

Den farlige patienten – tre orsaker till att psykiatrin inte når fram

Hur skulle då psykiatrin ha »kommit åt« de ogärningsmän som smutsat våra löpsedlar de senaste månaderna? Genom att som profession vara tillfrågad, involverad och respekterad som aktör i teamet! Det sker alldeles klart alltför sällan idag, skriver Hans Ågren, ordförande i Svenska psykiatriska föreningen, med anledning av den senaste tidens uppmärksammade våldsbrott. Han pekar på tre orsaker till utvecklingen: Det delade huvudmannskapet mellan kommun och landsting, tvångsvårdslagstiftningens utformning och bristen på vård i fängelse för psykiskt sjuka kriminella.

För Svenska psykiatriska föreningens styrelse:
HANS ÅGREN
professor i psykiatri, Karolinska institutet; ordförande i SPF
hans.agren@neurotec.ki.se

■ Min gamle chef, som var från Finland, brukade säga att det är två saker som varje människa har åsikter om, och det är politik och psykiatri. Psykisk sjukdom har varit en specialitet inom medicinen i 200 år, inte längre. Fransmannen Pinel befriade de psykiatriska patienterna ur franska revolutionens fängelser, brukar man säga, och det gjorde han genom att skilja de sjuka från de kriminella. Detta

var en stor humanitär insats. Farliga kriminella låser vi fortfarande in i fängelser. Snälla psykiatriska patienter vet vi hur vi skall hjälpa. Men farliga psykiatriska patienter?

Psykiatriska patienter som begår brott

Rättspsykiatrin sysslar med bedömningar av just dessa individer som begått brott. Om en psykiatrisk diagnos av viss tyngd kan sättas så är det förbjudet att döma brottet med fängelse som påföljd, utan den sjuke skall överlämnas till psykiatrisk vård, med eller utan utskrivningsprövning av domstol.

Saken är bara att rättspsykiatrisk lagstiftning berör individer som redan varit

så farliga att de begått ett specificerat brott; den är inte applicerbar på sådana individer som ännu inte begått ett brott, men som möjligen snart kommer att göra det.

Detta är en professionell bedömning som måste göras av psykiatrer och andra psykiatriskt kunniga läkare.

Svårt göra farlighetsbedömningar

Farlighetsbedömningar är svåra. Instrument för att predicera farlighet finns framforskade, men de har inte varit allmänt accepterade eller använda. Det är ju trots allt bara en liten del av impulsiva, aggressiva, oberäknliga och kanske samvetslösa människor som verkligen begår brott, t ex mördar.

Vem skall bedöma om en person är farlig? Vem borde i tid ha reagerat på Åkeshovsmannen som slog ihjäl med järnrör utanför en tunnelbanestation och bilmarodören som mejade ned och dödade fotgängare i Gamla Stan, eller hur skall man ställa sig till den unge tidigare tvångsvårdade patient som under ett psykotiskt återfall dödade en 5-åring i Arvika? Och Anna Lindhs mördare kan väl inte ha varit frisk?

Vem? Psykiatrisk sakkunskap, naturligtvis. Dessa sjuka mördare har oftast varit tilltagande sjuka en tid, ofta länge,

Fyra
vålds-
dåd

Åkeshov

Arvika

Gamla Stan

FOTO: ARVIKA NYHETER/PRESSENS BILD

innan brottet begås. Har de fått en adekvat psykiatrisk bedömning och diagnos? Har på grundval av denna diagnos rätt omhändertagande föranstaltats, och har rätt behandling satts in? Har kända patienter följts upp på rätt sätt? Om detta vet vi inte tillräckligt mycket. Socialstyrelsens svar på regeringens uppdrag att utreda händelserna i relation till sjukvårdens insatser kommer under hösten att ge mer information.

