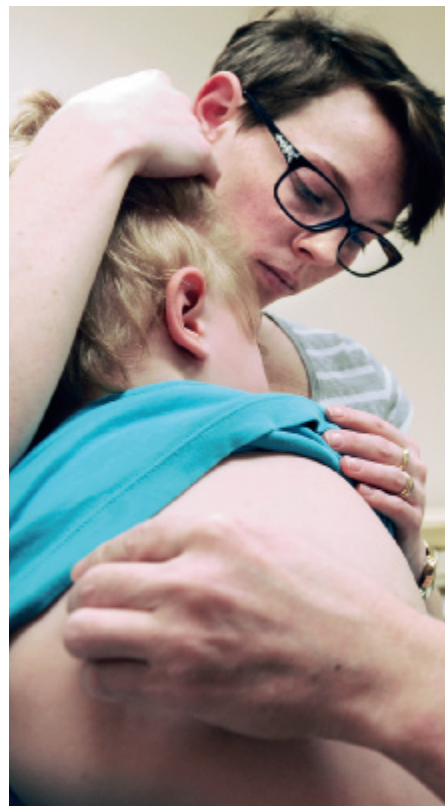


Östen Jonsson, barnläkare i Örebro.

Östen Jonsson är specialistläkare vid barn- och ungdomskliniken på Universitetssjukhuset i Örebro. I höstas tackade han ja till en förfrågan om han ville ansluta sig till NPÖ; han fick ett par timmars utbildning och en bunt papper i handen, och sedan var han i gång.

I sitt vanliga arbete på barnkliniken har han inte haft så stor nytta av NPÖ, säger han. Sjukhusets eget journalsystem är modernt, och via det kommer han sedan tidigare åt information från primärvård och annan sjukvård i länet.

Men han är också specialist i barnneurologi och arbetar en del av sin tid på barnhabilitering. Där ser



»När NPÖ är utbyggt hoppas jag att det blir mer som på bilden undersöker Matteus Djupeström

han att NPÖ kan ge stora fördelar:

– Som neurolog jobbar jag

Örebro först ut med NPÖ

Örebro var först i Sverige med att använda NPÖ. Men införandet sker stegvis, och fortfarande är det många läkare som inte vet vad NPÖ är.

Det första pilotförsöket i Sverige för NPÖ startade 2008, och var ett samarbete mellan Örebro läns landsting och Örebro kommun. Då fick omkring 350 sjuksköterskor och arbetsterapeuter vid kommunala äldreboenden tillgång till journaluppgifter från landstinget.

Pilotförsöket gick bra, och efter pausen på grund av Datainspektionens ingripande

har man gått över till ett mer reguljärt införande. I dag är det omkring 400 sjuksköterskor och arbetsterapeuter inom Örebro kommun, och vid två privata vårdboenden, som har tillgång till systemet, samt ett 50-tal läkare och tandläkare inom Örebro läns landsting och ett 40-tal tandhygienister.

En färsk enkät bland dessa användare visar, att nio av tio är nöjda eller mycket nöjda med NPÖ och att två av tre säger sig ha stor eller mycket stor nytta av tjänsten i sitt arbete. De vanligaste skälen till att de använder NPÖ är att de vill komplette-

ra patientens egen information, se provsvar och läsa andra vårdgivares anteckningar.

Målet är att de övriga elva kommunerna i länet ska ansluta sig under det här året. Ett läns-gemensamt projekt pågår med en särskilt avdelad projektledare. Inom Örebro läns landsting används NPÖ ännu i begränsad omfattning, i avvaktan på att övriga landsting ska publicera





Foto: Conny Sjölin/Scampix

mindre jobb för mig, inte mer», säger Östen Jonsson, barnläkare i Örebro, som med hjälp av hans mamma Theres Djupström Bergqvist.

»Jag tänker mig att vi specialister kommer närmare varann, även om det är långt mellan oss geografiskt. Tillsammans blir vi effektivare i vården av vår gemensamma patient.«

andra landstings journal-system och vice versa.

