

BRIST PÅ SAMSTÄMMIGHET OROAR RÄTTSPSYKIATRIN

Ökat samarbete mellan psykiatrer och kliniker önskvärt

Trots det gemensamma sjukdomsbegreppet allvarlig psykisk störning finns fortfarande uttalade skillnader i diagnos vid rättspsykiatrisk undersökning och vid den kliniska uppföljningen. Det finns också stora skillnader i bedömningen av när allvarlig psykisk störning föreligger. Orsaken till meningskiljaktigheten finns bland annat i en bristande värdegemenskap mellan rätts- och allmänpsykiatrin. Ökat samarbete och erfarenhetsutbyte mellan utredande och vårdande instanser är den mest angelägna åtgärden för kvalitetssäkring inom det rättspsykiatriska området.

Ett av skälen till att 1992 införa begreppet allvarlig psykisk störning i lagstiftningen var att ge den utredande rättspsykiatrin och den vårdande allmänpsykiatrin ett gemensamt sjukdomsbegrepp. I tidigare lagstiftning hade det för rättspsykiatrin specifika jämställdhetsbegreppet skapat en brist på samstämmighet mellan utredning och vård som kunde få omfattande konsekvenser för hela rättstillämpningen. Uttalade svårigheter uppstod i de fall där rättspsykiatrerna diagnostiserade ett tillstånd »jämfäst med sinnessjukdom» och gav domstolen rekommendation om psykiatrisk vård som brottspåföljd, men där den mottagande vårdinstansens allmänpsykiatrer tillämpade

ett annat sjukdomsbegrepp och ansåg att psykisk sjukdom och psykiatrisk vårdbehov inte förelåg. Resultatet av de motstridiga bedömningarna kunde bli att personer som begått grova brott skrevs ut från slutna vård efter uppseendeväckande korta vårdtider.

Inget självklart begrepp

Allvarlig psykisk störning är emellertid inget självklart eller enkelt begrepp utan, precis som det gamla jämställdhetsbegreppet, endast exemplifierat. I Socialstyrelsens författningar kan man bl a läsa att »som allvarlig psykisk störning skall räknas tillstånd av psykotisk svårighetsgrad, oavsett etiologi ... Som allvarlig psykisk störning skall också räknas svårare personlighetsstörningar med impulsgegnombrott av psykotisk karaktär eller andra psykotiska episoder eller med starkt tvångsmässigt beteende» [1]. Att denna definition lämnar utrymme för subjektiva och personliga tolkningar är uppenbart. Därutöver vet vi att psykiatrisk diagnostik har uttalade avgränsnings- och definitionsproblem. Trots införande av operationaliserade diagnosystem som DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) [2] finns fortfarande en relativt dålig diagnostisk överensstämmelse i test-retest-situationer [3, 4].

I samarbetet mellan de instanser som utreder och vårdar psykiskt störda lagöverträdare finns således grundförutsättningar som innebär en påtaglig risk för bristande samstämmighet i bedömningarna. Syftet med denna studie har varit att utreda omfattningen och konsekvenserna av problemet.

METOD

Samtliga patienter (N=70) som enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) dömdes till vård med särskild utskrivningsprövning (SUP) under åren 1992 och 1993 och togs in vid Karsuddens sjukhus eller vid avdelning 113 Huddinge sjukhus under samma tidsperiod har ingått i studien. Patienterna har följts till 1 juli 1994 och den kliniska observationstiden varierar således mellan 1/2 och 2 1/2 år.

Anamnestic data samt uppgift om aktuell brottslighet har hämtats från journalakter, rättspsykiatriska utlåtanden och tingsrättens domar. Om domen har innehållit fler än ett brott har det med högst straffvärde klassats som huvudbrott. Uppgifter om huruvida patienten var påverkad av alkohol eller narkotika vid brottstillfället har hämtats ur tingsrättens domar och kompletterats med uppgifter ur polisrapporter och rättspsykiatriska utlåtanden.