Vi talar inte samma språk

En sak vet vi – »psykiatri« bedrivs idag av många yrkeskategorier inom landsting och kommun som inte alltid har formell diagnostisk utbildning. Särskilt inom socialtjänsten saknas ofta kunskap om vad som är psykisk sjukdom. Uppenbart psykiskt sjuka individer kommer till fel hjälpinstanser och får ingen fungerande hjälp.

Bidragande till denna okunskap är den olyckliga tudelningen i samhällets vård- och hjälpresurser, med olika utbildningsgångar och med ofta divergerande vetenskapssyn. Kommunaliseringen har inneburit avprofessionalisering av psykiatri. Enkelt uttryckt – man talar inte samma språk. Det dubbla huvudmannskapet är en av bovarna i dramat.

En annan sorts dubbelt huvudmannskap har varit den konstgjorda uppdelningen mellan allmänpsykiatri och beroendevård. Köp- och säljssystem ger psykiatriskt okunniga tjänstemän makt utan ansvar. Neddragningar av psykiatri med ekonomiska styrmedel har miss-

gynnat de svårast sjuka, som ofta har såväl psykos- som missbruksdiagnoser.

Ändrad syn på tvång i öppenvård behövs

Men även om en psykiatrisk kunnig person verkligen får möjligheten att träffa den presumtivt farlige och ser en risk för våld segla upp – vad kan man göra om den undersökte, så att säga, inte håller med om bedömningen?

Tvångsåtgärder och tvångsomhändertaganden för att bryta en alarmerande utveckling, och som kan föranstaltas av läkare, är noga reglerade i lag. Den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen från 1992 hade det uttalade syftet att stärka patienters rättssäkerhet och minska utnyttjandet av tvångsvård. Lag om rättspsykiatrisk vård gäller bara domstolsöverlämnade patienter och de som insjuknar under kriminalvården.

Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) fokuserar på individens vårdbehov och skall ta hänsyn till samhällsskydd i endast ringa omfattning. Permission vid vårdtidens slut (med möjlighet till föreskrifter om t ex läkemedelsbehandling) skall enligt upprepade riksdagsbeslut minimeras vid LPT-vård. Säkra prognostiska bedömningar av ansvarig psykiater att patienten snabbt försämras utan behandling är irrelevant i sammanhanget. Här behövs rimligen en ändrad syn på tvångsåtgärder i öppen vård. Vår aktuella tvångsvårdslagstiftning kan alltså ses som en annan bov i dramat.

Jurister har också uttryckt en djup misstro mot internationell psykiatrisk diagnostik och terminologi inom rätts-

psykiatri genom att införa begreppet »allvarlig psykisk störning«, definierad på ett icke-psykiatriskt men väl på ett juridiskt sätt, som enda grund för rättspsykiatriskt övertagande. Det finns akademiska jurister som inte tror på modern operationell kriteriebaserad diagnostik.

Denna juridiska anda har förlamat ett proaktivt psykiatriskt handlande. Psykiatriska tvångsåtgärder kan inte användas i den utsträckning som vore optimal. Det bidrar till den nya strömningen att försöka sköta psykiatri inom det vanliga fängelsens väggar. Oftast får den psykiskt sjuke kriminelle ingen psykiatrisk behandling inom kriminalvården. Väl frigiven är han tillbaka till ruta ett. Återfall stundar. Fängelse utan vård är en tredje bov.

Evidensbaserade behandlingar finns

Trots den drastiska och oberättigade nedskärningen av psykiatriskt omhändertagande i samhället under det senaste decenniet måste det ändå upprepas med stark stämning att psykiatri har evidensbaserade behandlingar mot schizofreni, depression, mani och missbruk och fungerande terapier mot impulsdrivenhet och vissa personlighetsstörningar. Hur skulle då psykiatri ha »kommit åt« de ogärningsmän som smutsat våra löpsedlar de senaste månaderna? Genom att som profession vara tillfrågad, involverad och respekterad som aktör i teamet! Det sker alldeles klart alltför sällan idag. •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.