

Jan-Otto Ottosson, professor, Göteborg ([jan-otto.ottosson@gothnet.nu](mailto:jan-otto.ottosson@gothnet.nu))

## Den psykiatriska vården är laddad med värdekonflikter

### Oskarp gräns mellan frivillighet och tvång

■ Lars Jacobsson ger i detta nummer av Läkartidningen exempel på värdekonflikter som ofta uppstår i psykiatrisk vård. Det finns goda skäl att vara lyhörd för erfarna psykiatrers synpunkter. Ett komplement eller alternativ till personliga och på individuell kunskap och erfarenhet grundade meningar är att göra problemen till föremål för en systematisk etisk analys.

En numera klassisk handbok i biomedicinsk etik [1] redogör för de fyra etiska principer för hälso- och sjukvård som destillerats fram under årens lopp. De är *att göra gott, att inte skada, att respektera självbestämmandet* och *att vara rättvis*. Var och en av principerna gäller obetingat till dess någon annan ges prioritet. Avgörandet beror på de konsekvenser handlandet för med sig vid olika alternativ på kortare och, framför allt, på längre sikt.

Konsekvensbedömningen tar hänsyn till olika berörda aktörer, i första hand givetvis patienten själv men i andra hand närstående, vården och dess personal och samhället i stort. Principfastheten får inte gå så långt att hänsynen till unika enskilda omständigheter försummas.

#### Frivillig vård dominerar

I frivillig vård, som trots allt dominerar i praktiken, går det i regel att arbeta i överensstämmelse med alla fyra principerna. Patienten är hjälpsökande, en trygg patient-vårdrelation etableras, en kunskapsbaserad behandling erbjuds som förenar optimal nytta med minimal risk att skada, och patienten ger ett informerat samtycke. Patienter med likartade besvär får samma vård.

För att respektera allas lika värde och allas lika rätt måste de som har svårt att föra sin egen talan få särskild uppmärksamhet.

#### Tvångsvård har inbyggda värdekonflikter

Tvångsvård har inbyggda värdekonflikter. I regel har den kommit till stånd på grund av att patienten är psykotisk. Verklighetsförankringen har gått förlorad och patienten är oförmögen att ge informerat samtycke, kanske till och med generellt negativ till vård och behandling. Det går nu inte att samtidigt tillgodose principerna att göra gott (genom att behandla) och respektera självbestämmandet. Med hänsyn till de potentiellt goda effekterna av behandling (neuroleptika, elektrokonvulsiv terapi) är det rimligt att låta principen att göra gott få prioritet över principen att respektera självbestämmandet. Psykiatern tar över besluten så länge patienten inte kan tänka ratio-

#### SAMMANFATTAT

Gränsen mellan frivillig vård och tvångsvård är inte alltid skarp i praktiken. Även frivilligt intagna blir utsatta för tvång, t ex vid injektioner av lugnande medel och förbud att lämna avdelningen.

Andemeningen i det nya lagförslaget att psykiskt störda lagöverträdare så långt möjligt skall behandlas som »alla andra» kan ytligt sett verka stämma med rättvisep principen, men man underlåter då att ta hänsyn till människors olika förutsättningar.

Beslut inom psykiatri bör på grund av tvångsvården, olika former av anmälningsskyldighet och patienters nedsatta förmåga att ge informerat samtycke bli föremål för en fortlöpande etisk reflektion enligt konsekvensetisk modell.

Se även artikeln på sidan 236 i detta nummer.

nell. Skälet till detta är konsekvenserna: i det ena fallet möjlighet till hälsa och utskrivning, i det andra fortsatt lidande, funktionsnedsättning och vård. Läkaren frångår den vanliga partnerrollen och handlar paternalistiskt, som en god och ansvarsfull förälder mot sina barn. När behandlingen hunnit verka får patienten i bästa fall sjukdomsinsikt och kan fortsätta behandlingen utan stöd av någon tvångslag. I allra bästa fall uttrycker patienten också tacksamhet för att läkaren tog över när patienten inte förstod sitt eget bästa.