Psykiatriska diagnoser har satts enligt DSM-III-R [2], och en jämförelse har gjorts mellan huvuddiagnos i rättspsykiatriska utlåtanden och den vårdande instansens kliniska huvuddiagnos. I DSM-III-R motsvarar axel I ett kliniskt psykiatriskt syndrom och axel II beskriver personlighetsstörningar. I de rättspsykiatriska utlåtandena ställs psykiatrisk diagnos såväl enligt systemet ICD-9 (International classification of diseases) [5] som enligt DSM-III-R. Rättsmedicinalverkets direktiv anger att den diagnos som står som utlåtandets första ICD-9-diagnos även är den psykiatriska huvuddiagnosen. Vi har använt motsvarande DSM-III-R-diagnos som huvuddiagnos i jämförelsen. Om en patient t ex har fått en DSM-III-R-diagnos på både axel I och axel II har den diagnos som motsvarat första ICD-9-diagnosen således klassats som det rättspsykiatriska utlåtandets huvuddiagnos.

Två av författarna (AN och JA) har haft vårdansvaret för samtliga patienter i studien, och den kliniska huvuddiagnosen som vi ställt enligt DSM-III-R baseras främst på upprepade kliniska undersökningar och observationer, men vi har även haft tillgång till de rättspsykiatriska utlåtandena och i förekommande fall till journaler från tidigare psykiatriska vårdtillfällen.

Där rättspsykiatrisk diagnos ej har överensstämmit med klinisk diagnos har vi analyserat orsakerna och delat in dem i följande tre kategorier:

1. Annan tolkning av ursprungsdata
2. Drogutlösta symtom
3. Förändrade symtom under uppföljningstiden

Förekomst av allvarlig psykisk störning vid brottstillfället liksom vid den

Författare

AGNETA NILSSON

docent, överläkare vid Karsuddens sjukhus

JEANNE AHLBERG

docent, biträdande överläkare, psykiatriska akut- och beroendekliniken, avdelning 113

J RICHARD TUCK

docent, överläkare, psykiatriska kliniken II; båda Huddinge sjukhus.

ANNONS

rättspsykiatriska utredningen är en av förutsättningarna för att domstolen skall döma till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Vi har även granskat varje fall utifrån denna aspekt genom att registrera huruvida vi anser att patientens kliniska huvuddiagnos skall diagnostiseras som en allvarlig psykisk störning i brottsbalkens mening eller ej. Om så ej har varit fallet har vi gått tillbaka till det rättspsykiatriska utlåtandet för att utröna om patientens psykiska tillstånd vid brotts- och undersökningstillfället på något avgörande sätt avvikit från det aktuella kliniska tillståndet. I de fall vi inte har kunnat beskriva sådana skillnader har vi ansett att patienten ej har uppfyllt kriterierna för allvarlig psykisk störning vid brottstillfället och alltså inte borde ha överlämnats till rättspsykiatrisk vård.

Komorbiditet i form av alkohol- och/eller narkotikamissbruk har vi ansett föreligga om DSM-III-R:s kriterier för missbruk eller beroende av alkohol eller andra droger har uppfyllts. En eventuell drogpåverkan i samband med det aktuella brottet utan annan uppgift om missbruk har däremot inte varit tillräckligt för att fastslå att komorbiditet föreligger.

Statistik

Studien är främst deskriptiv till sin karaktär och vi har valt att presentera resultaten i relativt omfattande och detaljerade tabeller för att läsaren skall få en

så ingående beskrivning som möjligt av våra fynd. Vår utgångspunkt har varit att beskriva de skillnader som finns mellan rättspsykiatriska och kliniska bedömningar, och framför allt har vi inriktat oss på att beskriva om det finns systematiska skillnader i bedömningarna. Det statistiskt effektivaste sättet att beskriva sådana skillnader är att använda teckentestet. Vi har därför genomgående använt teckentestet, och samtliga P-värden är tvåsidiga.

