

Replik till Eva Lindström och Sten Levander:

## Profylaktisk tvångsmedicinering är att skjuta i halvmörker

Eva Lindström och Sten Levander hävdar (LT 48/2006, sidorna 3849-53) att öppenvårdstvång behövs, eftersom psykiatrin idag har sådana brister att den inte kan klara vissa patienter utan den möjligheten. Vår åsikt att utvidgningen av Tvångslagen innebär en risk grundas på samma uppfattning om psykiatrins nuvarande status, men vår slutsats är den motsatta:

Låt oss först restaurera psykiatrin och sedan fråga oss om vi måste utöka tvånget. Argumentet att lagförändringen brådskar, därför att vi annars kommer att få nya »vansinnesmord« som skulle ha undvikits med denna lag, saknar evidens.

**Naturligtvis är det riktigt** att vissa personer med missbruk, personlighetsstörning och/eller psykosproblematik löper en ökad risk att utföra våldshandlingar. Det är bland annat därför vi måste ha tvångsåtgärder i psykiatrin. Problemet är att vi inte från början vet vilka som reellt är farliga. Visste man det skulle vi inte ha några problem med en utvidgning av tvånget.

De som har bevisad farlighet ska naturligtvis kunna dömas till tvångsbehandling. Farlighetsbedömning är ofta alltför osäker för att ligga till grund för en kanske livslång »profylaktisk« tvångsmedicinering, även i erfarna psykiatrens händer. Att tvångsbehandla alla som vi anar kan utgöra någon fara för sig själva eller andra innebär ett stort ingrepp i människors liv.

Regeringens utredare Anders Milton talar i intervjuer om »ett fåtal«, utred-

ningen talar om ett tusental personer som tvånget skulle vara aktuellt för. Lindström och Levander nämner med oklara argument siffran nio tusen! Det är som att skjuta i halvmörker. Vad medför minst skada? Detta är en etisk avvägning som statsmakterna måste göra.

Lindström och Levander understryker kraftfullt psykiatrins dåliga status idag. De lägger bland annat skulden på brukarorganisationernas destruktiva effekter och menar att dessas kritik har medfört att »klinisk psykiatrisk forskning successivt har marginaliserats för att idag vara näst intill utplånad«.

**Vi håller med om synen** på de sorgliga bristerna i dagens kliniska forskning. Däremot är Lindströms och Levanders tolkning av orsaken bekymmersam. Skulle alla landets psykiatriprofessorer inte kunna hålla stånd mot, eller inte klara att leva i dialog med, en grupp före detta psykiatriska patienter som organiserat sig för att förbättra vården?!

Nämn någon aktivitet från RSMHs sida under de senaste decennierna som skulle kunnat medföra skärvan av dessa destruktiva effekter! De påtryckningar de gjort har tvärtom medfört att psykiatrin humaniserats och att den offentliga kontrollen förstärkts.

**Margot Wallström dristade sig** för ett decennium sedan att som socialminister kritisera psykiatrin liksom kommunernas hantering av Psykiatireformen. Därmed »devalverade hon inte bara psykia-

trins personal på alla nivåer utan också dess vetenskapliga kunskap och trovärdighet«, menar Lindström och Levander.

Vi tror inte att hennes kritik utgick från ett politiskt grundat förakt för psykiatrins personal. Förmodligen såg hon, liksom Lindström och Levander, att något höll på att gå helt fel inom psykiatrin. Trots allt hade hon ju som politiker att ansvara för att professionen möter vårdtagarnas behov. Att känna till nittonhundratalets i backspegeln så dystra psykiatrichistoria borde vara tillräckligt för att höja varningsflagg då anatema uttalas mot kritiker utanför professionen.

**Utvidgningen av Tvångslagen** kommer troligen att gå igenom. Den är väl förankrad politiskt. Men vi måste se de etiska komplikationerna, särskilt som de flesta debattörer menar att utvidgningen kommer att bli onödig med en förbättrad psykiatri. Ska verkligen lagen vara till för att dölja psykiatrins brister? Är inte detta vad som kan kallas för bekvämlighetslagstiftning?

