

# Psykiatri och etik

– självbestämmande eller patientens bästa?

Tore Nilstun

I denna artikel diskuteras några av psykiatriens etiska problem. Det gäller bl. a. sjukdomsbegreppet, självbestämmandets gränser, tvång och rättvisa. Homosexualitet används som exempel.

Tore Nilstun är docent i medicinsk etik vid Avdelningen för medicinsk etik, Lunds universitet.

## Inledning

Historiskt tolkades ofta psykiska störningar som ett straff. Enligt detta synsätt var galenskap ett resultat av brott mot moraliska eller religiösa föreskrifter. Exempel på detta finns i Bibeln, där Jesus bönhör en kvinna, vars dotter är besatt av en ond ande [Markus 7:25-30]. En sådan tolkning tog dock den Hippokratiska traditionen (500 – 300 f.Kr.) klart avstånd från. I en av de hippokratiska skrifterna sägs bl.a. att

”Man bör veta att från hjärnan, och hjärnan ensam, har vår lust, glädje, sorg och tårar sitt ursprung. ... Det är samma orsaker som gör oss vansinniga eller sinnesförvirrade ...” [1:175]

Den kanske viktigaste konsekvensen av detta hippokratiska synsätt var att psykiska störningar skulle uppfattas som symptom på en underliggande fysiologisk sjukdomsprocess.

En liknande uppfattning återfinns hos John Locke (1632-1704). Enligt honom kan

”vansinne” förklaras på tre olika sätt, som ett i grunden fysiologiskt patologiskt symptom, som en brist vad gäller interaktionen mellan kropp och själ – vad han uppfattade som ”felaktiga associationer mellan idéer eller sinnesrörelser”, och som en sjukdom i själva medvetandet [2]. Denna senare ståndpunkt var ett radikalt brott med Hippokrates. Lockes uppfattning gjorde det möjligt att både utveckla en fysiologisk patologi och en psykologisk patologi.

Med utgångspunkt i Lockes idéer krävdes radikala reformer av sinnessjukhusen. Enligt den s.k. ”moral treatment” (ungefär ”mental behandling”) var det möjligt att ändra ”rubbade idéer och sinnesrörelser” om den sjuka personen kom i ordnade, behagliga, och lugnande miljöer i vilka ”varje oreglerlig böjelse hindras, varje inrotad fantasi avleds” [3: 69]. Philippe Pinel (1745-1826) blev rörelsens symboliska ledare när han i oktober 1793 beordrade att kedjan skulle tas bort från en galen person på Bicêtre Hospital utanför Paris [4: 487].

Dessa idéer skulle emellertid inte allmänt realiseras förrän en verklig psykiatrisk vetenskap uppstått [5: 439], och en naturvetenskaplig epok inleddes först i mitten av 1800 talet. Då fick man en ökad kunskap om hjärnans struktur och funktion under normala och sjukliga förhållanden. Ett viktigt genombrott för psykiatriens del var Julius Wagner-Jaureggs (1857-1940) påvisande att

---

---

*Den begreppsliga referensramen är av stor betydelse i samband med val av behandling inom psykiatri*

---

---

syfilis orsakade en vid den tiden vanlig form av demens - och att denna kunde förbättras med feberbehandling [6: 21].

Den begreppsliga referensramen är av stor betydelse i samband med val av behandling inom psykiatri [7]. Om den psykiska störningen ses som en biologisk abnormitet är psykiska sjukdomar orsakade av biokemiska eller fysiologiska förhållanden i centrala nervsystemet (CNS). Behandlingen blir i så fall farmakologisk. Ses däremot psykiska störningar som icke ändamålsenligt beteende blir förklaringen till psykiska sjukdomar felaktig inlärning. Konsekvensen blir radikal behaviorism med traditionell beteendeterapi, eventuellt kompletterad med kognitiv beteendeterapi. Psykiska störningar kan också uppfattas som friska reaktioner på en sjuk situation, och den mest näraliggande behandlingen blir att man försöker att ändra på situation genom grupp-terapi och situationspåverkan.

Sådana extrema positioner inom psykiatri har inte många förespråkare idag. Många psykiatrer tycks föredra eklektiska modeller, d.v.s. man förenar idéer från olika traditioner. Människan ses som en varelse med biologiska, psykologiska och sociala dimensioner [8].