Därför ser han fram mot att Uppsala, och andra närliggande landsting, också ansluter sig till NPÖ:

– Då slipper vi vänta på att de ska skicka journalkopior. I dag kan det dröja ett par veckor innan vi får dem. Om saker har fallit bort måste vi påminna om det, och då kan det dröja ett par veckor till. I framtiden, om en av mina patienter varit hos neurokirurgen i Uppsala, kan jag titta på resultatet direkt samtidigt som jag har patienten hos mig.

På en punkt har Östen Jonsson dock nytta av NPÖ redan i dag. Han kan se läkemedels-

förteckningen, en lista på vilka läkemedel patienten har tagit ut. Den ger en bild av patientens följsamhet och därmed en ingång till att försöka förbättra denna.

Några problem med spärrar och sekretess har Östen Jonsson inte upplevt. Hittills har alla patienter – eller föräldrar – som han frågat gett sitt samtycke till att han ska få ta del av journalinformationen. Han är inte heller orolig för att drunkna i för mycket information; det gäller bara att landstingen väljer ut med förnuft vilken information de ska visa.

– När NPÖ är utbyggt hoppas jag det blir mindre jobb för mig, inte mer, säger han. I stället för att skicka kopior till en kollega i ett annat landsting kan jag bara meddela: »Vänligen titta i min anteckning«.

– Jag tänker mig att vi specialister kommer närmare varann, även om det är långt mellan oss geografiskt. Tillsammans blir vi effektivare i vården av vår gemensamma patient.

Miki Agerberg

miki.agerberg@lakartidningen.se

mycket mot andra landsting. Vi skickar patienter till neurokirurgen i Uppsala, och

andra landsting skickar patienter hit. Det finns vinster för oss om vi kan komma åt

information där. Just nu är det bara några enstaka specialistvårdskliniker som kan ha nytta av NPÖ i sitt dagliga arbete.

Landstinget i Sörmland remitterar till exempel specialistvårdspatienter till ögon- och öronkliniker vid Universitetssjukhuset i Örebro, och nu kan läkarna på båda sidor följa behandlingen via NPÖ i stället för att behöva vänta på papperskopior. Sjukhuset i Karlskoga tar emot många patienter från östra Värmland och vill gärna få tillgång till deras journaluppgifter – något som kan bli möjligt när Värmland senare i år går med i NPÖ.

När fler landsting publicerar information till NPÖ, kommer ett särskilt införande

de att genomföras inom Örebro läns landsting.

En oväntad deltagare är Folk tandvården. Det berättar Karin Rydberg, systemförvaltare för NPÖ i landstinget:

– De kontaktade oss och berättade att de saknar information om vilka mediciner deras patienter tar, liksom om besök hos käkkirurgen. Vi gjorde ett snabbt införande, och i dag har tandläkare och tandhygienister hos Folk tandvården i hela länet tillgång till denna journalinformation. Nästa steg är att de också börjar producera information åt andra.

Den information som landstinget i Örebro gjort tillgänglig är inte hela journalerna rakt av, utan de cen-



Karin Rydberg



Ann-Marie Ternér

trala delarna: inskrivning, besök och epikris. Där finns också läkemedelsförteckning, diagnoser, uppgifter om kontakter med vård och omsorg och resultat av undersökningar och provtagningar.

I sin tillsyn ställde Datainspektionen krav på bättre information till allmänheten,

och i dag finns bland annat informationsbroschyrer på åtta språk. Landstinget har också ett speciellt telefonnummer dit man kan ringa om man funderar på att spärra sin journalinformation från NPÖ.

– Många som ringer är inriktade på att spärra, men de flesta blir lugnade när de får veta att de måste ge sitt samtycke varje gång någon vill ta del av informationen, säger Karin Rydberg. Att de kan begära ut loggar på vilka som tittat på informationen känns också betryggande.