Behandlingen har dock inte alltid åsyftad effekt. Schizofrena symtom kan kvarstå trots god vårdmiljö och långvarig depåmedicinering. Patienten känner sig utsatt för övergrepp och integritetskränkning varje gång som injektionen skall ges. Preparatbyte har ingen effekt och peroral medicinering strandar på obefintlig motivation. I det läget kan vi inte längre hävda att principen att göra gott skall ha prioritet över själv-

bestämmandet. Vi känner dessutom att vi gör skada genom våldet vid injektionerna. Om vi kan utesluta skaderisk för patienten själv eller någon annan bör konsekvensen bli att tvångsvården upphör. En kvarstående hörselhallucinos behöver inte hindra patienten att leva ett dragligt liv i någon form av skyddat boende. En diskret uppföljning är önskvärd för att möjliggöra ingripande om tillståndet skulle försämrats.

Vårdlagarna preciserar samhällets skyldigheter mot dem som drabbats av sjukdom eller skada. I motsats till Lars Jacobsson har jag svårt att tro att krav på motprestation och skyldighet att låta sig behandlas skulle kunna öka behandlingsmotivationen. Däremot håller jag med om att gravida missbrukande kvinnor bör kunna bli föremål för tvångsåtgärder om man inte kan komma fram på frivillig väg. Här väger intresset att inte skada ett skyddslöst foster tyngre än andra hänsyn.

### Oskarp gräns mellan frivillighet och tvång

Som visats av Westrin och medarbetare finns ett allvarligt etiskt problem genom att gränsen mellan frivillig vård och tvångsvård inte alltid är skarp i praktiken [2, 3]. Även frivilligt intagna blir utsatta för tvång, t ex vid injektioner av lugnande medel och förbud att lämna avdelningen. För personalen kan det vara oklart vad som varit tvång och vad som varit övertalning.

I efterhand har många patienter, såväl frivilligt intagna som tvångsvårdade, ansett att vården inte genomförts på ett sätt som varit förenligt med de vårdetiska principerna, dvs lett till förbättring, inte påtvingats dem och inte varit integritetskränkande. Vårdpersonalen har saknat etiska diskussioner om tvångsåtgärder som skulle ha förbättrat deras arbetsvillkor. De anhöriga har upplevt ett bristfälligt stöd av vården.

Britta Olofsson har efterlyst en bättre kontakt mellan sjuksköterskor och läkare, en kontakt som skulle minska båda parter olust och underlätta ofrånkomliga tvångsåtgärder [4].

### Rättspsykiatrisk vård

Med en formulering från Gamla testamentet skall den som begått brott »utan vett och vilja« inte straffas för sin gärning [5]. Sinnessjukdomen ansågs vara straff nog. Under seklernas lopp har denna humanistiska inställning till psykiskt störda brottslingar relativiserats. För närvarande är domstolspraxis att psykopati i regel inte kvalificerar för rättspsykiatrisk vård. I många fall underlåter domstolarna att över huvud taget begära någon form av psykiatrisk undersökning vid bestämning av påföljd. Det gör att många psykiskt störda hamnar i fängelse i stället för att få en psykiatriskt motiverad särbehandling.

Som Lars Jacobsson påpekar har en åklagare det slutliga avgörandet om vissa till rättspsykiatrisk vård dömda skall få utskrivs. Det är ett etiskt dilemma för den psykiatriska vården, eftersom patienterna måste kvarhållas trots att det inte längre finns något vårdbehov. Andemeningen i det nya lagförslaget är att psykiskt störda så långt möjligt skall behandlas som alla andra. Avslutad vård skall därför följas av ett fängelsestraff. Med hänsyn till rättvisepincipen kunde man tycka att de som drabbats av psykiska störningar borde få en särbehandling i straffrättsligt hänseende. Nu ersätter man en etisk konflikt med en annan genom att ytterligare tumma på principen att inte döma psykiskt störda lagöverträdare till fängelse.