Fortfarande gäller dock att skrivningarna i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV) från 1994 är rätt försiktiga. Klassifikationerna av psykiska störningar utgörs av empiriska diagnoser, som så långt möjligt är rent beskrivande och utan referens till någon teoretisk begrepps-

ram [9: xxii]. Man avstår från kontroversiella ställningstaganden till möjliga underliggande fysiologiska eller psykologiska processer.

## **Ett exempel**

Psykiatri förväntas ofta åstadkomma förändringar. En patient kan t.ex. önska att psykiatern ska hjälpa honom eller henne att ändra sitt beteende. Man kan då fråga sig om psykiatern bör utgå från sina egna värderingar eller patientens. Betydelsen av rådande värderingar i samhället och gällande lagstiftning är också av betydelse i sammanhanget.

Här följer ett exempel inspirerat av Veatch [10: 240-245]. Det är förhoppningsvis inte särskilt aktuellt för den moderna psykiatri, men i ett historiskt perspektiv är det av stort intresse.

Efter ett års väntetid har patienten, Pär Persson, fått tid hos psykiatern. Pär är en 35 årig lärare som aldrig varit gift. Nu bor han ensam i en medelstor stad i Sverige. Han beskriver sin situation för psykiatern:

”Jag är homosexuell. Jag är ensam. Jag är trött på isolering. Jag lever i en konstant rädsla för att bli upptäckt. Jag skäms. Jag har inte haft någon homosexuell kontakt på flera år. Jag tycker faktiskt rätt illa om mig själv. Med självkontroll borde jag kunna bli av med min perversion. Jag har varit i terapi tidigare, men det var endast samtalsterapi. Det hjälpte inte. Jag är villig att försöka vad som helst, även elchocker. Jag tror att det är det jag behöver – och förtjänar. Om du inte hjälper mig, vet jag inte vad jag ska göra. Jag lever i ett helvete. Jag vill bara dö.”

---

---

*Psykiatri förväntas ofta åstadkomma förändringar*

---

---

Nu vill Pär att psykiatern ska hjälpa honom att ändra sin läggning. Han vill vare heterosexuell som "alla andra". Vid samta- len framkommer också att Pär aldrig varit intresserad av kvinnor. Han kan endast för- stå sin ångest som ett resultat av en psy- kisk störning och psykologiskt lugn skulle han endast få om han förändrade sina sexu- ella böjelser. Vid det femte mötet berättar han att han har haft en älskare under stu- dietiden. Förhållandet, som pågått under flera år, beskrivs som mycket bra. Nu är vän- nen gift och är far till två barn. Pär gråter när han berättar detta. Han känner sig än mer övergiven.

Psykiatern är djupt övertygad om att den enskilde har rätt att leva som hetero-, bi eller homosexuell i enlighet med sin sexuella läggning. Han tvivlar inte på att homosexu- ella kvinnor och män har psykologiska pro- blem, men de beror på sociala stigma och inte på sexuell läggning. Under många de- cennier fanns en utbredd uppfattning om att homosexualitet var en psykisk sjukdom. I Nordisk Familjebok från 1909 står t.ex. att homosexualitet i allmänhet är "medfödd och måste betraktas som ett uttryck för inom vederbörande persons släkt förefintlig ner- vös degeneration" [11]. Fortfarande finns fördomar mot homosexualitet. Som diagnos ströks inte homosexualitet ur Socialstyrel- sens sjukdomsklassifikation förrän 1979 och först 1987 infördes i brottsbalken ett för- bud mot att diskriminera homosexuella. Ef- fekterna av stigmatisering är väl bekanta. Enligt Coleman [12] är homosexualitet en riskfaktor vad gäller psykologisk missan- passning, störd psykologisk utveckling, familjalienation, otillräckliga interpersonella relationer, alkohol- och drogmissbruk, och självmord. Vanligt är också att homosexu-

ella har ångest för att drabbas av AIDS och andra sexuellt överförbara sjukdomar.