Allt som allt var det fram till mitten av februari endast 58 personer i Örebro län som valt att spärra hela sin journal eller delar av den, berättar

→ tar Karin Rydberg. Själv tycker hon att rädslan för olovlig spridning av uppgifter är överdriven, eftersom åtkomst till uppgifter kräver en patientrelation och samtycke från patienten. Patienten måste också finnas tillgänglig i ditt lokala journalssystem för att du ska kunna öppna journalen i NPÖ, säger hon:

– Vårdpersonalen har annat att göra än att surfa runt och titta på fel journaler. Om jag kommer in som patient, vill jag framför allt att den som vårdar mig ska ha tillgång till den information som behövs för att ge mig bästa vård.

– Och det var inte bättre på pappersjournalernas tid. Jag arbetade på ett centralarkiv på en av landstingets förvaltningar då och såg hur en journal kunde bli liggande ett år på en expedition, utan att någon hade minsta koll på den.

Örebro må ligga först i Sverige, men för många läkare där är NPÖ fortfarande okänd.

– Vi är definitivt dåligt informerade, säger Ann-Marie Ternér, distriktsläkare i Karlskoga och vice ordförande i Örebro läns läkarförening.

När Läkartidningen kontaktade henne, kände varken hon eller hennes två presidiekollegor till NPÖ-satsningen i Örebro län. Vad NPÖ är visste hon dock – tack vare ett informationsmöte som Distriktsläkarföreningen ordnade för ett par år sedan.

– NPÖ har inverkan på vårt arbete, och då bör det vara en fråga för facket, säger Ann-Marie Ternér. Vi skulle åtminstone ha fått information.

Miki Agerberg

Aleris tar över drift av Bollnäs

Driften av Bollnäs sjukhus tas över av Aleris. Att ett »rött« landsting lägger ut driften av ett sjukhus i privat regi är något av en milstolpe för norrländsk sjukvård.

– Detta är något som vi i personalen väntat på länge. Antligen får vi lite framförhållning och slipper känna oro över att tappa verksamhet. Avtalstiden på fem plus fyra år är en väldigt lång tidshorisont med vårt perspektiv, säger kardiologen Geir Falck, som arbetat vid Bollnäs sjukhus i tolv år.

För tio år sedan koncentrerades en stor del av sjukvården i Hälsingland (den norra halvan av Landstinget Gävleborg) till Hudiksvalls sjukhus. Först förlorade Bollnäs BB och sedan den akuta kirurgin och ortopedin.

Med entreprenaden kan personalen känna arbetsro för den internmedicinska vården (tre avdelningar) samt operationsavdelningen i minst fem år.

– Osäkerheten har gjort att sjukhuset dränerats på kompetens under det senaste årtiondet och inte minst på läkarsidan. Jag har själv haft funderingar på att lämna, men planerna på bolagisering har



Aleris driver Bollnäs sjukhus sedan 1 april.

fått mig att stanna.

– Nu kan vi försöka locka hit doktorer med mer än frisk luft. Jag upplever att det finns en långsiktighet och framtidstro som saknats tidigare, säger Geir Falck.

Nye sjukhusdirektören Mikael Ryd, specialist i allmänmedicin och rekryterad från en tjänst som rehabiliteringsmedicinsk chef för Danderyds sjukhus, har en tuff rekryteringsuppgift framför sig.

Runt 300 anställda följer med till Aleris i entreprenaden.

Bristen på specialister har gjort att Bollnäs sjukhus tvingats minska operationsvolymerna under de senaste åren.

■ AVTALSTIDEN 5+2+2 ÅR

I kontraktet med Landstinget Gävleborg ingår förutom fyra vårdavdelningar (internmedicinsk vård och planerade operationer) även specialistmottagningar i Bollnäs och Söderhamn samt två vårdcentraler. Värdet på avtalet är 316 miljoner kronor per år och avtalstiden 5+2+2 år. ■

– Vi ska växa genom att lyfta fram nya kirurgiska nischområden; ett sådant är obesitaskirurgi, där Aleris har hög kompetens. Jag ser stora möjligheter att utveckla verksamheten i Bollnäs och det går hand i hand med att kunna erbjuda nya medarbetare en sti-

avtal 2012:

»Vi måste ha en lägstanivå«

»Nu lutar det mer åt ett ettårigt avtal, men vi måste ha en lägstanivå för löneutvecklingen lokalt i avtalet«, säger Läkarförbundets chefsförhandlare Karin Rhenman om läget i förhandlingarna veckan efter påsk.

