

När barn far illa eller riskerar att fara illa:

Den absoluta anmälningsplikten måste kunna tolkas mindre bokstavligt

Sjukvårdens personal är enligt lag ålagd att anmäla till socialtjänsten om ett barn far illa eller riskerar att fara illa. Men att omedelbart anmäla, dvs innan patientens situation är utredd, försvårar inte bara för det verkliga offret att delge sin fullständiga berättelse utan ökar också risken för anmälan på felaktig grund. Detta är ett etiskt dilemma som måste diskuteras öppet.

Vi som arbetar kliniskt och lyder under Hälso- och sjukvårdslagen omfattas av en paragraf i Socialtjänstlagen som kräver att vi genast ska anmäla sådant som kan tyda på att ett barn far illa eller riskerar att fara illa. Anmälningsplikten är absolut och får därmed inte bli föremål för överväganden av tjänstemän eller yrkesutövarna själva.

Alla myndigheter inom hälso- och sjukvården (inklusive enskild verksamhet) omfattas av bestämmelserna, oberoende av om deras verksamhet riktar sig direkt till barn eller inte. Anmälningsplikten bryter dessutom omedelbart sekretessen inom hälso- och sjukvården. Underlåter man denna skyldighet anses det vara tjänstefel enligt Brottsbalken.

Hur tolkar vi då i vår kliniska vardag en lag som ger oss såväl möjligheter som skyldigheter att på väsentliga punkter regelbundet avsäga oss vårt eget omdöme? Vilka etis-

ka dilemman hamnar vi i om vi tolkar lagen bokstavligt? Av alla de patienter som söker barn- och ungdomspsykiatrisk vård tillsammans med sin familj skulle en stor del bli anmälda till socialnämnden redan efter första besöket. Barnpsykiatrins klientel omfattar ju per definition även hela familjer med problem, som de så sanningsenligt som möjligt förväntas beskriva för oss.

Att socialnämnden vid sådana anmälningar ofta bedömer att familjens benägenhet att söka barnpsykiatrisk hjälp i sig är en förmildrande omständighet fråntar inte oss inom sjukvården vår skyldighet att genast rapportera aktuell information – och ny som uppstår efter hand – om att ett barn eventuellt far illa eller riskerar att fara illa.

I det vuxenkliniska arbetet, där man indirekt kan få information om barn, torde lagen vara ännu mer delikatt att hantera. Ett exempel är en läkare som vid en somatisk undersökning av en vuxen patient får ta del av familjeförhållanden som skulle kunna betyda att barn far illa, psykiskt eller fysiskt. I sådana fall efterfrågar lagtexten inte läkarens eget omdöme,

utan enbart hans eller hennes agerande att skyndsamt rapportera sin information om barnets situation till nämnden.

Vad innebär det att »fara illa« eller att »riskera att fara illa«? Lagtexten ger varken utrymme för egna överväganden eller tid för att undersöka saken närmare. Och hur skyddar vi vårt kliniska uppdrag från denna lag som, i de fall vi tolkar den bokstavligt, gör oss till de sociala myndigheternas agenter?

Som myndighet har socialtjänsten såväl befogenhet som skyldighet att utreda och ingripa i den enskilda människans liv. Dess myndighetsuppdrag skiljer sig därmed markant från hälso- och sjukvårdens uppdrag att utreda och åtgärda i *samarbete med* patienten. Tystnadsplikten fungerar som ett skydd för denna process och innebär en möjlighet för patienten att tala fritt.

Lagen om absolut anmälningsplikt föregår vår tystnadsplikt och innebär en lagstadgad sammanlänkning av sjukvården och socialtjänsten. Är patienterna medvetna om detta när de talar med oss? Vad skulle hända med deras berättelser om vi påminde dem? Hur skulle det påverka möjligheten att utföra vårt kliniska uppdrag?