Rätten att leva enligt sin läggning är en sak, men finns det också en skyldighet? Psy- kiatern känner sig osäker. Är det moraliskt fel av Pär att försöka ändra sin sexuella lägg- ning? Vad säger yrkesetiken? Vilken roll får, bör eller ska en psykiater ha i samman- haget? Han överväger två behandlings- strategier: en hetero-stragi och en homo- strategi? Väljer han den första strategien accepterar han patientens önskemål om att bli heterosexuell; följer han den andra stra- tegin, handlar han enligt sin egen överty- gelse. En patienten bör få hjälp att accep- tera sin sexuella läggning, inte ändra den. Psykiatern känner sig mer och mer osäker [13, 14]. Några etiska överväganden kan därför vara på sin plats.

### **Autonomi och samtycke**

Ordet "autonomi" har åtminstone två olika betydelser inom medicinsk etik. Det beteck- nar dels ett ideal, dels en skyldighet. Auto- nomi som ett ideal fokuserar vanligen på patientens användning av sin förmåga att överväga och reflektera. Den person som lever upp till autonomiidealet är kompetent, är medveten om att han eller hon har denna förmåga, fattar beslut med en känsla av kon- troll, och identifierar och värderar alterna- tiv. Då många psykiatriska patienter har nedsatt autonomi som följd av sin psykiska störning, gör autonomiidealet det önskvärt

---

*Ordet "autonomi" har åtminstone två olika betydelser inom medicinsk etik. Det betecknar dels ett ideal, dels en skyldig- het*

---

att försöka återställa patientens kompetens. Ordet "autonomi" betecknar emellertid också en skyldighet. Psykiatern bör respektera sina patienters rätt till oberoende, vilket innebär att de är fria från tvång eller andra ingripanden. De som i relevanta avseenden kan fatta egna beslut bör behandlas med respekt för denna förmåga till självbestämmande. De som är beroende eller sårbara på grund av nedsatt autonomi bör skyddas mot skada och missförhållanden. Att visa respekt för en person innebär en skyldighet att försöka identifiera vad patienten önskar att förverkliga. Men detta är ofta problematiskt när det gäller kaotiska eller paranoidea personer.

Autonomi som ideal och som etiskt krav är två viktiga principer inom den liberala ideologin. En historiskt betydelsefull person i denna sammanhang är den ovan nämnda John Locke. Han menade att individer har rätt att leva enligt sina önsknings, förutsatt att andra har samma rättigheter [15]. Enligt den liberala ideologin bör alltså en terapi som syftar till att ändra en persons sexuella läggning vara tillåten.

Men för att kunna ge sitt informerade och frivilliga samtycke till en viss behandling måste han vara kompetent. Termen "kompetens" betecknar förmågan att utföra en viss uppgift. Man bör skilja mellan allmän (engelska "global") kompetens och speciell kompetens. I det förra fallet har patienten förmågan att fatta alla typer av beslut, i det senare fallet har patienten endast förmågan att fatta vissa typer av beslut. Allmänt gäller att bedömningar av kompetens bör vara speciella, d.v.s. en patient är kompetent eller inkompetent att fatta ett visst beslut eller utföra en viss uppgift vid en viss tidpunkt. Om användningen av det glo-

---

---

*Studier visar att patienterna på psykiatriska kliniker inte får ta del av viktig information*

---

---

bala kompetensbegreppet skriver Appelbaum:

"Denna praxis byggde troligen på den allmänna föreställningen att 'galna personer' var globalt inkompetenta, och det ofta outtalade antagandet att tvångsinläggelse var ett tillräckligt rättsligt villkor för att den behandlande läkaren hade rätt att vikariera den sjukets beslut." [16]

Det råder idag allmän enighet om att kompetens bör bedömas från fall till fall [17]. Detta betyder att psykiatern bör försöka fastställa om patienten förstår problemen, behandlingsmöjligheterna och de troliga konsekvenserna. Mycket tyder också på att patienterna är långt bättre informerade idag än tidigare. Ändå visar studier att patienterna på psykiatriska kliniker inte får ta del av viktig information. De får t.ex. mediciner utan att informeras om att dessa kan ha allvarliga biverkningar [18].

Enligt Haldeman ges ofta vilseledande information till patienter som vill ändra sexuell läggning, och terapin kan ibland vara till skada därför att det saknas empiriskt stöd för att behandlingen verkligen leder till önskat resultat [19]. Men om behandlingen uppfyller kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet, följer av autonomiprincipen att den kompetenta patienten bör få som han eller hon önskar.