Läkarförbundets avtal med Sveriges Kommuner och landsting (SKL) och arbetsgivarorganisationen Pacta är vanligen fleråriga avtal som

anger lägstanivå för löneutvecklingen för varje år. I årets förhandlingar har SKL drivit en helt annan linje.

– SKL har konsekvent framhärdat med att vilja ha ett sifferlöst tillsvidareavtal, och vi vill inte ha det, säger Karin Rhenman.

Enligt Karin Rhenman lutar det nu åt att det kan bli ett kort avtal. Förhandlingarna i den konkurrensutsatta indu-

strin, som är normerande för övriga avtalsområden, gav avtal på 12 till 14 månader med ett löneökningstrymme motsvarande 2,6 procent för 12 månader eller 3 procent för 14 månader.

– Det tycker vi att vi ska ha.

För 2013 och framåt finns inga sådana siffror i omvärlden att utgå ifrån. Det gör det svårare att få ett flerårigt läkaravtal med siffror för varje år.

– I årets avtalsrörelse har vi

sjukhus

mulerande arbetsmiljö, säger Mikael Ryd.

– Jag känner mig väldigt trygg med uppdraget. Det handlar inte om att bygga upp kortsiktiga vinster utan att värna kvalitet och långsiktighet med ett perspektiv som sträcker sig nästan ett årtionde framåt. Ägaren Investor är väldigt tydlig på den punkten.

I **entreprenaden** ingår även specialistmottagningar i Bollnäs och Söderhamn samt två vårdcentraler. Aleris tog över driften 1 april och övergången har skett utan problem, uppger Aleris divisionschef Peter Graf när *Lakartidningen* träffar honom dagen därpå.

– Första dygnet är alltid lite kritiskt vid ett övertagande. Men ingen patient har kommit i kläm och det är ett gott kvitto på att vi tillsammans med landstinget gjort ett bra förberedelsearbete, säger han.

Han ser det som en historisk händelse att ett litet landsbygdssjukhus som Bollnäs läggs över på privat drift.

– Det saknar faktiskt motsvarighet i Vårdsverige, och det är utan tvekan så att vi har blickarna på oss.

Beslut om entreprenaden togs under förra mandatperioden då Landstinget Gävleborg



Bollnäs nye sjukhusdirektör Mikael Ryd.



Geir Falck, kardiolog, Bollnäs sjukhus.



Eva Tjernström, landstingsråd (S).



Peter Graf, divisionschef, Aleris.

hade ett blocköverskridande styre.

Men enligt socialdemokratiska landstingsrådet Eva Tjernström grundar sig beslutet på andra faktorer.

– Frågar du borgerliga landstingspolitiker så kommer de kanske att hävda att de drivit igenom entreprenaden, men det här har beslutats i stort samförstånd och hänger ihop med de strukturella förändringarna av sjukvården i Hälsingland som skedde för tio år sedan.

När Bollnäs tappade verksamhet såg vi det som naturligt att pröva en alternativ driftsform. Det har tagit längre tid att få igång än vi hade räknat med, men nu finns Aleris på plats i Bollnäs och därmed får vi en viktig referens för att jämföra kvalitet med våra andra sjukhus, säger Eva Tjernström.

Per Kronmann, ordförande i Gästrikre-Hälsinge Läkareförening, tycker att landstinget väljer rätt väg:



Per Kronmann, ordförande i Gästrikre-Hälsinge Läkareförening.

– Det är positivt att man provar alternativ till ofentlig drift och vår förhoppning är att personalen i Bollnäs nu kan känna lite stabilitet kring verksamheten och att det blir enklare att rekrytera

specialister dit.

På politisk nivå var det endast Vänsterpartiet som röstade emot beslutet om entreprenaden.