I Socialstyrelsens skrift »Anmälningskyldighet om missförhållanden som rör barn« [1] finns följande exempel: Ett barn kommer till sjukvården med en skada som kan tyda på misshandel. Anmälan till socialtjänsten förutsätts göras skyndsamt: »Vid en närmare medicinsk undersökning av barnet visar det sig emellertid att skadan har en helt annan



Foto: Mats Alm/IBL

När det gäller barn som far illa – vilka etiska dilemman hamnar vi i om vi tolkar lagen bokstavligt?

förklaring. Detta bör [min kursivering] sjukhuset underätta nämnden om.«

Vi kan konstatera att lagen inte medger att den medicinska bedömningen slutförs innan anmälan görs. Vi kan också konstatera att den enskilda yrkesutövaren inte har en absolut skyldighet att korrigera en tidigare felaktig brottsanmälan, trots att han eller hon som medicinsk expert i just ett sådant ärende torde vara den som socialtjänsten senare kommer att vara beroende av för att kunna utreda anmälan.

Till barn- och ungdomspsykiatrien inkommer också en del fall på remiss direkt från socialtjänsten. Familjen är då redan föremål för en enligt lagen tvingande social utredning, eftersom barnet visat symptom på psykisk ohälsa och man misstänker att barnet far illa av någon anledning.

Psykiatrins tvingande uppdrag blir att uttala sig om barns psykiska status. I sådana sammanhang ställs mycket



EVA LÖWSTEDT
leg psykolog,
barn- och ungdoms-
psykiatriska kliniken,
Kungälv's sjukhus

eva.lowstedt@vgregion.se

»Att tolka lagen om anmälan bokstavligt är inget vi blir anklagade eller anmälda för, men är en sådan positionering till för att värna patienten eller oss själva?«

ofta frågan om barn från dessa miljöer av olika gränsöverskridande handlingar också utsatts för sexuella övergrepp. Ett vanligt scenario är att barnets mor eller hennes företrädare, t ex en socialsekreterare, föreställer sig att barnet utsatts för sexuella övergrepp av t ex barnets far, styvfar eller bror.

Barnets symtom på psykisk ohälsa och förpsykoanalytiska teorier om trauma och förförelse ligger bakom antagandet att just en traumatisk eller tragisk förförelseakt ägt rum. Antagandet har gjorts av någon vuxen i barnets närmaste omgivning som upptäckt att barnet har en (i den vuxnes tycke) alltför avancerad, dvs icke-åldersadekvat, kännetecken om sexuella företeelser.

Berättelser som denna innehåller en mängd svårigheter som på grund av sin karaktär ofta ger upphov till grav missförstånd, vilka vid en viss punkt inte sällan sanktioneras som sanning och som läser vidare utredning. Vad som egentligen hänt, är den fråga som både klinikern och juristen måste ställa sig utifrån sina olika uppdrag. Hur lång tid får en sådan utredning ta innan klinikern bör ge anmälningsplikten företräde framför tystnadsplikten?

I lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS), kapitlet om ansvar och skyldigheter, påtalas skyldigheten att anmäla till socialtjänsten att ett barn far illa. Denna skyldighet fungerar i praktiken som en påminnelse; en utebliven anmälan leder inte till någon disciplinåtgärd från Ansvars-

nämnden. Även om detta inte har med ideologiska skäl att göra verkar det som att HSAN inte tolkat lagen bokstavligt, utan i överensstämelse med vad man uppfattat som lagens mening.

Att vi inte ska skydda brottslingar eller undandra oss ansvaret att hjälpa myndigheter att skydda barn som far illa är en självklarhet. Men en alltför snäv tolkning av anmälningsplikten, dvs innan vi utförligt utrett vad patientens situation egentligen handlar om, gör det inte bara svårare för de verkliga offren att delge oss sin fullständiga berättelse. Den ökar också risken för att vi anmäler någon på falska grunder, något som i andra sammanhang i princip brukar betraktas som ett brott.