### **Rätten att acceptera och rätten att vägra**

Enligt svensk lagstiftning kan en inläggning ibland bedömas som frivillig om patienten

accepterar, men som tvångsinläggelse om patienten vägrar. Detta tycks innebära att om patienten accepterar inläggning, så är hon kompetent. Om hon däremot vägrar inläggning, så är hon inte kompetent. I det förra fallet är det frågan om frivillig inläggelse och i det senare fallet är det frågan om tvångsinläggelse.

Det finns därför (åtminstone) två olika sätt att definiera "tvång" inom psykiatri [20]. Båda definitionerna förutsätter att patienten inte har något val. Patienter kommer att läggas in oberoende av vad hon vill. Enligt den asymmetriska definitionen gäller följande: om patienten accepterar, så är inläggelsen frivillig annars är det frågan om tvångsinläggelse. Enligt den symmetriska definitionen är det alltid frågan om tvångsinläggelse – och detta oberoende av vad patienten vill (*Tabell 1*).

*Tabell 1. Två olika definitioner av "tvång" inom psykiatri.*

Begrepp	Patienten har inget val och patienten	
	accepterar	vägrar
Asymmetrisk definition	Frivillig inläggelse	Tvångsinläggelse
Symmetrisk definition	Tvångsinläggelse	Tvångsinläggelse

*Tabell 2. Används eller förutsätts det asymmetriska tvångsbegreppet i samband inläggelse respektive konvertering i de nordiska tvångsvårdslagarna?*

Begrepp	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Inläggelse	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Konvertering <sup>1)</sup>	Ja	Ja	Ja	EM <sup>2)</sup>	Ja

<sup>1)</sup> att med tvång kvarhålla en frivilligt intagen patient

<sup>2)</sup> EM = ej möjligt, d.v.s. I Norge är konvertering förbjudet

Tabellen beskriver två idealtyper [21] vad gäller tvång och frivillighet. Det finns dock inte en sådan skarp gräns mellan vad som bör kallas "tvångsinläggelse" och vad som bör kallas "frivillig inläggelse" som definitionerna antyder. Det finns en rad problematiska gränssfall. Givet den asymmetriska definitionen, hur bör t.ex. den patient klassificeras som inte har något val men vill tvångsinläggas?

I samband med inläggelse inom psykiatri används det asymmetriska tvångsbegreppet i lagstiftningen i Danmark [22], Island [23] och Sverige [24], medan det symmetriska används i Finland [25] och Norge [26]. Vad gäller konvertering, d.v.s. att med tvång kvarhålla en frivilligt intagen patient, används det asymmetriska tvångsbegreppet i alla de nordiska länderna utom Norge. Konvertering är inte tillåtet enligt norsk lag (*Tabell 2*).

Det asymmetriska tvångsbegreppet har två besvärande konsekvenser. Den kompetenta patienten förvägras sin rätt att säga "nej" till inläggelse och att säga "nej" till konvertering, medan den inkompetenta patienten som läggs in "frivilligt" förvägras sin rätt till rättsligt reglerat stöd [27].

Men det finns också argument för den asymmetriska definitionen. Den frivilligt inlagda personen är lättare att samarbeta med och behandlingen blir i allmänhet mer fram-

gångsrik om patienten samarbetar med psykiatern och andra vårdare. Det har också hävdats att konsekvenserna av valet är av betydelse för kompetensbedömning. Är konsekvenserna allvarliga för patienten, ställs högre krav på kompetens. Enligt detta synsätt kan alltså en patient vara kompetent att välja inläggelse eller att stanna kvar på sjukhuset, men inkompetent om hon väljer att inte skrivas in eller vill skrivas ut [28].

### Gör gott och skada inte

Kraven att göra gott och att inte skada har en utilitaristisk utgångspunkt. Med "utilitarism" avses vanligen en etisk teori som är en kombination av två principer. Den första är konsekvensprincipen som anger att en handling är moraliskt rätt eller orätt enbart beroende på sina goda, respektive dåliga konsekvenser. Den andra är hedonistprincipen (den grekiska termen "hedone" betyder lust, välbehag, glädje, njutning) som anger att endast lust är gott i sig (lust har ett positivt egenvärde) och endast olust är ont i sig (olust har negativt egenvärde).