Fredrik Mårtensson
frilansjournalist

Stor misstro bland läkarna mot sjukhusfusionen i Skåne

Sammanslagningen av de båda sjukhusen i Lund och Malmö kan ha lett till utbredd misstro bland läkarna, enligt en enkätundersökning vid tolv kliniker. Fyra av fem läkare i enkäten saknar förtroende för sjukhusledningen och anser att det inte finns en förtroendefull och fungerande dialog mellan läkarkollektivet och sjukhusledningen. Och 93 procent anser att det saknas en sådan dialog mellan läkarkollektivet och politiska beslutsfattare.

Aven de fackliga organisationerna drabbas av kritiken. Bara fem procent av läkarna tycker att dialogen fungerar bra med facket, 67 procent tycker att den fungerar dåligt.

Sjukhusledningen på Skånes universitetssjukhus anser att undersökningen är tendentiös.

Jag blev varnad för att situationen var infekterad och har noga kollat av enkäten för att undvika den här typen av kritik, säger Louise Bringelius, organisationsforskare vid Lunds universitet.

Michael Lövtrup

Gillberg förlorade i Europadomstolen

Europadomstolens högsta instans slår fast att det inte var fel att döma forskaren och psykiatern Christopher Gillberg för tjänstefel när han vägrade lämna ut forskningsmaterial till kritiker. Domen innebär slutpunkten på en tio år lång process. ■

Förlikning i mål om läkare som hoppade av nyanställning

Arbetsgivaren Achima Care har dragit tillbaka sitt skadeståndskrav på den läkare som hoppade av det nya jobbet efter beskedet att han ensam skulle ansvara för 3 400 patienter. Läkaren menade att man kommit överens om att det från starten skulle finnas två läkare på vårdcentralen. Förlikningen innebär att parterna står för sina respektive advokatkostnader. ■

bland annat lyft frågor som handlar om nödvändig kompetensutveckling och om att se över anställningsformer för legitimerade läkare. Frågor som det finns ett gemensamt intresse hos parterna att arbeta för.

I mars, när parterna insåg att ett nytt avtal inte skulle bli klart före den sista mars, förlängdes avtalet. Det kan nu sägas upp med sju dagars uppsägningstid. Nästa förhandlingsträff är den 23 april.

Elisabet Ohlin

Följ förhandlingarna på <http://www.slff.se/avtal2012>.

»Brist i journalsystem omöjliggör kontroll«

Brister i det IT-system som används på bland annat Akademiska sjukhuset gör det omöjligt att kontrollera om läkare missbrukar sin möjlighet att läsa patientjournaler. Det hävdar Datainspektionen i ett beslut efter anmälan från en patient.

Det handlar om en funktion i det elektroniska journalsystemet som kallas »Alla läkaranteckningar LUL«. När en läkare öppnar denna

funktion, visas de 20 senaste läkaranteckningarna från vård inom landstinget. Oavsett hur mycket läkaren har läst, visar loggen sedan att hen varit inne på samtliga 20 anteckningar.

Miki Agerberg

Läs mer En längre version av artikeln är publicerad på Lakartidningen.se.

Psykiatrilagsutredningen:

Tvångsvård ska kunna sättas in i ett

Psykiatrilagsutredningen föreslår att psykiatrisk tvångsvård ska kunna sättas in tidigare i ett sjukdomsförlopp, när insatserna är mer effektiva. Tuula Wallsten från Svenska psykiatriska föreningen är positiv till förslaget.

Utredaren vill göra det möjligt att gå in med psykiatrisk tvångsvård något tidigare i en persons sjukdomsförlopp. Det ska räcka att personen har ett »påtagligt behov« av psykiatrisk vård till följd av allvarlig psykisk störning, i stället för som i dag ett »oundgängligt behov«. Påtagligt behov av vård innebär att det är sannolikt att patienten får sin psykiska funktionsförmåga avsevärt förbättrad, eller avsevärt

försämrad om vård uteblir.

Det är en bra förändring, tycker Tuula Wallsten. Hon är chefläkare för Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling vid landstinget i Västmanland, och hon är också ordförande i Svenska psykiatriska föreningens arbetsgrupp som utarbetar nya riktlinjer för psykiatrisk tvångsvård.

