

Tingsrättsdom väcker farhågor:

Risk för tvångsvård »för säkerhets skull«?

En psykiater har dömts för vållande till annans död genom att ha avisat tvångsvård av en patient, som därefter tog sitt liv. Det inträffade väcker en rad frågor, framhåller företrädare för Svenska psykiatriska föreningen. Bedömningar av suicidrisk och vårdintyg görs ju ofta på jourtid under stor tidspress. Risken finns att kollegorna utifrån domen i framtiden väljer inläggning med tvångsvård för »säkerhets skull«. Är kriminalisering en väg som gynnar patientsäkerheten?

För styrelsen för Svenska psykiatriska föreningen:

MARGDA WÄRN
vetenskaplig sekreterare
Margda.Waern@neuro.gu.se

HANS ÅGREN
ordförande

■ En kollega har i tingsrätten dömts för vållande till annans död i samband med ett suicidfall efter avskrivet vårdintyg. Styrelsen för Svenska psykiatriska föreningen har kontaktats av medlemmar som uttrycker oro kring utfallet. Styrelsen vill inte kommentera det enskilda fallet, men vill lägga fram följande synpunkter av principiell natur.

Bakgrund

Uppskattningsvis 200 000 svenskar har allvarliga självmordstankar. Mellan 13 000 och 20 000 suicidförsök äger rum i vårt land varje år. Även erfarna psykiatrer har svårt att skilja på fall som kommer att leda till fullbordat självmord och fall där suicidaliteten stannar vid tankar/försök.

Suicidbenägenhet i sig är inget kriterium för tvångsvård. Tre rekvisit måste ovillkorligen vara uppfyllda för att en patient skall vårdas enligt LPT. För det första måste patienten lida av en allvarlig psykisk störning. För det andra måste det föreligga ett behov av dygnet-runtvård, och för det tredje måste patienten själv motsätta sig vård, alternativt vara ur stånd att själv ta ställning.

Svåra gränsdragningsproblem

När det gäller bedömning av det första kriteriet är det uppenbart att det kan uppstå svåra gränsdragningar. Detta har framgått med all tydlighet i den senaste tidens massmedialt så uppmärksammade fall, där experterna tvistar om våldsbenägna personer uppfyller kriteriet för allvarlig psykisk störning eller ej. I des-

sa fall har man haft tillgång till hela utredningsteamets expertis samt en resurs som våra kliniskt verksamma kollegor sällan har: tid. Suicidriskbedömningar och vårdintygsbedömningar görs ofta på jourtid under stor tidspress.

Inläggning för »säkerhets skull«?

Här finns en uppenbar risk att kollegorna i framtiden väljer inläggning med tvångsvård »för säkerhets skull«. Gränserna för tvångsvård tänjs, med ökad risk för integritetskränkningar som konsekvens. Ett ökat antal inläggningar försvårar en platsbristsituation som redan är prekär vid många kliniker idag. En ny inläggning kan innebära att någon frivilligt vårdad patient (»den friskaste«) måste skrivas ut. Det är vetenskapligt belagt att tiden efter utskrivning är en högrisktid för fullbordat självmord. Skall våra medlemmar oroa sig för risken att dömas för vållande till annans död även i dessa fall?

Självmord inträffar även på klinikerna

Det är i sammanhanget viktigt att påpeka att självmord inte alltid hindras genom inläggning. Varje år sker ett 20-tal fall av självmord vid våra kliniker. Att vårda självdestruktiva patienter är en tung uppgift. Dagligen görs svåra ställningstaganden. Skall patienten ha ständigt tillsyn? Får han eller hon åka hem på permission? Skall kollegorna behöva gå med ständig rädsla att de kan ställas inför domstol om de fattar ett beslut som i backspegeln visar sig vara felaktigt?

Bedömning av aggressiva handlingar

Många vanskliga beslut fattas i psykiaterns vardagsarbete. Förutom självmordsriskbedömningar görs även bedömningar av risken för aggressiva handlingar riktade mot andra. Finns i framtiden risk att våra kollegor döms för vållande till annans död om man bedömer att en person inte uppfyller kriterier

för tvångsvård, och personen sedan begår ett mord?

Att låta bli att göra en bedömning när sådan bör göras är oäktsamt. Att bedöma fel är något helt annat. Felbedömningar är en realitet inom sjukvården. Bröstsmärtor tolkas som magbesvär. Cancersmörter upptäcks för sent. Lungembolier missas med fatala konsekvenser. Var gränsen går mellan felbedömning och oäktsamhet? Och vem äger tolkningsföreträde?

Prejudikat inom somatiken?

Styrelsen vill ställa en fråga till Läkärförbundets jurister: Finns tidigare prejudikat inom somatiken, där en kollega dömts för vållande till annans död för en förseelse som i HSN endast lett till en erinran?

Är kriminalisering en väg som verkligen gynnar patientsäkerheten? I USA leder mellan en fjärdedel och en tredjedel av alla självmord som sker i samband med sjukhusvård till stämning. Är vi i Sverige på väg mot en sådan utveckling? •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Finns i framtiden risk att våra kollegor döms för vållande till annans död om man bedömer att en person inte uppfyller kriterier för tvångsvård, och personen sedan begår ett mord?