Jeremy Bentham (1724-1832) och John Stuart Mill (1806-1873) var båda utilitarister. Bentham tog för givet att lust är ett värde som alla accepterar [29]. Alla sexuella aktiviteter som främjar lust är rätt. De som främjar olust är fel. Mill var enig i att sinnlig lust är värdefulla för människor. Som exempel nämner han att äta, dricka och ha sex. Han ansåg emellertid att man bör skilja mellan högre och lägre njutningar [30]. Han skriver t.ex.

"Det är bättre att vara en otillfreds mänsklig varelse än en tillfreds gris; bättre att vara en otillfreds Sokrates än en tillfreds dåre." [kap II].

Även om detta något minskar det etiskt

---

---

*Psykiatern är fri att välja det behandling-alternativ som med störst sannolikhet minskar patientens olycka eller rent av ökar hans eller hennes lycka*

---

---

relevanta värdet av sexuella aktiviteter, tycks hans ståndpunkt vara förenlig med Benthams. Psykiatern är fri att välja det behandlingsalternativ som med störst sannolikhet minskar patientens olycka eller rent av ökar hans eller hennes lycka.

I sin bok "On Liberty" har Mill också formulerat en annan princip. Den kallas "skade-principen". Enligt denna gäller

"... att det enda fall där man är berättigad att individuellt eller kollektivt ingripa i andras handlingsfrihet är till självförsvar. Att det enda syfte, för vilket i ett kultursamhälle tvång kan utövas över någon av dess medborgare mot hans vilja, är att förebygga att andra skadas. Hans egen bästa, vara sig i fysiskt eller moraliskt avseende, är inte ett tillräckligt motiv. ... Det enda verksamhetsområde där man är ansvarig inför samhället, är det som berör andra människor, medan man inom det som bara berör en själv bör ha rätt till oinskränkt frihet. Över sig själv, över sin egen kropp är individen suverän." [31: kap II]

Men vad avses med termen "skada" här? Är t.ex. ett beteende som är ägnat att väcka förargelse hos allmänheten att uppfatta som en skada? Om en sådana tolkning accepteras, borde, enligt Mill, homosexualitet förbjudas i vissa länder med hänvisning till den allmänna opinionen. Den psykiater som i dessa länder väljer homo-strategin skulle alltså hjälpa patienten till ett brottsligt beteende.

Det finns knappast något område inom medicinen där behandlingens effektivitet har diskuterats mer än inom psykiatrin. Men

de få studier där man försöker mäta graden av evidensbaserad praxis inom olika medicinska discipliner, tyder på att psykiatrin åtminstone är lika evidensbaserad som kirurgi och intermedicin [32,33]. Det bör emellertid påpekas att utvärdering av psykiatrins behandlingsmetoder är synnerligen problematisk. Den amerikanska psykiatriska föreningen har t.ex. betonat att

"Patient-läkarrelationen är av sådan avgörande betydelse för effektiv behandling av patienten att denna måste gå föra alla andra överväganden." [34]

Detta krav gör patient-läkarrelationen till en variabel som måste beaktas i samband med utvärdering av psykiatriska behandlingar.

### Tvång, rättssäkerhet och samhällsskydd

I det här aktuella fallet väljer psykiatern, efter att Pär noggrant informerats om möjligheter och risker, att satsa på hetero-strategin. Pär får en behandling enligt sina egna önsknings. Resultatet är emellertid mindre lyckat. Efter flera månaders intensiv samtalsterapi mår Pär om möjligt ännu sämre. Han upplever ingen ändring och svåra skamkänslor fortsätter att plåga honom. Pär's bristande sexuella intresse för det motsatta könen är lika starkt som tidigare. Depressionen tilltar. Han är nedstämd och känner sig än mer värdelös. Han plågas av obefogade skuld-känslor och talar allt oftare om självmord. Efter drygt ett år bryter han all kontakt med sin psykiater.

