

# Välkommet förslag till ny tvångsvårdslagstiftning

Förslaget att ersätta dagens två psykiatriska tvångslagar med en gemensam är positivt i flera avseenden, skriver Lars Jacobsson, som har svårt att förstå invändningarna.



Foto: Colourbox

»Med dagens lagstiftning har alltför många blivit föremål för vård alltför sent.«

**D**en psykiatriska vården är ständigt under utredning, och det gäller inte minst frågan om tvång i psykiatrisk vård. Nu finns ett förslag om en helt ny tvångsvårdslagstiftning presenterat av Psykiatrilagsutredningen (SOU 2012:17). Förslaget innebär flera viktiga förändringar. I stället för två lagar – LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) och LRV (lagen om rättspsykiatrisk vård) – ska det nu bli en tvångsvårdslag.

**Förslaget innebär något större** möjligheter till tvångsvård än med nuvarande LPT, mera detaljerade bestämmelser om vilken typ av tvång som bör användas och förslag om två nya myndigheter, däribland en Tvångsätgärdsnämnd som ska pröva tvångsätgärder som kan betraktas som »extraordinära« eller som bedöms behövas under längre tid än lagen föreskriver.

För personer som begått en »otillåten gärning som inte utgör brott eftersom kravet på tillräknelighet inte uppfylls«, och som i dag sannolikt skulle ha dömts till rättspsykiatrisk vård, föreslås en ny påföljdsform – »särskilda skyddsätgärder«. Dessa ska utdömas av domstol och syfta till att förhindra återfall i handlingar som riktar sig mot eller medför fara för annans liv och hälsa, men som inte rubriceras som brott eftersom tillräknelighet återinförs som krav för att en gärning ska utgöra brott.

Lagförslaget innebär i vissa delar en återgång till den tidigare lagstiftningen, LSPV (lag om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall). Det var, menar jag, en bättre utformad lag utifrån grundsyftet att möjliggöra tvång för att hjälpa personer som drabbats av en allvarlig psykisk störning och som till följd av denna inte har ett fritt val att söka och få hjälp.

Det har varit förvånansvärt lite debatt om detta nya lagförslag. Det kan

möjligen bero på att frågorna diskuteras gång på gång mot bakgrund av de uppmärksammade våldsbrott som psykiskt störda personer gjort sig skyldiga till under årens lopp, och på att lagförslaget i detta perspektiv uppfattas som relativt rimligt.

Eftersom jag följt frågan under mina snart 45 år i psykiatrisk vårdverksamhet och aktivt deltagit i tvångsvårddebatten vill jag kommentera förslaget och en del av den kritik som kommit.

**Kravet i nuvarande lagstiftning** att personen ska ha ett »oundgängligt behov« av psykiatrisk vård ersätts med att personen ska ha ett »påtagligt behov« av psykiatrisk vård. Man behåller begreppet *psykisk störning* i stället för *psykisk sjukdom*, som jag menar egentligen vore bättre. Nu har dock begreppet psykisk störning blivit så etablerat att det inte finns anledning att återuppta den diskussionen.

Den nya indikationen »påtaglig psykisk störning« medger ett tidigare ingripande, som enligt min mening är mycket mera positivt ur patientens, men också ur vårdens synvinkel. Om man ska kunna ingripa först när ett »oundgängligt vårdbehov« föreligger har patienten ofta redan hamnat i en väldigt bekymmersam situation, i både fysisk, psykisk och ekonomisk misär. Patienten har från behandlingssynpunkt också blivit betydligt mera krävande, både insatsmässigt och med hänsyn till den tid det tar att behandla.

**En viktig nyhet är att man återinför ett** förtydligande av vad som avses med »påtagligt behov av psykiatrisk vård«. Med det menas att patienten kan få sin psykiska funktionsförmåga avsevärt förbättrad genom vård eller försämrad om vård uteblir, eller att hon/han utgör en fara för sitt eget eller andras liv eller hälsa. Detta fanns i den gamla LSPV och utgör en viktig vägledning.

Svenska psykiatriska föreningen undrar i sitt remissvar över innebörden i begreppet »psykisk funktionsförmåga«. Det är litet förvånande att en specialförening anser sig behöva hjälp av

lagstiftaren för att definiera ett sådant begrepp.