**Filipe Costa**  
verksamhetschef,  
Psykiatrin Södra i Stockholm  
filipe.costa@sll.se

**Jan-Olof Forsén**  
förbundsordförande, RSMH

**Johan Cullberg**  
gästprofessor i psykiatri,  
Ersta Sköndal högskola

Replik till Ulf Brettstam:

## Ulf Brettstam förväxlar orsak och verkan

Jag har bett Ulf Brettstam att underbygga sitt bisarra påstående om att jag skulle ha utövat antipsykiatrisk propaganda och därigenom varit ansvarig för många patienters förtidiga död. I sitt svar i Läkartidningen 50-52/2006 (sidan 4054) har han av naturliga skäl inte förmått det.

**I stället för att granska** mina läroböcker citerar han ur tidskriften Socialpolitik en intervju med fyra medarbetare i Nackaprojektet. Där kritiserade jag oskicket att personalen inte alltid bar namnskylt. Som klinikchef hade jag ett ovillkorligt,

men inte alltid populärt, krav på tydlig namnskylt och yrkesbeteckning bland personalen. Antipsykiatri?

Därefter citeras sociologen Rosmari Eliasson. Hon angrep Nackaprojektet ur ett antipsykiatriskt perspektiv, för att vi var alltför psykiatriska och använde både diagnostik och psykofarmaka. Vi lade också upp landets första vetenskapliga registerstudie över förändringen i sluten- och öppenvården. Har Brettstam överhuvudtaget läst artikeln? Den uttrycker raka motsatsen till vad han påstår.

Hans angrepp har syftet att misstänk-

liggöra mina motiv då jag uttryckt oro för utvidgning av tvångslagstiftningen. De läsare som till äventyrs fortfarande tänker »ingen rök utan eld« blir mera upplysta då Brettstam talar om avhospitaliseringsvägen som »den största sjukvårdsskandalen i modern tid«. Här förväxlar han orsak och verkan och visar risken med historisk naivitet.

**Vi som var unga på 1960-talet** minns hur patienter slutenvårdades livslångt, enbart därför att det inte fanns en öppenvårdsorganisation värd namnet, med psykiatrisk rehabilitering och socialt

stöd. Vi visade hur inläggningar och vårdtider minskade starkt då öppenvården utvecklades och samarbetet med socialtjänsten fördjupades. Tillkomsten av lagparagrafen om att funktionshindrade skulle ha rätt att »leva som andra« blev en avgörande draghjälp för att kommunerna skulle göra sitt.

**Är det något vi har evidens för idag,** är det de långa institutionaliseringarnas destruktiva effekter på patienters livsmod, för att inte tala om hur deras sår-

bara kognitiva förmågor ytterligare ned-sattes av passiviseringen. Om Brettstam säger att jag varit tongivande inom denna rörelse, vilket är en överdrift, är det något jag känner hedrande.

Att vissa landsting och särskilt storstadskommuner varit sena och försumliga i att skaffa fram alternativa sjukhemsplatser, kollektiva och andra skyddade boenden, så att utskrivningarna blev forcerade och destruktiva, är inte reformens fel.

Många patienter kom då att leva i mi-

sär. Men det var faktiskt inte så i de landsting och kommuner där man tog reformen på allvar. Vem ställs till ansvar för dessa försummelse?

Men Brettstams nostalgiska längtan efter institutionen som »ett enda hem« för de psykiskt sjuka må han odla i enskildhet.

**Johan Cullberg**

gästprofessor i psykiatri,  
Ersta Sköndal högskola  
j.cullberg@swipnet.se

## Utökade möjligheter till eutanasi diskuteras i Belgien

Under september 2006 har ett belgiskt lagförslag diskuterats som gäller utvidgad rätt till eutanasi. Rätten skulle även komma att omfatta barn under 16 år och demenssjuka vuxna. I Belgien definieras eutanasi (aktiv dödshjälp) som en livs avslutande handling utförd av en annan person (oftast en läkare) på patientens uttryckliga och upprepade begäran. Situationen visar att den goda viljan kan dra åt helt olika håll.