Att inte skada är en central och gammal etisk princip inom läkekonsten. Alltsedan Hippokrates' tid har den inom de flesta yrken tillämpats som en viktig aktsamhetsprincip, dvs den aktsamhet som vi tillämpar för att skydda de vårdsökande från alltför negativa effekter av vårt yrkesutövande.

En annan aspekt av aktsamhet är den vi tillämpar för att skydda oss själva, vilket kan sägas vara en oetisk positionering. Här är gardering och försiktighet de styrande principerna för vårt handlande. Enligt min erfarenhet från olika institutioner är det mer praxis att anmäla än att avvakta när olika missförhållanden kommer till vår kännedom. Att tolka lagen om anmälan bokstavligt är inget vi blir anklagade eller anmälda för, men är en sådan positionering till för att värna patienten eller oss själva?

Det finns inga föreskrifter för hur vi ska agera i varje ny situation. Det enskilda har per definition inga kontrollstudier och går inte i repris. Det gäller såväl i våra egna liv som i våra kliniska uppdrag. Men detta är svårt, kanske till och med outhärdligt. Hur hanterar vi ovisshetens svå-

righeter, och vem vågar i dag ta en absolut risk?

Den absoluta anmälningsplikten kan betraktas som en iraden av de lagar, generella regler och manualer som regelbundet erbjuds oss som en teoretisk möjlighet att juridiskt ostraffade undkomma vårt eget omdöme och vår personliga tolkning av det enskilda fallet.

Tar vi risken att använda det egna omdömet framför att bokstavligt efterleva anmälningsplikten riskerar vi ju ingen disciplinpåföljd i

HSAN. Under vilka betingelser väljer då dagens välutbildade, ansvarsfulla yrkesutövare att betrakta regelverk, professionsetiska normer eller andra manualer och föreskrifter som det ytterst avgörande för ett väl avvägt handlingsbeslut?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENS

1. Socialstyrelsen. Anmälningskyldighet om missförhållanden som rör barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.

Sjukvård och marknads-ekonomi passar inte ihop

■ I en replik i Läkartidningen 11/2008 (sidan 837) skriver Bertil Persson: »Sådan är marknadsekonomin, och det är i grunden effektivt. Det är faktiskt patienterna som ska bli nöjda – och därför bör pengarna följa med patienterna.« Han illustrerar med (privata) veterinärkliniker som ett gott exempel.

Flera kollegor på min klinik har, till höga kostnader, låtit sina gamla och därför oförsäkrade hundar och katter opereras för bland annat diskbräck, pyometra och komplicerade benbrott. När sämre avlönade undersköterskor och andra medarbetare råkat ut för liknande situationer har de, av kostnadsskäl, varit tvungna att avliva sina djur.

Att det kan handla om människors liv eller död, och att vi vill ge vård efter behov och inte efter plånboken, är två viktiga skäl för att inte låta sjukvården (i likhet med brandkåren och polisen) styras av marknadskrafter.

Sju gånger hänvisar Bertil Persson till fördelarna med ökad valfrihet för patienten. Jag delar hans bedömning att det är ett viktigt framsteg.

En ärlig debatt förutsätter

dock att även nackdelar diskuteras. En viktig sådan tog P C Jersild upp i Dagens Nyheter den 8 mars:

»Det som komplicerar diskussionen är att patientens självbestämmande fått allt större tyngd i sjukvårdslagen. Det är i sig ett viktigt framsteg men kan gå för långt om det kombineras med köpkraft. Människor har rätt att vägra undersökningar och behandlingar, också om det skadar dem själva. Däremot har man inte rätt att kräva medicinska insatser. Men om läkarna måste locka till sig patienter, ungefär som privatskolorna lockar elever, blir risken att efterfrågan kan dominera på behovets bekostnad. Det finns nämligen ingen naturlig gräns för medicinska insatser. I princip kan man sätta in hur stora resurser som helst också på struntsaker. Någon måste därför kunna säga ifrån när det inte är meningsfullt. En

»Sju gånger hänvisar Bertil Persson till fördelarna med ökad valfrihet för patienten. Jag delar hans bedömning att det är ett viktigt framsteg. En ärlig debatt förutsätter dock att även nackdelar diskuteras.«

läkare ska kunna vägra skriva ut antibiotika i oträngt mål liksom vägra recept eller sjukskrivning när det inte är befogat. Läkaren måste ha råd att bli ovän med sin patient« [1].