Några år senare blir Pär tagen av polisen med drygt 200 gram heroin. Han visar tecken på vanföreställningar. Här är det viktigt att påpeka att alla felaktiga föreställningar inte är vanföreställningar. Föreställningen måste

---

---

### *En vanföreställning kan aldrig fås att försvinna genom motargument*

---

---

både vara orimliga och okorrigerbara. Vidare måste patienten vara ensam om föreställningen och den måste präglas av absolut visshet som inte låter sig modifieras eller relativiseras. En vanföreställning kan aldrig fås att försvinna genom motargument [35].

Pär är också misstänkt för flera allvarliga våldsbrott. Han erkänner. Efter genomgången rättspsykiatrisk [36] undersökning döms Pär till tvångsvård med särskild utskrivningsprövning. Nya etiska frågor aktualiseras. En sådan fråga gäller riskbedömningar. Två olika strategier med 100 patienter ska diskuteras [37].

Den första, som kan kallas "paternalistisk", innebär en stark betoning på samhällsskyddet och en vilja att "offra" ett relativt stort antal falskt farliga. Individens bedöms vara farlig fastän han eller hon inte är det. Om man använder en skattningsskala för att simulera förfarandet, så motsvarar denna beslutsstrategi ett lågt tröskelvärde (låg "tollerans"). Av detta följer att en relativt hög andel av de 100 patienterna kommer att bedömas som farliga. I ett simulerat, hypotetiskt exempel har således många (41 + 20 = 61) av de 100 rättspsykiatriska patienterna bedömts som farliga (*Tabell 3*).

*Tabell 3. Farlighetsbedömningar av 100 fall med en paternalistisk beslutsstrategi.*

Paternalistisk bedömning	Faktiskt utfall		
	Ofarlig	Farlig	Summa
Ofarlig	37	2	39
Farlig	41	20	61
Summa	78	22	100

Den viktigaste etiska vinsten med denna strategi är att hela 20 av de 22 individer som i det aktuella materialet faktiskt dömdes på nytt för våldsbrott inom två år efter utskrivningen fångas med riskbedömningen. Endast två farliga bedöms inkorrekt som ofarliga. Men den etiska kostnaden är betydande, så många som 41 fall får en felaktigt farlighetsetikettering.

Mot detta kan ställas den *liberala* beslutsstrategin. Här betonas vikten av att inte felaktigt frihetsberöva individer mot deras vilja. I en simulering där graden av risk kvantifierats med en skattningsskala motsvarar den liberala beslutsstrategin ett högt tröskelvärde. Endast de individer som uppfattas ha mycket hög risk åsätts faktiskt en farlighetsstämpel (9 + 13 = 22). Andelen som med den liberala strategin klassas som hög risk består i detta retrospektiva exempel av relativt få individer (Tabell 4).

Tabell 4. Farlighetsbedömningar av 100 fall med liberal beslutsstrategi.

Liberal bedömning	Faktiskt utfall		
	Ofarlig	Farlig	Summa
Ofarlig	69	9	78
Farlig	9	13	22
Summa	78	22	100

Den viktigaste etiska vinsten med denna strategi är att antalet individer som felaktigt etiketterats som farliga har minskat till 9 (jämfört med 41 för den paternalistiska strategin). Hela 69 av de 78 ofarliga bedöms som ofarliga. Men av de 22 faktiskt farliga har den liberala strategin "missat" nästan hälften (9 av 22). Även i detta fall är alltså den etiska kostnaden betydande.

Bedömningen bör rimligen utgöra en kom-

---

*Hur många ovilliga och ofarliga personer är det etiskt försvarbart att utsätta för tvång i syfte att förhindra en ovillig och farlig person från att begå våldsbrott?*

---

promiss mellan kravet på rättssäkerhet och kravet på samhällsskydd. Hur många ovilliga och ofarliga personer är det etiskt försvarbart att utsätta för tvång i syfte att förhindra en ovillig och farlig person från att begå våldsbrott?

Det finns alltså två extrema ståndpunkter. Den första, där kravet på rättssäkerhet ges företräde, är att ingen som faktiskt är ofarlig för sin omgivning får utsättas för tvång. Med tanke på farlighetsbedömningarnas relativa osäkerhet innebär denna ståndpunkt att ingen får berövas sin frihet med hänvisning till risk för framtida våldsbrott. I exempel-population skulle detta innebära att alla 100 individer skrivs ut, varav mer än var femte (22%) inom två år efter utskrivningen på nytt döms för svåra våldsbrott. Det finns knappast möjlighet att få tillräckligt stöd för denna ståndpunkt i vårt samhälle. Kravet på samhällsskydd är alltför starkt.