**Kritikerna, bl a Svensk psykiatriska** föreningen och framför allt Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH), menar att den nya lagen skulle innebära en risk för att patientens ställning försvagas, att lagen öppnar för »lättvindig« tvångsvård, att fler personer blir aktuella för tvångsvård och att vårdtiderna skulle bli längre. En annan invändning är att tvångsvård skulle aktualiseras snarare utifrån beteende än baserat på att det finns en allvarlig psykisk störning. Med den något utvidgade personkretsen skulle patienter med t ex utvecklingsstörning, med eller utan autismspektrum, bli föremål för tvångsvård trots att det »sällan finns möjlighet att ge någon form av behandling«. Man har också invändningar mot att lagtexten anger att psykiatrisk tvångsvård ska ges, till skillnad från den nuvarande formuleringen att psykiatrisk tvångsvård *får* ges.

**Jag har svårt att förstå någon av dessa** invändningar. Det nya lagförslaget innebär mera detaljerade beskrivningar av hur tvångsvården ska utformas och vilken typ av tvång som får användas. Det är möjligt att något fler personer blir aktuella för tvångsvård med den föreslagna indikationen, men det ser jag i så fall snarast som en fördel. Jag tycker att med den nuvarande lagstiftningen har alltför många blivit föremål för vård alltför sent. Risken att vårdtiden skulle bli längre kan jag heller inte förstå, snarare torde den bli kortare eftersom patienten kommer till vård i ett mindre allvarligt tillstånd.

Invändningen att tvångsvården skulle styras av patientens beteende är också svårbegriplig. Beteendet är ju en del av manifestationen av psykisk störning. Märklig är likaså invändningen att det inte skulle finnas någon form av behandling. Dels är det defaitistiskt, dels kan man alltid göra något för patienter även om vi inte har en specifik behandling. Slutligen tycker jag att det är bra att lagen nu säger att psykiatrisk



**LARS JACOBSSON**  
professor emeritus, psykiatri,  
Umeå universitet  
lars.jacobsson@vll.se

tvångsvård »ska« ges. Tvångsvård är den yttersta konsekvensen av omsorg, och det är samhällets skyldighet att ge sådan vård, inte bara öppna för möjligheten att kunna ge vård.

Det har också anförts att det skulle vara problematiskt för legitimerade läkare att skriva vårdintyg med den nya formuleringen av skälen för tvångsvård. Det är mycket viktigt att observera att i den nya lagen, precis som i nuvarande LPT, räcker det för vårdintygsskrivande läkare att det finns »sannolika« skäl för att förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda. Kravet är alltså inte att en icke-specia-

list ska göra den slutgiltiga bedömningen. Det är fortfarande upp till psykiatern och psykiatrin att se till att tvångsvården blir så gynnsam för patienten som möjligt.

**Tvång i vården är inget undantag** – även om det ofta beskrivs så. Tvång är inte heller principiellt oförenligt med god vård, som RSMH hävdar i sitt remissvar. Det tillgrips i en Extremsituation, av omsorg och solidaritet. Lagen är en vårdlag, inte en skyddslag gentemot psykiatrisk vård. Den ger psykiatrin ett tydligt ansvar att ge vård när det behövs, också under tvång. Möjlig-

heten att hjälpa på ett bra sätt ökar om man kommer in tidigare i ett sjukdomsförlopp. Det avgörande är hur personalen utför vården och att man hela tiden kommunicerar med sin patient. Och här finns förvisso mycket mer att göra. Om samhället tvingar någon till vård måste vården vara den bästa vi kan åstadkomma. En välfungerande och respekterad psykiatri skulle vara mindre skrämmande att söka i ett tidigare stadium av psykisk ohälsa, vilket också skulle minska behovet av tvång.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**APROPÅ!** Relationen patient–läkare

# Lämna inte svåra besked per telefon

När en bekant till mig fick diagnosen multipel skleros (MS) i mitten av 1970-talet skedde det per telefon. Han fick ta hand om konsekvenserna av beskedet själv. Det blev en svår period. Aldrig skulle han själv lämna ett så allvarligt besked till någon av sina medarbetare eller anställda per telefon. Han hoppades att det här var ett olycksfall i arbetet och att svåra besked inte lämnas på detta sätt i den svenska sjukvården. Det hoppades jag också. På senare tid har jag dock börjat fundera på om det bara var olycksfall i arbetet.

**I Neurologiskt handikappades** riksförbunds tidning Reflex [1] kan man läsa om vad en patient upplevde då han fick sin diagnos per telefon. Ungefär samtidigt läste jag på en blogg [2] om en annan MS-patient som fått diagnosen på samma sätt. Båda patienterna bytte läkare efter detta.

