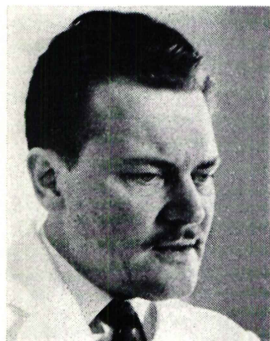


# Bedömning vid intagning och kvarhållning enligt LSPV



**Börje Lassenius**

Många psykiatriker upplever bedömningar enligt LSPV som mycket påfrestande. Man känner sig ensam och utlämnad. Det vore därför värdefullt med mer tid till samråd med andra medarbetare i denna viktiga fråga. Kanhända även utskrivningsnämnden i större utsträckning skulle kunna kopplas in på tidigt skede som hjälpare och rådgivare, framhåller Börje Lassenius i nedanstående artikel. Artikelförfattaren är överläkare vid psykiatriska klinikerna vid Sundsvalls sjukhus.

Vi känner alla till att intagning och kvarhållning enligt lag om beredande av sluten psykiatrisk vård (LSPV) grundar sig på bestämmelserna i första paragrafen av nämnda lag. För att en patient skall kunna intagas resp kvarhållas krävs

*dels att patienten företer en psykisk sjukdom eller psykisk abnormitet av sådan art och grad att vård är oundgängligen påkallad*

*dels att patientens tillstånd är sådant att vissa angivna biindikationer uppfylles.*

## Vilka intas enligt LSPV?

För att få en uppfattning om hur ofta denna lag tillämpas har jag dels inhämtat data från Socialstyrelsen och dels studerat intagningen enligt LSPV på mitt eget sjukhus. Enligt *Socialstyrelsens statistik* intogs på psykiatriska kliniker och sjukhus (inklusive s k lasarett psykiatriska kliniker) följande antal patienter:

År 1967 72 552, därav enl LSPV el åter från fu 19 565, vilket är 27 %

År 1968 74 548, därav enl LSPV el åter från fu 21 600, vilket är 29 %.

Anförande vid Svenska Psykiatriska Föreningens vintermöte i Falun 6—7 mars 1970.

Om man bara ser på intagningen på "mentalsjukhusen" så utgör antalet intagna enl LSPV och återintagna från försöksutskrivning cirka 35—40 %.

Vid en genomgång av antalet *intagna på Sundsvalls sjukhus psyk.klin. I och II* får man fram följande bild (Sundsvalls sjukhus psykiatriska kliniker är ett "mentalsjukhus" men svarar för all intagning för psykiatrisk vård inom större delen av sitt område).

Tabell 1. *Intagna på Sundsvalls sjukhus psyk.klin. I och II år 1968 fördelade efter intagningsform:*

Intagningsform	Manl.	Kvinnl.	Totalt
Enl sjv-lagen	492 59 %	431 66 %	923 62 %
Enl LSPV	248 29 %	167 26 %	415 28 %
Åter från fu	101 12 %	55 8 %	156 10 %
	841 100 %	653 100 %	1 494 100 %

Dessutom har jag studerat siffrorna mer i detalj för psyk.klin. II och därvid funnit att vid prövning enl § 9 har alla de enligt LSPV intagna kvinnorna bedömts behöva kvarstanna för vård medan 15 % av männen bedömts vid intagningen icke vara i behov av vård enligt lagen.

Beträffande de som bedömts behöva kvarhållas

för vård har i 10 % av fallen som viktigaste biindikation i vårdintyget åberopats den sk medicinska medan "farlighetsindikationen" åberopats beträffande 47 % av männen och 20 % av kvinnorna.

Diagnosfördelningen framgår av tabell II.

Tabell II. Diagnosfördelning i % för de patienter som kvarhölls för vård på psyk.klin. II år 1968

Diagnos	Manl.	Kvinnl.
Senila/presenila	5 %	30 %
Schizofrena	30 %	27 %
Paranoida	1 %	9 %
Lesionella	5 %	—
Oligofrenipsykos	2 %	4 %
Alcoh. chron.	10 %	—
Delirium tremens	7 %	1 %
Konfusion	4 %	4 %
Abnorm personlighet	7 %	—
Narkomani	1 %	—
Mani	1 %	13 %
Depression	26 %	13 %

15 % av de män som intagits enl LSPV befinns vid prövning enl § 9 inte kunna bedömas som vårdbehövande vid intagningen. I dessa fall hade vårdintyg enl § 7 utfärdats för 30 % och ytterligare 32 % hade vårdintyg, i vilka åberopades som främsta biindikation "farlighet". I 75 % av fallen rörde det sig om personer, vilka i alkoholberusat tillstånd visat orostillstånd eller depressiva symtom, men där man vid prövningen inte fann skäl att tillämpa första paragrafens första stycke. I de övriga fallen rörde det sig om aggressionsutbrott hos ungdom eller akuta kristillstånd.