Eric Bertholds
överläkare, medicinkliniken,
Kärnsjukhuset i Skövde
eric.bertholds@vregion.se

REFERENS

1. Jersild P C. Vårdens enkla val. Dagens Nyheter 8 mars 2008. <http://www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?d=578&a=749920>

REPLIK:

Jag ser ingen konflikt

■ Eric Bertholds har dessvärre missat att jag med enfaset framhållit att sjukvårdens finansiering även i framtiden bör vara gemensam – att skattefinansiering är den riktiga vägen.

Han instämmer i att patientinflytandet bör öka. Grundläggande måste då självfallet vara att patienterna, så långt som möjligt, själva ska få avgöra vilken läkare de har förtroende för. Och därmed också få avgöra vilken vårdgivare som skattebetalarnas sjukvårdspeng ska hamna hos. Vad denna sjukvårdspeng ska omfatta måste stat och lands-ting besluta om även fortsättningsvis.

Nuvarande kösituation är fullständigt oacceptabel. Om en sjukvårdspeng följer med patientens vårdval kommer detta säkerligen – jämfört med nuvarande fasta månadslöner – att höja många kollegers motivation att mera prioritera själva patientmötena. Patienterna blir nöjda, köerna minskar. Jag ser ingen konflikt.

Bertil Persson
f d biträdande överläkare,
medicinkliniken, Malmö
s.e.berertil.persson@telia.com

Somadril avregistreras den 1 juni 2008

■ EU-kommissionen har beslutat att marknadsföringstillståndet för karisoprodol ska upphöra. I Sverige betyder det att Somadril och Somadril comp kommer att avregistreras den 1 juni 2008.

Kommissionens beslut av den 5 februari 2008 avser en så kallad tillfällig återkallelse av marknadsföringstillståndet. Detta innebär att återkallelsen kan hävas om innehavaren av tillståndet kan presentera ny dokumentation om läkemedlets effekt och säkerhet.

Karisoprodol är ett narkotikaklassat läkemedel med muskelavslappande egenskaper och används för att lindra led- och muskelsmärter. Huvudmetaboliten av karisoprodol är meprobamat, som har en barbituratliknande effekt [1, 2]. Detta kan förklara riskerna för intoxikation, beroende och missbruk. Det finns även rapporter om trafikolyckor till följd av en psykomotorisk påverkan från medlet [3].

Beslutet att dra in marknadsföringstillståndet grundar sig på den utredning av säkerheten och effekten hos karisoprodol som initierades genom den planerade indragningen av dessa läkemedel i Norge, där man sedan länge haft betydande säkerhetsproblem [4]. Där har förbrukningen av karisoprodol varit klart högre än i Sverige; cirka 80 000 patienter har behandlats på årsbasis jämfört med cirka 20 000 i Sverige [5].

Problemen med preparatet i Norge har bland annat uppmärksammats i en doktorsavhandling från 2005, som kunde visa att de farmakologiska egenskaperna är bristfälligt dokumenterade och att det med hänsyn till effekten finns få kliniska studier av acceptabel kvalitet [6]. Liknande slutsatser drogs i november 2007 av den europeiska läkemedelsmyndighetens vetenskapliga kommitté CHMP,

som konstaterade att effekten av läkemedlen var bristfälligt dokumenterad, med endast tre studier där totalt 100 patienter hade behandlats i 4–8 dagar för lågt sittande ryggsmärter [7, 8]. Sammantaget bedömdes den terapeutiska effekten inte vara bättre än hos andra läkemedel som är godkända för behandling av led- och muskelsmärter, och riskerna med karisoprodol ansågs vara större än nyttan.