RESULTAT

Medelåldern bland de 70 patienterna var 33±9 år (19–65) och 8 var kvinnor. 28 patienter var födda utanför Sverige. En överväldigande majoritet, 57, hade tidigare vårdats inom psykiatri. Brottligheten var tung och framförallt rörde det sig om våldsbrott med bl a mord, dråp eller vållande till annans död i 15,7 procent, misshandel 30,0 procent, sexualbrott 8,6 procent och mordbrand 12,9 procent av fallen. 40 patienter var påverkade av droger vid brottstillfället.

Diagnostisk fördelning: Tabell I visar att rättspsykiatrisk huvuddiagnos sattes på axel I i 50 av de 70 fallen och motsvarande siffra enligt klinisk diagnos var 45 fall. Omvänt var huvuddiagnosen en axel II-diagnos i 20 fall enligt rättspsykiatriska utlåtanden och i 25 fall enligt klinisk diagnos. Överensstämmelsen mellan rättspsykiatrisk och kli-

nisk diagnos var relativt god och inga systematiska skillnader kunde påvisas.

Tabell II visar den diagnostiska fördelningen uppdelad på diagnostisk kategori. Även här ses en relativt god överensstämmelse mellan rättspsykiatriska och kliniska diagnoser, dvs rättspsykiatrerna och klinikerna satte de olika diagnoserna ungefär lika ofta och utan större skillnader i frekvensfördelning på gruppnivå.

Om man i stället, som i Tabell III, väljer att analysera diagnostiken på individnivå framträder ett helt annat mönster med uttalade skillnader i bedömningarna. Endast 31 av 70 patienter fick samma diagnos i rättspsykiatriskt utlåtande som i klinik. Bäst var överensstämmelsen när det gällde schizofreni, där diagnosen ställdes sammanlagt 28 gånger, och i 18 av 28 fall hos samma patient. Överensstämmelsen var påtagligt mycket sämre vid förstämningssyndrom där motsvarande siffra var så låg som 2 av 12.

Borderline-personlighetsstörning sattes som huvuddiagnos i 20 fall men bara i 5 av dessa hos samma patient. Även om dessa skillnader i diagnostiken är uttalade så utgör de inga statistiskt påvisbara *systematiska skillnader* mellan rättspsykiatrisk och klinisk diagnos. Sådana systematiska skillnader påvisades däremot när det gäller paranoidea syndrom, som förekom oftare i rättspsykiatriska utlåtanden ($P<0,05$), medan förhållandet var det motsatta när det gällde antisocial personlighetsstörning, som sattes signifikant oftare som klinisk diagnos ($P<0,02$). Systematiska avvikelser påvisades också i det att rättspsykiatrerna använde diagnosen personlighetsstörning UNS signifikant oftare än klinikerna ($P<0,02$).

Anmärkningsvärda avvikelser

Anmärkningsvärda avvikelser är att rättspsykiatrerna i tre fall ställde diagnosen personlighetsstörning UNS där klinikerna diagnostiserade schizofreni. Dessa tre patienter hade långvarig tidigare psykiatrisk vårderfarenhet under psykosdiagnos. Eftersom alkoholberoende inte är att betrakta som allvarlig psykisk störning i brottsbalkens mening är också de tre fallen med alkoholberoende som rättspsykiatrisk huvuddiagnos svårförklarade. I den kliniska uppföljningen fick en av dessa patienter diagnosen pyromani och två befanns ha organiskt psykosyndrom.

Tabell IV visar att den i särklass vanligaste orsaken till avvikelsen mellan rättspsykiatrisk och klinisk diagnos är att klinikerna har tolkat och värderat ursprungsdata på olika sätt (25 av 39 fall), och endast till en mindre del (4 av 39 fall) kan avvikelserna förklaras av förändrad symtomatologi under uppfölj-

Tabell I. Huvuddiagnoser fördelade på axel I (ja) och axel II (nej) (DSM-III-R) i rättspsykiatriska utlåtanden och klinisk uppföljning av 70 personer som dömts enligt LRV till rättspsykiatrisk vård med SUP under åren 1992–1993.