Tanken att psykiskt störda – med ett fåtal undantag – skall behandlas som alla andra innebär ett avsteg från en humanistisk tradition. Ytligt sett kan det verka stämma med rättvisepincipen, men man underlåter då att ta hänsyn till människors olika förutsättningar. När vård i lämplig form ersätter straff bör det inte uppfattas som diskriminering utan som hänsynstagande till de psykiskt stördas annorlunda sätt att uppleva och reagera.

Verkligheten är varken svart eller vit, där vissa kan ursäktas för vad de gör eller underlåter att göra medan andra får stå till svars för sitt handlande. Det är en truism att psykiska stör-

ningar växlar i svårighetsgrad mellan individer och från tid till annan hos samma individ. Avvägningen mellan individualprevention och vård å ena sidan och allmänprevention och straff å den andra fordrar ett gediget beslutsunderlag.

Hur mycket eller litet av vett och vilja det funnits när brott begåtts bör därför som hittills bli föremål för individuell prövning, där rättspsykiatrisk medverkan är nödvändig.

### Anmälningsskyldigheter och bedömningar i flyktningärenden

När det gäller körkort finns förutsättningar för kunskapsbaserat handlande. De som samhället har skäl att uppmärksamma är dels alkoholister, dels de som haft barnpsykiatrisk kontakt under sin uppväxt. Övriga psykiska störningar innebär däremot ingen ökad risk i trafiken [6].

Plikten att anmäla vapeninnehav baseras på patientens självmords- och aggressionsrisk. Här står principen att inte skada (sig själv och andra) mot respekten för självbestämmande och personlig integritet. Lars Jacobsson vänder sig emot att prövningen av vapeninnehav sannolikt är betydligt strängare när det gäller psykiskt sjuka än icke psykiskt sjuka personer. Med hänsyn till att självmord nästan alltid begås av psykiskt störda, och att så många som 15 procent av männen använder vapen eller sprängmedel [7], synes dock skyddsaspekten väga tungt.

Om en läkare mer eller mindre medvetet övervärderar självmordsrisken hos en asylsökande flykting kan det vara till nytta för en enskild, men det riskerar att misskreditera bedömningarna i stort. Personligen kan jag inte se annat än att det är ett missbruk av psykiatri att på det sättet utnyttja sin professionella ställning. En annan sak är att psykiatern bör uppbyda all sin förmåga att skapa kontakt och få kunskap om flyktingens upplevelse och situation så att de humanitära skälen får en optimal belysning.

### Fortlöpande etisk reflektion nödvändig

I all hälso- och sjukvård gäller att beslut bygger inte bara på kunskaper och erfarenheter utan också på normer och värderingar. Det gäller i synnerhet psykiatri på grund av tvångsvården, olika former av anmälningsskyldighet och patienters nedsatta förmåga att ge informerat samtycke. Besluten bör därför bli föremål för en fortlöpande etisk reflektion enligt konsekvensetisk modell.

Det forum som osökt erbjuder sig är det psykiatriska vårdteamet, där gemensamma överväganden kan fungera som ömsesidigt stöd för dem som har ledningsansvar och dem som skall effektuera besluten.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Ed 4. New York: Oxford University Press; 1994.
2. Kjellin L, Axelsson M, Candefjord IL, Ekblom B, Eriksson K, Westrin CG, et al. LSPV-projektet – en studie av tvångsvård och frivillig vård i två län. Genomgående mörk bild av psykiatrisk slutenvård. Reformen nödvändiga efter patient- och anhörigkritik. Läkartidningen 1988;85:4528-32.
3. Kjellin L. Coercion in psychiatric care. Formal and informal – justification and ethical conflicts [dissertation]. Uppsala; 1996.
4. Olofsson B. Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians [dissertation]. Umeå; 2000.
5. Qvarsell R. Utan vett och vilja. Om synen på brottslighet och sinnessjukdom. Stockholm: Carlssons Bokförlag; 1993.
6. Mellbin G. Traffic accidents and mental health. Frequency of psychiatric records among accident drivers, and comparison between offence rates of young accident drivers with and without a psychiatric record [dissertation]. Göteborg; 1971.
7. Salander Renberg E. Perspectives on the suicide problem – from attitudes to completed suicide [dissertation]. Umeå; 1998.