Artisten Andreas Lundstedt berättade i radio [3] att han fick beskedet i sin mobil om att han var HIV-positiv. »Hade jag stått på Västerbron

då samtalet kom vet jag inte vad som hade hänt.«

**Kan det vara så att detta inte** är olycksfall i arbetet utan vanligare än så, och vad beror det i så fall på? Jag beslöt att göra en liten enkätundersökning genom att fråga läsarna på min blogg om på vilket sätt de fått sin MS-diagnos. 101 självrekryterade personer svarade (Tabell 1). Glädjande var att tre fjärdedelar av de svarande fick sitt besked vid personligt besök. Men drygt var femte person fick diagnosen per telefon eller per brev. Undersökningsresultatet går inte att generalisera, men om det speglar en tendens i sjukvården är det otillfredsställande. Förutom de risker som finns med att ge svåra besked utan att ha personen i fråga framför sig är det förödande för relationen patient–läkare och inte heller bra för vare sig patient eller läkare personligen.

Att få ett svårt besked leder ofta till någon form av krisreaktion där man behöver stöd i någon form. Om beskedet ges ansikte mot ansikte

blir det lättare att ta ny kontakt vid behov, och man kan redan där bestämma lämplig uppföljning. Hur reaktionerna tas om hand är viktigt för förloppet. Andreas Lundstedts HIV-besked ledde till flera år av riskfyllt liv med missbruk och farligt beteende [4].

**Om det inte är en enstaka** företeelse att svåra besked ges per brev eller telefon finns kanhända en förklaring i samhällsutvecklingen. Läkarens roll och arbetssituation har i likhet med många andra yrkesgruppers förändrats. Arbetsbelastningen är hög med övertid och ofta förkortade lunchraster samtidigt som inflytandet över det egna arbetet försämrats.

En försämrad arbetsmiljö är negativ även för patienterna. I tidningen Sjukhusläkaren [5] skrev man om läkares arbetsmiljö och dess betydelse för patientsäkerheten.

Prästen och psykoterapeuten Jakob Carlander går i sin bok »Att lämna svåra besked« [6] igenom olika typer av svåra besked, reaktioner då man får beskedet och vad som kan följa. Ett speciellt kapitel handlar om svåra besked i vården. Han skriver att det är tungt att sätta sig ned med en människa och tala om att hon har en svår sjukdom. Det kan vara en orsak till att beskedet lämnas per brev eller per telefon. Den fortsatta utvecklingen blir då lidande – patienter-

na kan känna sig utlämnade och bli mer osäkra avseende mediciner och andra behandlingar, med sämre följsamhet som följd.

**Min förhoppning** är att jag skrivit detta i onödan, och att svaren i bloggenkåten enbart speglar olycksfall i arbetet. Hur som helst är Jakob Carlanders bok värd att läsas och diskuteras. Den kan ge värdefulla insikter i vad som händer då man får ett svårt besked och vad som händer med den som ger dessa besked.



Foto: Colourbox

**Sune Överhagen**

leg läkare, pensionär, Mangskog  
thisissune@gmail.com

**REFERENSER**

1. Ejderhov T. I början var jag livrädd. Reflex. 2012;(1):20-2.
2. Söder om landsvägen. Blogg. <http://mina-utmaningar.blogspot.se/2010/04/244-sjukhus-och-langpass.html>
3. Lundstedt A, Blankens C. Mitt positiva liv. Stockholm: Norstedts; 2012.
4. Wedin M. Läkarens arbetsmiljö är viktig för patientsäkerheten. Sjukhusläkaren. (14 mars 2008) <http://www.sjukhuslakaren.se/2008/03/14/lakarens-arbetsmiljo-ar-viktig-for-patientsakerheten/>
5. Carlander J. Att lämna svåra besked. Stockholm: Gothia; 2010.

**LÄS MER** Fullständig referenslista  
Läkartidningen.se

**TABELL 1.**

**Hur fick du besked om din MS-diagnos? (Procent.)**

|   |         |
|---|---------|
| Personligt besök hos läkare                         | 45 (44) |
| Personligt besök hos läkare tillsammans med anhörig | 28 (27) |
| Av sköterska  | 2 (1)   |
| Per brev  | 4 (3)   |
| Per telefon   | 20 (19) |
| På annat sätt                                       | 2 (1)   |