Huvuddiagnos på axel I enligt klinisk uppföljning	Huvuddiagnos på axel I enligt rättspsykiatriskt utlåtande	
	Nej	Ja
Nej	11	14
Ja	9	36

Tabell II. Diagnostisk fördelning hos 70 personer som genomgått rättspsykiatrisk undersökning (RPU) och dömts enligt LRV till rättspsykiatrisk vård med SUP under åren 1992–1993.

Diagnosgrupp	RPU Procent (N)	Klinisk diagnos Procent (N)
Schizofreni	31,4 (22)	34,3 (24)
Förstämmningssyndrom	7,1 (5)	10,0 (7)
Paranoiskt syndrom	10,0 (7)	1,4 (1)
Drogpsykos	8,0 (6)	5,7 (4)
Organiskt psykosyndrom	4,3 (3)	5,7 (4)
Posttraumatiskt stressyndrom (PTSS)	1,4 (1)	4,3 (3)
Annan axel I-störning	5,7 (4)	2,9 (2)
Alkoholberoende	4,3 (3)	0
Borderline-personlighetsstörning	12,9 (9)	15,7 (11)
Kluster A (personlighetsstörning)	1,4 (1)	7,1 (5)
Antisocial personlighetsstörning (ASP)	1,4 (1)	11,4 (8)
Annan kluster B (personlighetsstörning)	0	1,4 (1)
Personlighetsstörning UNS	11,4 (8)	0

Tabell III. Diagnostisk kategori i rättspsykiatriska utlåtanden och i klinisk uppföljning av 70 personer som dömdes enligt LRV till rättspsykiatrisk vård med SUP under åren 1992–1993.

Diagnos i klinisk uppföljning	Diagnos i rättspsykiatriskt utlåtande												
	Schizofreni (N=22)	Förstämningssyndrom (N=5)	Paranoiskt syndrom (N=7)	Drogpsykos (N=6)	Organiskt psykosyndrom (N=3)	PTSS (N=1)	Annan axel I-störning (N=4)	Alkoholberoende (N=3)	Borderline-pers-stör (N=9)	Kluster A (pers-stör) (N=1)	Anti-social (pers-stör) (N=1)	Annan kluster B (pers-stör) (N=0)	Pers-stör UNS (N=8)
Schizofreni (N=24)	18	1	1						1				3
Förstämningssyndrom (N=7)	2	2	1						1				1
Paranoiskt syndrom (N=1)			1										
Drogpsykos (N=4)	1			2			1						
Organiskt psykosyndrom (N=4)					1		1	2					
PTSS (N=3)						1	1						1
Annan axel I-störning (N=2)							0	1	1				
Alkoholberoende (N=0)								0					
Borderline-pers-stör (N=11)		1		2			1		5				2
Kluster A (pers-stör) (N=5)	1	1	3							0			
Anti-social (pers-stör) (N=8)			1	2	2				1		1		1
Annan kluster B (pers-stör) (N=1)										1		0	
Personlighetsstörning UNS (N=0)													0

ningen. I 10 av 39 fall ansågs skillnaderna kunna förklaras av drogutlösta symptom.

Tabell V ger en sammanfattning av data i de 10 av 70 fall där rättspsykiaternas bedömning av förekomst av allvarlig psykisk störning ej överensstämde med klinikernas. Inte helt oväntat utgjorde borderline-personlighetsstör-

ning den största enskilda diagnosgruppen där oenighet förelåg. I 4 av 10 fall rädde full enighet i bedömningen av diagnostisk kategoritillhörighet men däremot ej i tillämpningen av begreppet allvarlig psykisk störning. Endast ett av de tio fallen (fall nr 6) hade varit föremål för prövning i Socialstyrelsens rättsliga råd. I inget av de tio fallen rör-

de det sig om de i rättspsykiatriska sammanhang så omdiskuterade kortvariga drogutlösta psykoserna.

