

ningen att de patienter saken gäller, på grund av sin sjukdom, saknar tillräcklig förmåga att på ett rimligt tryggt och säkert sätt utöva sin autonomi utan att riskera eget liv och hälsa, och för en smärre del patienter också andras liv och hälsa, har JC valt att inte kommentera.

Avslutningsvis ber jag JC tipsa om vilken saklig (vetenskaplig) grund han har för sitt påstående i LT 39/2006 (sidorna 2885-6) att »Vi vet att majoriteten [dvs >50 procent] av de schizofrena patienternas naturlförlöpp går mot läkning och minskat medicinberoende över åren om de får leva i meningsbärande [?] sammanhang«. Helt andra siffror (12-15

procent) avseende »recovery« vid schizofreni rapporteras t ex av Modestin och medarbetare [2].

**Ulf Brettstam**

biträdande chefsöverläkare,  
psykiatriska kliniken, Eksjö  
Ulf.Brettstam@lj.se

**REFERENSER**

1. Hartelius H. Hemlösa i USA ofta psykiskt sjuka. Kan denna utveckling förhindras i Sverige? Läkartidningen. 1986;83:2533.
2. Modestin J, Huber A, Satirli E, Malti T, Hell D. Long-term course of schizophrenic illness: Bleuler's study reconsidered. Am J Psychiatry. 2003; 160:2202-8.

**Svar till Arozenius, Lindström, Levander och Brettstam:**

**Först en förbättrad vård, sedan tvång**

■ Torsdagen den 25 januari dödades en 8-årig pojke av en 27-årig man, som några månader tidigare skrivits ut från två års rättspsykiatrisk vård för mordbrand. Av berättelserna att döma hade han ett återfall i psykosjukdom. Sten Levander kommenterar i SvD dagen efter att »det kommer att hända igen och igen så länge det saknas tvång inom öppenvården och bristen på vårdplatser förblir skriande«. Ändå hade den gripne förövaren frivilligt gått på öppenvårdsmottagningen och hade nyligen bedömts av flera experter som icke farlig.

**Vi har svårt att se** att det var brist på tvångsmöjligheter som låg bakom katastrofen. Och vilken erfaren psykiater kan utan vidare säga att han/hon inte skulle kunna göra en total miss då det gäller farlighetsbedömning – i båda riktningarna? Tanken på en nollvision är tyvärr verklighetsfrämmande. Vi bör ha medkänsla med kollegan som missbedömde om framtiden.

En sektionschef i Stockholms södra sjukvårdsområde menar i samma tidning att »om patienten hörde röster är det ofta ett tecken på allvarlig psykisk sjukdom. Då är det tveksamt om patienten över huvud taget skulle skrivas ut«.

Frånsett möjligheten att de intervjuade är felciterade, uttrycker citaten paradoxalt svårigheterna och riskerna med att i lag vidga indikationerna för tvångsbehandling i öppenvård. Om den intervjuades åsikt skulle vara representativ för psykiatrer i allmänhet skulle tiotusentals svenskar som idag lever relativt gott utanför sjukhusen behöva tvångsvårdas.

Man hävdar att detta lagförslag skulle förebygga psykotiska mord. Inte minst

politiker måste känna sig lockade av dess skenbara rationalitet. Ändå är det ett önsketänkande och saknar veterligt vetenskaplig evidens. Man tänker i sitt behov att »göra något« inte på att målgruppen är minst sagt dåligt avgränsad. Är det ett fåtal, ett tusental eller många tusen? Alla siffrorna förekommer i sammanhanget. Vem tar ansvaret när säkerhetstänkandet så tar överhanden att indikationsglidningen blivit ett faktum?

Den andra tanken med lagförslaget är att minska återfallen i psykos hos de »vanliga« psykospatienterna. Risken med utvidgningen av lagen blir att många patienter tvångsbehandlas i stället för att följas upp och aktivt motiveras till behandling liksom att deras livsomsständigheter förbättras. En klausul om stöd är visserligen fogad till lagförslaget men helt utan sanktioner för vårdgivarna.

**Till Arozenius, Lindström och Levander**

(de senare i LT 5/2007, sidan 353) kan sägas att visst finns det tvång som är till godo. Problemet är vilka som ska utsättas för det och med vilken kunskap och etik patientens behov av integritet ska underställas samhällets krav på säkerhet. Där kan väl ingen påstå sig ha en absolut kunskap, och debatten är därför viktig. Brettstams inlägg avstår vi från att bemöta.

**Johan Cullberg**

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

**Jan-Olof Forsén**

förbundsordförande, RSMH  
(Riksförbundet för social och mental hälsa)

**Vi tackar vänligt men bestämt nej till Hofvanders omsorger**

Argumenten för- och emot omskärelse av judiska och muslimska pojkar är välkända för denna tidnings läsekrets. När Yngve Hofvander (YH) fortsätter sitt korståg (sic) mot omskärelse anför han inga nya argument i sak (Läkartidningen 5/2007, sidorna 354-5).

**Judendomen är en dynamisk** och föränderlig religion, och data som skulle visa att omskärelse på åttonde dagen är skadlig på kort eller lång sikt för dessa pojkar skulle få undertecknade att ompröva sin syn. Hofvanders åsikter är helt irrelevanta så länge de bara baseras på tro och tyckande. Det åligger den som vill förbjuda en flera tusen år gammal tradition, som troende judar gått i döden för att försvara, att framlägga bäraktiga bevis för ingreppets risker. Vi medverkar gärna tillsammans med YH i en studie avseende svenska förhållanden.

**De få nya infallsvinklar** Hofvander nu tar upp imponerar inte. Världen över dör hundratusentals kvinnor årligen på grund av illegala och oskickligt utförda aborter. Ingen tycker att rätt medicin mot detta är att förbjuda aborter. I analogi med detta resonemang är det lika tokigt att förbjuda omskärelse därför att afrikanska pojkar far illa av oskickligt utförda ingrepp.

**När alla argument** har stötts och blötts blir frågan vilket samhälle vi vill leva i. Vi har turen att leva i ett land med demokrati och religionsfrihet. Som föräldrar vill vi också kunna forma våra barn i en för oss önskvärd riktning. Så länge vår påverkan inte skadar barnen eller samhället utan tvärtom stärker en tillit och självkänsla tackar vi vänligt men bestämt nej till Hofvanders omsorger om våra nyfödda pojkar.

**Folke Flam**

överläkare,  
Gynekologkliniken Stockholm  
i samarbete med Capio S:t Görans sjukhus  
Folke.Flam@gynekologkliniken.se

**Daniel Schmidt**

överläkare, medicinkliniken,  
Capio S:t Görans sjukhus, Stockholm