### Förslaget i korthet

- Ansökan om eutanasi skall vara frivillig – patienten får inte pressas av andra; läkaren måste försäkra sig om att det inte är fallet.
- Ansökan skall vara genomtänkt – läkaren måste ha talat med den sjuka om vad sjukdomen innebär, om den kan behandlas på något sätt och om det finns möjlighet att få lindring av lidandet, som vid palliativ medicinsk behandling.
- Ansökan skall ha aktualiserats flera gånger så att läkaren försäkras sig om att det inte rör sig om en impuls.
- Läkaren måste bedöma situationen som konstant och outhärdlig.
- Patienten skall därefter undersökas personligen av en annan och opartisk kollega, och denne måste ha gjort samma värdering och kommit fram till samma slutsats för att man skall kunna gå vidare.
- Eutanasihandlingen skall slutligen utföras av husläkaren i patientens hem.

**De belgiska organisationerna** för palliativ vård hade föreslagit att den andra läkaren skulle ha specialutbildning i palliativ medicin. Trots att den belgiska hälsoministern insåg det kloka i förslaget vågade hon inte låta beslutet bli försenat genom en ny behandling i parla-

mentet. Ministern misstänkte att förslaget i så fall inte skulle gå igenom. I stället rekommenderades att den praktiserande läkaren skulle samtala med ett palliativ team, om ett sådant är involverat i vården, samt även med patientens familj om så önskas. Husläkaren skulle sedan utföra eutanasihandlingen och med de läkemedel som rekommenderas, eller hänvisa till annan kollega.

Efter döden skulle läkaren rapportera till en särskild kommission om tid och plats för dödsfallet, skälen till eutanasi, hur proceduren skett med angivande av namnen på de två läkare som varit involverade. Om rekommendationerna följts skulle eutanasi undgå rättspåföljd, annars skulle handlingen rättsligt kunna prövas under rubriceringen mord.

**I Belgien kan en person skriva** ett livstestamente, där man anger att man önskar eutanasi om man skadas vid en olycka eller får en obotlig sjukdom som leder till medvetlöshet. En sådan deklaration skall vara skriftlig, vara bevittnad och signerad av ojäviga personer. Livstestamentet dateras och överlämnas till en betrodd person som sedan skall ansvara för att behandlande läkare får deklarationen, om en sådan situation skulle uppstå.

**Enligt World Medical Association** får läkare inte delta i livs avslutande handlingar som eutanasi. Läkaren har en direkt plikt att motarbeta förordningar och lagar som syftar till att kränka de mänskliga rättigheterna och rätten till liv i artikel två i Europeiska människorättskonventionen. I Sverige är eutanasi inte laglig, vilket även framgår av Svenska Läkaresällskapets etiska regler.

**Lidandet omöjligt att bedöma.** Den belgiska senatoren och juristen Nyssens

framhöll i debatten som helt oacceptabelt att en definition saknas av vad man i lagens mening skulle avse med ett »konstant och outhärdligt plågsamt lidande«, särskilt om patienten inte är i livets slutskede. Lagen definierar inte, och kan inte heller definiera, ett sådant tillstånd. Hon hänvisade även till en undersökning publicerad i Lancet 2001, där det visade sig att 5,3 procent av de skadade som initialt hade uppfattats som utsiktslösa efter en olycka, så småningom visade sig överleva.

### Autonomi och indikationsglidningar.

Skälet till att man vill ha en utvidgad eutanasilag i Belgien är en önskan att människor skall få ett självbestämmande över livets slut. Detta kan låta välmående men rimmar särskilt illa med att utvidga lagen till att omfatta även dementa och barn som inte kan utöva sådant självbestämmande (autonomi). De svagaste i samhället skulle komma att vara helt oskyddade. De outtalade parallellerna i diskussionen med vad som skedde i Europa under 1930-talet ger mycket kusliga associationer.

**Anne-Marie Boeck Gravgård**

leg läkare, specialist i invärtesmedicin  
och palliativ medicin, Helsingborg  
pall.boeck@telia.com

**Bengt Säfsten**

leg läkare, specialist i invärtesmedicin,  
gastroenterologi och hepatologi, Uppsala

\*

Bakom inlägget står styrelsen för  
Nordiska föreningen för katolska läkare