Tabellerna VI och VII visar att det i stort var en god överensstämmelse i bedömningen av förekomst av komorbiditet i form av narkotika- och alkoholmissbruk och att det fanns en absolut överensstämmelse i 52 av 69 fall för

Tabell IV. Orsaker till skillnader i rättspsykiatriska utlåtanden och klinisk uppföljning av 39 personer som dömts enligt LRV till rättspsykiatrisk vård med SUP under 1992 och 1993.

Orsak till diagnosbyte	Diagnosbyte inom axel I (N=12)	Diagnosbyte inom axel II (N=4)	Diagnosbyte från axel I (rättspsyk utlåt) till axel II (klinisk) (N=15)	Diagnosbyte från axel II (rättspsyk utlåt) till axel I (klinisk) (N=8)
Annan tolkning av ursprungsdata	81,8 (9)	100,0 (4)	40,0 (6)	75,0 (6)
Drogutlösta symtom	18,1 (2)	0	53,3 (8)	0
Förändrade symtom under uppföljningstiden	11,1 (1)	0	6,7 (1)	25,0 (2)

Tabell V. Diagnos i rättspsykiatriskt utlåtande (RPU) och vid klinisk uppföljning samt huvudbrott beträffande 10 personer som dömdes enligt LRV till rättspsykiatrisk vård med SUP under 1992 och 1993 och där rättspsykiatrer och kliniker ej varit eniga om förekomst av allvarlig psykisk störning.

Pat	Kön	Diagnos RPU	Klinisk diagnos	Huvudbrott
1	M	Borderline-pers-stör	Borderline-pers-stör	Rån
2	M	Borderline-pers-stör	Borderline-pers-stör	Olaga hot
3	M	Förstämningssyndrom	Kluster A (paranoid)	Olaga hot
4	M	Personlighetsstör UNS	Antisocial pers-stör	Rån
5	M	Borderline-pers-stör	Antisocial pers-stör	Rån
6	K	Borderline-pers-stör	Borderline-pers-stör	Mord
7	M	Kluster A (schizoid)	Narcissistisk pers-stör	Sexuellt umgänge med barn
8	M	Alkoholberoende	Organiskt psykosyndrom	Olaga hot
9	M	Borderline-pers-stör	PTSS	Sexuellt umgänge med barn
10	M	Borderline-pers-stör	Borderline-pers-stör	Försök till mord

Tabell VI. Förekomst av narkotikamissbruk/beroende enligt rättspsykiatriska utlåtanden och klinisk uppföljning av 69 personer som dömdes enligt LRV till rättspsykiatrisk vård med SUP under åren 1992–1993. Data ofullständiga i 1 rättspsykiatriskt utlåtande.

Narkotikamissbruk/beroende enligt uppföljning på klinik	Narkotikamissbruk/beroende enligt rättspsykiatrisk undersökning	
	Nej	Ja
Nej	33	1
Ja	16	19

Tabell VII. Förekomst av alkoholmissbruk/beroende enligt rättspsykiatriska utlåtanden och klinisk uppföljning av 69 personer som dömdes enligt LRV till rättspsykiatrisk vård med SUP under åren 1992–1993. Data ofullständiga i 1 rättspsykiatriskt utlåtande.

Alkoholmissbruk/beroende enligt uppföljning på klinik	Alkoholmissbruk/beroende enligt rättspsykiatrisk undersökning	
	Nej	Ja
Nej	35	2
Ja	17	15

narkotikamissbruk och i 50 av 69 fall för alkoholmissbruk. Däremot fanns uttalade systematiska skillnader i sättet att klassificera fallen där oenighet rådde, innebärande att klinikerna signifikant oftare diagnostiserade förekomst av såväl narkotika- som alkoholmissbruk ($P < 0,001$ i båda fallen).