– Många kollegor tycker det är för svårt att få patienter inlagda i dag, säger hon. Men det beror förstås inte bara på de strikta kriterierna, utan också på att vårdplatserna har blivit färre.

Tuula Wallsten är också positiv till flera av de andra förändringar i tvångsvården som

utredningen föreslår: att det tydligt ska preciseras vilka tvångsåtgärder som får användas och när, och att det ska bli möjligt att tvångsvårda en person med utvecklingsstörning eller autism. Men hon är mer tveksam till att öppen psykiatrisk tvångsvård ska bli möjlig även om patienten inte först har fått slutet psykiatrisk tvångsvård.

På flera av dessa punkter ser hon en återgång till rättsläget före den senaste stora lagändringen 1992. Då ersat-



Tuula Wallsten

tes den dåvarande tvångsvårdslagen, LSPV, med två: lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV.

Det uttalade syftet var att minska användandet av tvång i den psykiatriska vården, men reformen fick också andra effekter. Personer som är dömda till rättspsykiatrisk vård tar upp en allt större del av psykiatrinns allt färre vårdplatser, något som bland annat förklaras av att medelvårdtiden för en LPT-patient är 4 veckor och för en LRV-patient 5 år.

– Det har blivit en utträngningseffekt, säger Tuula Wallsten. LRV-patienterna

»Vår lagstiftning har blandat ihop vård och straff«

Psykiatrilagsutredningen föreslår att påföljden rättspsykiatrisk vård avskaffas. »Man gör en tydlig åtskillnad mellan straff i ett rättsligt sammanhang och behov av vård i ett psykiatriskt sammanhang. Vår lagstiftning har blandat ihop det«, säger rättspsykiatern Marianne Kristiansson, expert i utredningen.

Utredningen föreslår att otillräknelighetsbegreppet återinförs i straffrätten. Det betyder att man skulle ansluta sig till den internationellt vedertagna modellen, där straff förutsätter ansvarsförmåga, men där den som bedöms ha sådan förmåga kan dömas till fängelse oavsett ett eventuellt vårdbehov.

Enligt förslaget ska gärningsmän som bedöms som tillräkneliga men i behov av psykiatrisk tvångsvård kunna få det under strafftiden. Den vården ska ges inom psykiatrin och inte i fängelset.

Kan det inte bli svårare att motivera patienterna

att medverka i vården när de måste sitta av resten av straffet när de inte behöver tvångsvård längre?

– Vi har beaktat det, men vi tror inte att det blir någon större skillnad. Den här är inte vanliga psykiatripatienter och motivationsproblemet finns redan i dag, det är därför det blir så långa vårdtider i den rättspsykiatriska vården, säger Marianne Kristiansson, som är verksamhetschef vid Rättsmedicinalverket.



Marianne Kristiansson

Psykiatrilagsutredningen uppskattar att 50–100 gärningsmän per år kommer att bedömas som otillräkneliga, jämfört med 250–300 som i dag anses lida av allvarlig psykisk störning, kriteriet för att kunna dömas till rättspsykiatrisk vård.

För att vara otillräknelig ska man ha en gravt förvrängd verklighetsuppfattning.

– Det handlar om en undergrupp av schizofrena, vissa gravt dementa och vissa gravt utvecklingsstörda, säger Marianne Kristiansson, som menar att gränsdragningen blir lättare:

– Allvarlig psykisk störning är ett väldigt speciellt begrepp där man mixat

ihop olika typer av tillstånd, där en del är utomordentligt svåra att bedöma och där olika experter lägger ribban olika högt.

För att hindra att gärningsmän som bedömts vara otillräkneliga begär nya våldshandlingar föreslår man något som kallas »särskilda skyddsåtgärder«, i stället för rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

– Det är inte bra att använda

psykiatrin till samhällsskydd. Önskar samhället skydda sig mot dessa personer får man ordna det på annat sätt.