Den andra ståndpunkten, där just samhällsskyddet betonas, är att alla som potentiellt är farliga måste frihetsberövas. I realiteten är också detta "ideal" helt omöjligt att realisera, men med en paternalistisk beslutsstrategi skulle ändå drygt 90 procent kunna identifieras. Det är dock oklart hur man skulle ställa sig till en sådan strategi ur rättssäkerhetssynpunkt. För att kunna identifiera denna höga andel farliga innebär det samtidigt att många som inte är återfallsbrottslingar kommer att nekas utskrivning vid det aktuella tillfället. För att kunna hålla



90 % positiv precision måste man alltså acceptera "falskt alarm", d.v.s. meddela länsrätten att risk för återfallsbrottslighet föreligger, två gånger av tre. Kravet på rättssäkerhet väger tillräckligt tungt för att avvisa även denna strategi.

Mellan dessa två extremer finns en mängd möjliga avvägningar. För den som anser att juridikens krav på rättssäkerhet också bör väga tyngst inom rättspsykiatri är en mer liberal strategi att föredra. Idealet är då en mycket låg andel felaktigt frihetsberövade. Den som däremot betonar skillnaden mellan rättspsykiatri och annan mer konventionell sjukvård vill troligen lägga större vikt vid samhällsskyddet och acceptera högre andel falskt positiva, t.ex. lika många som falskt negativa. Det förra idealet ger ökad rättssäkerhet men måste betalas med sämre samhällsskydd. Det senare ger bättre samhällsskydd men måste betalas med sämre rättssäkerhet.

### **Frånvaro och missbruk av psykiatri**

Psykiatern ska låta sig vägledas av gott principen. Enligt denna bör psykiatern visa solidaritet med sin patient. Det är patientens bästa som bör vara i fokus. Men principen kan också användas som ett försvar för överdriven paternalism. Psykiatern ska också låta sig ledas av autonomiprincipen. Denna ställer krav på respekt för självbestämmande. Även här finns dock möjlighet till överdrifter. Principen kan göra psykiatern okänslig för patientens lidande. Psykiatern bör alltså undvika två extremer. Den första extremen kan leda till att psykiatrin missbrukas, den andra extremen kan leda till att psykiatrin blir frånvarande.

Enligt Bloch förlorade psykiatrin sin professionella integritet när den accepterade

---

---

*Psykiatern bör alltså undvika två extremer. Den första extremen kan leda till att psykiatrin missbrukas, den andra extremen kan leda till att psykiatrin blir frånvarande*

---

---

att förtrycka dissidenter i det tidigare Sovjetunionen [38]. Detta är nog en överdrift, men med undantag av vård av äldre som bor på institution och mentalt handikappade, tycks psykiatrin vara mer känslig för missbruk än andra former för sjukvård.

Busse [39] har argumenterat för att psykiatern bör begränsa sin verksamhet till att minska smärta och obehag. Ett mycket vidare uppdrag har föreslagits av Waggoner, som uppmanat professionen att främja båda "fundamentala sociala mål" och "individuell frihet och social ansvar" [40]. Hawaii Deklarationen från 1977 antyder en kompromiss: Psykiatern ska "verka för allmän välfärd och för en rättvis fördelning av hälsovårdens resurser" [41].

I den medicinsk etiska litteraturen betonas ofta de tre klassiska etiska principerna om självbestämmande, gör gott och skada inte. Dessa tre principerna kommer också till uttryck i etiska koder inom hälso- och sjukvården. Men rättvisa, som är långt svårare att precisera, är också viktig. Huvudidén är att inte diskriminera och att visa solidaritet med sårbara grupper. Även om riktlinjerna på området kan tyda på att en hel del har skett vad gäller rättvisa, återstår mycket i praktiken. Det gäller att berörda aktörer också får kunskap om och handlar i enlighet med dessa riktlinjer [42]. En stor utmaning för framtida etisk analys av psykiatrin och dess handlingsmöjligheter är därför att utveckla instrument där även rättvisa ges utrymme.