DISKUSSION

Den utredande och den vårdande instansen var ense om diagnostisk kategori i mindre än hälften av fallen. Man kan hävda att detta i och för sig inte är sämre resultat än i andra studier av långsiktig test-retestreliabilitet av psykiatrisk diagnostik [3, 4]. Å andra sidan bör man

ha i minnet att över 80 procent av patienterna i denna studie hade tidigare psykiatrisk vårderfarenhet och att data som beskriver långtidssjuka faktiskt tenderar att överskatta diagnostisk stabilitet och därmed samstämmighet [4]. Dessutom har DSM-III-R betydligt vidare kriterier än många andra diagnossystem när det gäller funktionella psykosor såsom schizofreni, vilket också kommer att medföra att man överskattar graden av diagnostisk samstämmighet [4]. Precis som i den kliniska verkligheten hade klinikerna i denna studie tillgång till de rättspsykiatriska utlåtandena, vilket rimligen borde ha medverkat till bias mot ökad diagnostisk överensstämmelse. Mycket talar således för att den verkliga diagnostiska oenigheten mellan rättspsykiatrer och kliniker faktiskt är ännu större än vad vi påvisat här.

Syftet med diagnostiken är inte det samma vid en rättspsykiatrisk undersökning som i det kliniska vårdarbetet. Rättspsykiatern skall vägleda domstolen (tingsrätt, hovrätt och i enstaka fall Högsta domstolen), inrikta sig på tillståndet vid brottstillfället och värdera om allvarlig psykisk störning och därmed fängelseförbud föreligger. En del av de diagnoskillnader som påvisades i studien kan säkerligen förklaras just av detta faktum. Man kan exempelvis tänka sig att ett drogutlöst psykotiskt tillstånd vid brottstillfället kommer att tillmätas stor betydelse vid en rättspsykiatrisk undersökning och föranleda att huvuddiagnosen sätts på axel I. Fortsatt klinisk observation under drogfrihet innebär ofta att drogpsykoson klingar av varvid den samtidiga personlighetsstörningen på axel II kommer att få större betydelse och bli huvuddiagnosen vid den kliniska uppföljningen. Drogutlösta psykotiska tillstånd var dock ingen förklaring till avvikande bedömningar av förekomst av allvarlig psykisk störning.

Påtaglig tidspress

Rättspsykiatern arbetar under påtaglig tidspress med korta utredningstider kombinerat med en långt ifrån optimal situation där den psykiatriska bilden påtagligt färgas av att patienten ofta befinner sig i ett kristillstånd till följd av brott, häktning osv. Klinikerna, som arbetar under betydligt lugnare och därmed gynnsammare omständigheter, kan därför komma till helt andra diagnostiska slutsatser. Följaktligen är det inte rimligt att de rättspsykiatriska utlåtandena innehåller detaljerade riktlinjer för hur den fortsatta psykiatriska vården och behandlingen bör läggas upp.

Det kan heller inte nog poängteras att den farlighetsbedömning som görs vid den rättspsykiatriska undersökningen är en färskvara, och att dessa farligh-

ANNONS

hetsbedömningar inte får vara avgörande för den framtida handläggningen i länsrätten i frågor om frigång, permission och utskrivning.

Dålig långsiktig test-retestreliabilitet, olika arbetsförutsättningar och olika syfte med diagnostiken kan emellertid inte ensamma förklara de uttalade diagnoskillnader som vi såg i denna studie. Det faktum att klinikerna i 25 av 39 fall av diagnostisk oenighet helt enkelt hade värderat ursprungsdata annorlunda än de utredande rättspsykiatrerna talar för att det finns djupgående och grundläggande skillnader i synen på psykiatriska symtom och hur de skall ställas i relation till psykisk störning och psykisk sjukdom.

Lidberg och Siponmaa genomförde 1977 en undersökning liknande vår [6] och fann även de en avvikande värdering hos rättspsykiatrer och kliniker när det gällde relevansen av hjärnskador [6]. Bristen på värdegemenskap mellan rättspsykiatrerna och klinikerna är med andra ord inget nytt fenomen.