Kristina Sygel, ordförande för Svenska rättspsykiatriska föreningen, menar att det föreslagna systemet ställer högre krav på att kommunikationen mellan kriminalvården och psykiatrin fungerar bra.

– För att dömda som behöver psykiatrisk vård ska få det på samma sätt som i dag kommer det att krävas ett större utbyte mellan kriminalvården och rättspsykiatrin. Det blir viktigare att kriminalvården släpper in psykiatrin och rättspsykiatrin mer på anstalterna.

Kristina Sygel tror inte att förslaget kommer att leda till att det blir fler patienter inom den psykiatriska slutenvården.

– Jag tror inte att det att det blir någon stor explosion av patienter. Det är ju samma patienter som i dag, med samma behov.

Michael Lövrup

tidigare skede

ANSVARSFÖRMÅGA SKA KRÄVAS FÖR STRAFF

Psykiatrilagsutredningen föreslår att otillräknelighetsbegreppet, som togs bort när brottsbalken infördes 1965, ska återinföras. Samtidigt föreslår man att rättspsykiatrisk vård försvinner som en särskild påföljd och att fängelseförbudet för allvarligt psykiskt störda gärningsmän tas bort. Var man inte tillräknelig när handlingen begicks kan man inte dömas alls, och var man det kan man dömas till fängelse, även om man har en psykisk sjukdom.

Utredningen föreslår också ändringar i bestämmelserna

för psykiatrisk tvångsvård. Insatser ska kunna sättas in i ett tidigare skede, när de är mer effektiva. Dessutom införs ett särskilt »farerekvisi« som innebär att en patient ska kunna tvångsvårdas om det är sannolikt att han eller hon utgör en fara för sig själv eller andra.

Från 1992 har Sverige haft två tvångsvårdslagar, LPT för »vanlig« tvångsvård och LRV för rättspsykiatrisk vård. Utredningen föreslår att all psykiatrisk tvångsvård ska regleras i en enda ny lag. Målet är att den nya lagstiftningen ska börja gälla den 1 januari 2016. ■

slukar mycket resurser på bekostnad av andra patienter, både de med LPT och de som

frivilligt söker psykiatrisk sjukhusvård.

Miki Agerberg

astrid lindgren-fallet:

Föräldrarna anmäler barnsjukhuset

Föräldrarna till flickan vill att de läkare som enligt vittnesmål gett flickan tiopental ska höras. Nu har de – precis som narkosläkaren – anmält Astrid Lindgrens barnsjukhus till Socialstyrelsen.

I sin anmälan till Socialstyrelsens avdelning för enskilda klagomål skriver föräldrarna att de, trots omfattande utredningar och rättegång, inte fått någon förklaring till att man vid obduktionen hittade stora mängder tiopental i flickans kropp.

Föräldrarna skriver i sin anmälan: »Vi vill att sjukhuset redogör för de övriga tillfällen som av domstolen pekades ut som möjliga/sannolika för givande av tiopental till [flickan, red:s anm]. Med tanke på de omfattande konsekvenserna vill vi också veta om sjukvårdspersonal begått fel när tiopental inte journalförts eller införts i [flickans, red:s anm] medicinlistor. Slutligen undrar vi om

det är överensstämmande med vetenskap och beprövad erfarenhet att i mer än två år undanhålla information om ett givet läkemedel på det sätt som [intensivvårdssjuksköterskan, red:s anm] har gjort och om inte sjukhuset kunnat agera för att denna information snabbare skulle komma oss och utredarna till del.«

Sara Gunnarsdotter

astrid lindgren-fallet:

Intensivvårdssjuksköterskan kritisk till sjukhusledningen

Den intensivvårdssjuksköterska som flickans föräldrar kritiserar i sin anmälan till Socialstyrelsen för att hon »i mer än två år undanhöll« information om tiopentalordination tillbakavisar kritiken. Sjuksköterskan menar att ansvaret ligger på sjukhusledningen, som hela tiden känt till bristerna.

SG

Sjukhusledningen vill i nuläget inte kommentera vare sig föräldrarnas anmälan eller sjuksköterskans berättelse.