

Den psykiatriska lagstiftningen måste ta hänsyn till realiteterna

Den stora gruppen schizofrena stigmatiseras av de brott som ett fåtal begår

Det finns cirka 40 000 personer med schizofreni i Sverige. Ungefär 6 000 har kvar psykosymtom trots adekvat medicinering. De är psykiatrins svängdörrspatienter med episodiskt uppblossande farlighet, för sig själva och för andra. Slutligen finns en grupp patienter med hög grad av farlighet oftast kopplad till brist på insikt och ovilja att medverka i vården. De kan inte skötas utan tvång. När tvånget upphör återfaller de i brott. Deras brott tillskrivs av allmänheten hela gruppen om 40 000 personer. Denna situation är negativ för alla inblandade – låt oss få en lagstiftning som tar hänsyn till dessa fakta.

STEN LEVANDER

professor i allmänpsykiatri, specialist i allmän- och rättspsykiatri, chefsöverläkare, rättspsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Sten.Levander@psyk.mas.lu.se

II Terrordåd drabbar vem som helst var som helst. Det är poängen med terrordåd. Rädslan ökar oproportionerligt i förhållande till den faktiska riskökningen. Man kan beskärma sig över människors irrationalitet, men så är det. Vanlig kriminalitet kan man i viss utsträckning skydda sig mot genom att undvika att befinna sig utanför nattklubbar som stänger, inom bostadsområden med svag social integration och på platser där det finns stöldbegärlig egendom eller gott om lösa pengar. Rån av vårdtransporter ger bara en marginell reduktion av människors trygghetsupplevelse.

Vansinnesdåd har terrorns karaktär

Vansinnesdåd har terrordådens karaktär trots att gärningsmannen saknar uppsåt med brottet. De drabbar vem som helst var som helst och är ovanliga. Men de ger en oproportionerlig ökning av befolkningens känsla av otrygghet. Som bieffekt får man en ökad stigmatisering av hela den grupp som gärningsmannen råkar tillhöra, invandrare, psykiskt sjuka, missbrukare.

Brottsutvecklingen

Egendomsbrotten mångdubblades under åren 1945–1990, därefter har den brottsutvecklingen planat ut. Våldsbrotten fortsätter att öka, särskilt de grova. Enligt undersökningar på 1960-talet var psykiskt störda personer inte mer våldsbrottsbenägna än vanliga medborgare.

Färska undersökningar från Finland och Danmark visar att sådana personer (1 procent av befolkningen) står för cirka 15 procent av den grova våldsbrottsligheten. De data som finns från Sverige motsäger inte detta. I den rättspsykiatriska vården dominerar i dag patienter med schizofreni – de har ersatt de svårt personlighetsstörda som tidigare utgjorde den största gruppen inom regionvården.

I Köpenhamn är i dag 60 procent av de schizofrena männen missbrukare. I Malmö var siffran för några år sedan 45 procent. Aktuella data från Gotland ger siffran 40 procent. Upp mot hälften av de hemlösa i Köpenhamn är schizofrena. Enligt en undersökning från Malmö bor de flesta schizofrena patienter i enpersonshushåll i bostadsområden präglade av segregation, socialbidragsberoende, ordningsstörningar och brottslighet.

Det finns också »schizofrenifria« områden med hög standard. I bostadsområden med många schizofrena patienter rapporterar befolkningen en extra hög grad av otrygghet – den fråga i frågeformuläret som ger tydligast utslag avser om det i grannskapet finns personer som uppträder egendomligt och hotfullt.

Överdödlighet och utsatthet för brott

Under mentalsjukhusens tid förelåg det en viss överdödlichkeit i schizofreni, kanske 50 procent. Den överdödlichkeit ökade brant i Malmö under två perioder, 1970-talet och 1990-talet. Överdödlichkeit är nu 800 procent!! Vanliga dödsorsaker är suicid och tidiga hjärtinfarkter. Dödsorsaken är okänd i ett starkt ökande antal fall – det går lång tid innan någon saknar personen och dödsfallet kan konstateras. Skulle socialministern sova gott om motsvarande dödlighets-

ökning hade drabbat diabetiker eller reumatiker? Patienter med schizofreni utsätts för brott betydligt oftare än den vanlige medborgaren – riskökningen är 800 procent.