Oenighet som oroar

Oenighet om tillämpningen av begreppet allvarlig psykisk störning, som påvisades i närmare 15 procent av fallen, är oroande. I denna grupp var inte bristen på diagnostisk samstämmighet större än i materialet i övrigt. Än en gång förefaller det att röra sig om grundläggande skillnader i värderingen av psykiatriska symtom. Här får oenigheten mellan rättspsykiatrer och kliniker mycket allvarliga juridiska liksom rent mänskliga konsekvenser. § 16 i LRV (utskrivningsparagrafen) är utformad så att en person kan kvarhållas inom den rättspsykiatriska vården även när ett psykiatriskt vårdbehov ej föreligger om domstolen bedömer att det finns risk för återfall i brottslighet som är av allvarligt slag.

En svaghet som denna studie delar med den kliniska verkligheten är att bedömningarna har gjorts helt öppet. Det innebär att man inte kan utesluta möjligheten av att klinikerna medvetet eller omedvetet valt att diagnostisera »stick i stäv» med rättspsykiatrerna. För att möjliggöra för läsaren att själv värdera även detta alternativ har vi valt att presentera våra resultat så detaljerat som möjligt. Det som talar mot denna tolkning är att även om samstämmigheten i diagnostiken var dålig så påvisades få systematiska skillnader i bedömningarna. Belfrage och Lidberg [7] förutsåg att det skulle bli svårigheter i bedömningen av när allvarlig psykisk störning förelåg, och de påvisade skillnader till och med mellan olika rättspsykiatrer. Även andra kliniker har uttryckt sin oro för bristen på samstämmighet i rättspsykiatriska och kliniska bedömningar,

och en del av dessa fall har fått massmedial uppmärksamhet. Allt talar således för att problemet har en mer generell karaktär.

Sammanfattningsvis tyder vår studie på att den nya rättspsykiatriska tvångslagstiftningen och införandet av det för rätts- och allmänpsykiatrin gemensamma sjukdomsbegreppet inte har förmått att överbrygga den brist på värdegemenskap mellan utredande och vårdande instanser som Lidberg och Siponmaa [6] påvisade redan på 1970-talet. Ett ökat samarbete och erfarenhetsutbyte mellan rättspsykiatrer och kliniker ter sig som en nödvändighet och är rimligen en av de mest angelägna kvalitets-säkringsåtgärderna inom det rättspsykiatriska området.

Referenser

1. Socialstyrelsen. LRV. Tillämpning av lagen om rättspsykiatrisk vård. Stockholm: Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:10.
2. American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Revised third edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1987.
3. Zimmerman M. Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 225-45.
4. Fennig S, Kovaszny B, Rich C, Ram R, Pato C, Miller A et al. Six month stability of psychiatric diagnoses in first-admission patients with psychosis. Am J Psychiatry 1994; 151: 1200-8.
5. World Health Organization. Mental disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International classification of diseases (ICD-9). Geneva: WHO, 1978.
6. Lidberg L, Siponmaa L. Psykiatrisk diagnos i rättspsykiatriskt utlåtande jämförd med diagnos på sjukhus. Läkartidningen 1978; 75: 315-8.
7. Belfrage H, Lidberg L. Den nya rättspsykiatriska lagstiftningen. Osäkra bedömningar och färre intagna? Läkartidningen 1994; 91: 141-2.



MISSÖDEN MISSTAG MISSBRUK

i sjukvården

Vad händer i slutna rum då läkare blir problem? Hur löser man konflikter vid missöden i vården? Vem kan ge ett bra stöd till anmälda läkare?

Under 1994-95 publicerade Läkartidningen 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkring. De har nu samlats i ett 80-sidigt häfte, som kan beställas med kupongen nedan.

Pris 75 kronor. Vid 11-50 ex 67 kronor, vid högre upplagor 63 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Missöden, Misstag,
Missbruk

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk kuvertet »Missöden»
Telefax 08-20 76 19