

frågan om tidpunkten är graden av lidandet och förekomsten av handlingsalternativ. Finns inga handlingsalternativ till sederingssterapi så bör en patient kunna erbjudas sådan behandling i princip flera månader före förväntad död. Att avstå från det kan inte motiveras med hänvisning till straffrätten.

En speciell situation för tillämpningen av sederingssterapi är när en beslutskapabel patient som befinner sig i livets slutskede inte kan acceptera en speciell behandling som erbjuds – ex-

empelvis på grund av biverkningarna. En patient har rätt att tacka nej till erbjuden behandling, även en livräddande eller livsuppehållande behandling – jämför exempelvis Jehovas Vittnen. Om man som läkare ska ta en patients önskemål om att avstå från en viss symptomlindring på allvar (annat skulle kunna uppfattas som somatisk tvångsbehandling) så kan man säga att vi då befinner oss i en ny situation där patientens symptom, allt taget i beaktande, är behandlingsrefraktära.

Behandlingsalternativet är alltså också i denna situation endast sederingssterapi, som även här kan och bör erbjudas patienten med stöd av ansvarsfrihetsregeln.

Den gällande straffrättslagstiftningen och dess ansvarsfrihetsregel ger alltså inte grund för att begränsa tiden för när sederingssterapi kan och bör erbjudas, liksom inte heller något hinder mot att erbjuda sederingssterapi i fall där en patient tackar nej till en erbjuden symptomlindring och sederingssterapi framstår som enda behandlingsalternativet. Avgörande måste vara bedömningen av om det finns ett medicinskt behov eller inte. Om läkarens främsta plikt, att bota, inte längre är aktuell är uppgiften att lindra lidande. Sederingssterapi kan då utgöra den adekvata åtgärden.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*



apropå! Huruvida tvångsåtgärder per definition alltid är en avvikelse som ska analyseras

»Vi vill föra fortsatt dialog«

Undertecknad skickade i maj 2010 tillsammans med min kollega Karl-Otto Svärd ut en skrivelse med rubriken »Frihetsberövande, tvångsåtgärder och tvångsbehandling ska ske med stöd av lag« till landets samtliga sjukvårdshuvudmän. Grunden för skrivelsen var att Socialstyrelsen i sin tillsyn av den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården funnit en rad brister vad gäller regel efterlevnad. Bland annat har uppmärksammas frihetsberövanden utan laga stöd, felaktigt begäran av polishandräckning, otillåtna tvångsåtgärder, något som naturligtvis är helt oacceptabelt. Om detta upplystes i skrivelsen. Därutöver framfördes också, såsom myndighetens åsikt, att frihetsberövande åtgärder och tvångsbehandlingar alltid utgör en avvikelse samt att hälso- och sjukvården i sitt system för avvikelsehantering alltid ska analysera vad som ledde fram till händelsen och klargöra om den kunde ha undvikits genom olika andra förebyggande åtgärder.

I en replik i Läkartidningen 39/2010 (sidan 2338) vidhöll vi vår uppfattning beträffande att tvångsåtgärder

alltid ska ses som en avvikelse samt att vården i sitt system för avvikelsehantering alltid ska analysera vad som ledde fram till händelsen. Skrivelsen har väckt en rad frågor, och diskussioner förs både i Läkartidningen och på andra håll. Undertecknad och Karl-Otto Svärd har följt diskussionen, och vi inser efter att ha tagit del av allt som förts fram i denna fråga att vi inte hade förutsett samtliga möjliga konsekvenser av den linje vi förespråkade.

Låt mig vara väldigt tydlig, vi hyser stor respekt inför det svåra uppdrag som alla ni som arbetar med psykiatrisk och rättspsykiatrisk tvångsvård har, och om någon har känt sig kränkt av vår skrivelse så beklagar vi det.

Syftet med vårt resonemang är i grunden enkelt, även om vår argumentation synes ha bidragit till det motsatta. Det vi vill uppnå är att det kommer till stånd ett kontinuerligt systematiskt kvalitetsarbete kring tvångsåtgärder i syfte att om möjligt minska dess användning samt minska risken för negativa upplevelser och andra negativa effekter för patienten. Vår uppfattning är att det – för att

på sikt uppnå en varaktig minskning av tvångsåtgärder inom hälso- och sjukvården – kan vara lämpligt att använda samma metod som ska användas när avvikelser utreds, det vill säga att alltid ställa frågan: Vad ledde fram till XX (i detta fall tvångsåtgärd), hade XX kunnat undvikas på något sätt och vad hade i så fall krävts? Jag inser att svaret väldigt ofta torde bli Nej, det fanns tyvärr inget rimligt alternativ. Men jag vet också, mot bakgrund av den erfarenhet som myndigheten har från sin tillsyn, att det också finns tillfällen där tvångsåtgärder hade kunnat undvikas samt tillfällen då tvångsåtgärder medfört värdsador. Det är dessa händelser som vi vill att hälso- och sjukvården systematiskt ska identifiera, analysera och sprida kunskap om. Vi har i vår ursprungliga skrivelse och även i inlägget i Läkartidningen anvisat vårdgivarnas avvikelssystem som en lämplig plattform för detta arbete.

Det har i debatten framförts många goda argument för att avvikelssystemet är en mindre lämplig plattform och för tanken att det är fel att kalla alla tvångsåtgärder för en av-



Socialstyrelsen tänker om.

vikelse. Vi tar till oss av detta och ber i stället att få föra en fortsatt dialog med företrädare för professionen kring hur vi på bästa sätt med gemensamma ansträngningar kan åstadkomma eftersträvad effekt, det vill säga så få och så patientsäkra tvångsåtgärder som möjligt. Ett lämpligt sådant forum är Svenska Psykiatriska föreningens möte i mars 2011, dit myndigheten redan är inbjuden. Ytterligare forum är givetvis det arbete som inletts av Sveriges Kommuner och landsting efter överenskommelse med regeringen kring metodutveckling för ökad kvalitet i den psykiatriska heldygnsvården samt pågående samarbete med Svenska psykiatriska föreningen angående kliniska riktlinjer för psykiatrisk tvångsvård. En skrivelse med likalydande innehåll som denna artikel kommer att tillställas samtliga sjukvårdshuvudmän.

Per-Anders Sunesson
avdelningschef, tillsynsavdelningen, Socialstyrelsen