Cirka 40 000 med schizofreni i Sverige

Det finns cirka 40 000 personer med schizofreni i Sverige. Sjukdomen har ett karakteristiskt förlopp med akuta episoder präglade av psykosymtom och lugna faser präglade av intellektuell reduktion, social tillbakadragenhet och passivitet. Det vanligaste symptomet är brist på omdöme och insikt, vilket förefaller vara ett kognitivt symptom. Just de kognitiva symptomen är avgörande för den sociala prognosen.

Förebyggande av de akuta faserna

De akuta faserna innebär ett medicinskt risktagande, och de är starkt kopplade till eventuella våldsbrott – de bör alltså förebyggas. Det gör man bäst med läkemedel och ett bra psykosocialt omhändertagande. Samarbetet med patienten bygger inte på sjukdomsinsikt (för den saknas alltför ofta) utan på förmågan att motivera patienten för en behandling som patienten inte anser sig behöva.

För det krävs kompetens och envishet hos behandlaren, som bottnar i övertygelsen att detta är medicinskt nödvändigt. Alltför få inom den psykiatriska öp-

Under mentalsjukhusens tid förelåg det en viss överdödlichkeit i schizofreni, kanske 50 procent. Överdödlichkeit är nu 800 procent!! Skulle socialministern sova gott om motsvarande dödlighetsökning hade drabbat diabetiker eller reumatiker?

penvården (där medicinskt orienterade läkare är i utpräglad minoritet), och nästan ingen inom socialtjänsten på kommunal nivå har denna övertygelse. Allt för många behandlingsbara patienter tappas bort – »vi måste respektera att patienten inte vill ha läkemedel«. Så får de nya akuta episoder, som antagligen skadar dem ytterligare kognitivt, förutom den risk för självdestruktivitet och våld som är kopplad till akuta psykossymtom.

Psykossymtom trots medicinering

Ungefär 6 000 schizofrena patienter har kvar psykossymtom trots adekvat medicinering. De har i många fall tillräckligt med insikt för att vilja ta emot vård, men vårdplatser saknas och kommunens omhändertagande räcker inte. De blir psykiatrins svängdörrspatienter med episodiskt uppblossande farlighet, för sig själva och för andra.

Patienter med hög grad av farlighet

Det finns slutligen patienter med en hög grad av farlighet oftast kopplad till brist på insikt och ovilja att medverka i vården. De kan t ex ha trippeldiagnoser (en utagerande personlighetsstörning som föregått schizofrenidebuten, samt missbruk). De kan inte skötas utan tvång. Det enda långvariga tvång som vi i dag kan

administrera är vård enligt LRV (Lag om rättspsykiatrisk vård) med särskild utskrivningsprövning.

De kvalificerar sig för sådan genom att begå brott. Väl inne kan vi få dem i hyggligt skick psykiskt, men vi kan bara sällan påverka sjukdomssikten och därmed samarbetsviljan. När vi så skriver ut dem får vi hålla i dem med tvång under normalt 3 och högst 6 månader. När tvånget upphör slutar de att medicinera, återfaller i missbruk och får en ny akut episod. Risken för våldsbrott är minst 50-dubblad i den gruppen. De brott de begår gottskrivs sedan av allmänheten alla 40 000 svenskar med samma diagnos. Hur ska stigmatiseringen av de svårt psykiskt sjuka kunna upphöra under sådana förhållanden?

Låt oss få en adekvat lagstiftning

De flesta behöver inte tvång och institutionsvård – de ska slippa det. Några vill

Låt oss få en lagreglering som tar hänsyn till sakförhållandena: De flesta personer med schizofreni behöver inte tvång och institutionsvård – de ska slippa det. Några vill ha god institutionsvård – de ska erbjudas sådan. Några har en sådan grad av farlighet att de behöver långvarigt tvång, men det tvånget behöver inte utövas inom en slutenvårdsinstitution.

ha god institutionsvård – de ska erbjudas sådan. Några har en sådan grad av farlighet att de behöver långvarigt tvång, men det tvånget behöver inte utövas inom en slutenvårdsinstitution.

Låt oss få en lagreglering som tar hänsyn till dessa sakförhållanden. •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

ANNONS