## Avslutande kommentar

Nu tror kanske en och annan läsare att jag har glömt Pär Persson. Men det har jag inte. Under den vård han fick inom rättspsykiatrien accepterade han sin homosexuella läggning. Han är nu fri och frisk. Det är bara att hoppas att de djupt rotade fördomar som tyvärr alltför ofta finns i vårt samhället också kan ändras.

## REFERENSER

1. Hippocrates. Collected works (vol 2). New York: G. P. Putnam's Sons (Loeb Classical Library), 1923-1931.
3. Battie W. A Treatise on Madness. London: Whiston and White 1758.
6. Ottosson J-O. Psykiatri. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin, Liber Utbildning 1995.
7. Svensson T. On the notion of mental illness. Dissertation. Linköping: Linköping University, Department of Theme Research, 1990.
8. Crafoord C, Jacobsson L, Åsberg M. Psykiatriens »tre kärlekar». Alla behövs för att möta mänskliga psykiska lidanden 1998; 95(14): 1539-43
9. American Psychiatric Association. Internationally recognized standard classification of mental disorder. DSM-IV. Washington D.C.: APA, 1994.
10. Veatch RM. Case Studies in Medical Ethics. Cambridge (M) and London (GB): Harvard University Press, 1977.
12. Coleman E (ed). Psychotherapy with Homosexual Men and Women: Integrated Identity Approaches for Clinical Practice. New York: Haworth Press, 1988.
13. Matthews E. Autonomy and the psychiatric patient. J Appl Philos 2000; 17(1): 59-70.
14. Rudnick A. the goals of psychiatric rehabilitation: an ethical analysis. Psychiatr Rehabilitation J 2002; 17(1): 48-61.
16. Appelbaum PS. Informed consent. Tryckt i Weisstubb D (ed). Law and mental health, international perspectives, vol 1. New York: Pergamon Press 1984.
17. Kaplan KH, Strang JP, Ahmed I. Dementia, mental retardation, and competency to make decisions. Gen Hosp Psychiatry 1988; 10: 385-388.
18. Beck J. Determining competency to assent to neuroleptic drug treatment. Hosp Community Psychiatry 1988; 38: 1106-1108.
19. Haldeaman D C. Sexual Orientation Conversion Therapy of Gay Men and Lesbians: A Scientific Examination. Tryckt i Gonsiorick, Weinrich. Newbury Park, Calif.: Sage 1991: 149-160.
20. Westrin CG, Nilstun T. Psychiatric ethics and health service research. Concepts and research strategies. Acta Psychiatr Scand Suppl 2000; 399: 47-50.
27. Gendreau C. Le droit du patient psychiatrique de consentir à un traitement: élaboration d'une norme internationale. Montreal: Les Editions Thèmes Inc., 1994.
28. Brock DW. Decisionmaking Competence and Risk. Bioethics 1991; 5(2): 105-112.
32. Boyle PJ, Callahan D. Minds and hearts. Priorities in mental health services. Hasting Center Report 1993; 23: 3-23.
33. Behandling med neuroleptika. Stockholm: SBU-rapport 1977: 133, Vol 1-2.
34. American Psychiatric Association. The principles of medical ethics with annotation especially applied to psychiatry. American Journal of Psychiatry 1973; 130: 1056-1064.
35. Brock DW. Decisionmaking Competence and Risk. Bioethics 1991; 5(2): 105-112.
36. Knapp S, VandeCreek L. Ethical issues in personality assessment in forensic psychology. J Pers Assess 2001; 77(2): 242-54.
38. Bloch S. Psychiatry: an impossible profession? Aust NZ J Psychiatry 1997; 31: 172-183.
39. Busse E. APA's role in influencing the evolution of a health care delivery system. Am J Psychiatry 1969; 126: 736-758.
40. Waggoner R. The Presidential Address: Cultural dissonance and psychiatry. Am J Psychiatry 1970; 127: 1-8.
41. World Psychiatric Association. Declaration of Hawaii. J Med Ethics 1978; 4: 71-73.
42. Martens WH. Necessity of adapting psychiatric treatment to relevant ethical guidelines. Med Law 2001; 20(3): 393-403.

Fullständig referenslista kan fås av författaren.