Karisoprodol ingår i Somadril och Somadril comp. Följande indikationer för Somadril anges i produktresumén (SPC) samt i Fass: spasmer och smärter vid inflammatoriska, traumatiska och degenerativa led- och muskelbesvär, t ex vid myoser, lumbago, diskogena spasmer, ischias, osteoartros, periartros och reumatoid artrit, bursit, tendinit och fibrosit, nattliga vadkrampor (restless legs), claudicatio intermittens samt postoperativa muskelspasmer.

Läkemedelsverket gick i november 2007 och mars 2008 ut med information om indragningen och rekommenderade att patienter som behandlades med Somadril eller Somadril comp skulle kontakta förskrivande läkare för att diskutera alternativ behandling. Patienter som behandlas med Somadril och Somadril comp ska inte hastigt eller på egen hand avbryta behandlingen, eftersom detta kan medföra risk för utsättningsymtom. Nya recept på Somadril och Somadril comp bör inte utfärdas.

De patienter som utvecklat ett beroende av karisoprodol kan vid abrupt utsättning få obehagliga abstinensreaktioner. Akuta symtom kan innefatta ångest, tremor, muskelryckningar och sömnlöshet. Även hallucinationer och olika beteendestörningar har rapporterats. Akuta abstinensreaktioner kan kortvarigt behandlas med bensodiazepiner [9].

Läkemedel som kan användas i stället för Somadril och Somadril comp är exempelvis sådana som innehåller orfenadrin (Norflex och Norgesic) eller klorzoxazon (Paraflex).

I de fall där ett preparatbyte bedöms som omöjligt, kommer det en viss tid att vara möjligt att förskriva karisoprodol på licens.

Birgitta Bülow
med dr, enheten för
läkemedels säkerhet

Bo Bergman
docent, kommunikations-
enheten/medicinsk information;
båda på Läkemedelsverket,
Uppsala
bo.bergman@mpa.se

REFERENSER

1. Rho JM, Donevan SD, Rogawski MA. Barbiturate-like actions of the propanediol dicarbamate felbamate and meprobamate. *J Pharmacol Exp Ther.* 1997;280:1383-91.
2. Bramness JG, Furu K, Engeland A, Skurtveit S. Carisoprodol use and abuse in Norway. A pharmacoepidemiological study. *Br J Clin Pharmacol.* 2007;64:210-8.
3. Bramness JG, Skurtveit S, Mørland J, Engeland A. The risk of traffic accidents after prescriptions of carisoprodol. *Accident Anal Prev.* 2007;39:1050-5.
4. Bramness JG, Mørland J, Sørliid HK, Rudberg N, Jacobsen D. Carisoprodol intoxications and serotonergic features. *Clin Toxicol (Phila).* 2005;43:39-45.
5. Buajordet I, Madsen S. Somadril trekkes i Norge. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2007;127:1397.
6. Bramness JG. The pharmacokinetics, CYP2C19 pharmacogenetics and psychomotor impairment of the centrally acting muscle relaxant carisoprodol [dissertation]. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt/Universitetet; 2005.
7. Hindle TH 3rd. Comparison of carisoprodol, butabarbital, and placebo in treatment of the low back syndrome. *Calif Med.* 1972;117:7-11.
8. Boyles WF, Glassman JM, Soyka JP. Management of acute musculoskeletal conditions – thoracolumbar strain and sprain: a double-blind evaluation comparing the efficacy and safety of carisoprodol with diazepam. *Today's Therapeutic Trends.* 1983;1:1-16.
9. Reeves RR, Beddingfield JJ, Mack JE. Carisoprodol withdrawal syndrome. *Pharmacotherapy.* 2004;24:1804-6.