### Objektiv bedömning eller subjektiv värdering?

Bedömningen av indikation för intagning och kvarhållning är alltid svår och jag skall här uppehålla mig vid vissa problem i detta sammanhang och även diskutera hur olika värderingar kan tänkas inverka.

Då vi till ett sjukhus får in en gravt deprimerad patient med hämningsdepression och suicidaltankar eller en patient med uttalade schizofrena symtom, vilken visat sig hotande och aggressiv mot omgivningen, är det vanligen lätt att fastslå att

P g a bedömarens bristfälliga kunskaper kommer hans värderingar att inverka mer än nödvändigt och därför är det viktigt att vi åtminstone eftersträvar att för oss själva klargöra på vilket sätt våra attityder och fördomar inverkar på våra bedömningar.

indikationer för intagning och fortsatt retention föreligger.

Men om vi får in en patient på ansökan av polisen med ett vårdintyg av följande lydelse kan bedömningen vara betydligt svårare: "Har knivhotat hustrun och även barnen, vilket dock hustrun senare förnekar. Har rubr. som farlig alkoholist och överbegåvad kriminell psykopat. Starka skäl föreligger att personen ifråga är farlig för annans personliga säkerhet. Status: Går ej att få kontakt med, spritpåverkad. Kläderna i oordning."

I ett sådant fall frågar man sig om pat är så psykiskt avvikande att avvikelserna kan jämföras med psykisk sjukdom.

Därvid föreligger risk för cirkelbevisning. Eftersom pat är så farlig, super, bråkar, är kriminell etc så är han väl också så avvikande att han kan kvarhållas. Han kvarhålls sedan under åberopande av farligheten. Vid denna bedömning upplever vi alla stora svårigheter och här kommer våra och omgivningens värderingar att inverka störande. Situationen är ju inte heller ovanlig; ovan har jag anfört att 15 % av de manliga vårdintygsfallen på min klinik vid bedömning enl § 9 LSPV inte visade sig uppfylla de i lagen uppställda kriterierna för intagning mot patientens samtycke. Vad är det som inverkar störande och försvårar vår bedömning i en sådan situation?

Till en början kan vi konstatera att våra kunskaper är rätt bristfälliga. Vi har svårt att med säkerhet ställa diagnoser och saknar kriterier för avgränsning av psykisk sjukdom och därmed jämförbar psykisk abnormitet. Man skulle önska sig undersökningar på detta område och även fler studier för att ställa upp kriterier för farlighetsbedömning och bedömning av suicidalrisk. P g a bedömarens bristfälliga kunskaper kommer hans värderingar att inverka mer än nödvändigt och

Det vore därför värdefullt med mer tid till samråd med kolleger och andra medarbetare i denna viktiga fråga. Kanhända även utskrivningsnämnden i större utsträckning skulle kunna inkopplas på ett tidigt skede som hjälpare och rådgivare.

därför är det viktigt att vi åtminstone eftersträvar att för oss själva klargöra på vilket sätt våra attityder och fördomar inverkar på våra bedömningar. Mer eller mindre omedvetna antipatier och attityder gör sig gällande i vårt arbete, vilket man bl a kan iakttaga i de beteckningar som har använts av oss psykiatriker. "Den gräsliga hysterikan, den hållningslösa psykopaten, antisocial personlighet" etc är uttryck som innehåller mer av fördömande än objektiva diagnoser.

Då vi skall bedöma ett aktuellt fall kommer vi i kontakt med de anhörigas inställning. Det är naturligt att vi inhämtar upplysningar av de anhöriga om pat och den aktuella situationen men vi får komma ihåg att anhöriga kan färgas i sin berättelse av sina värderingar. Anhörigas rädsla eller negativa inställning kan sålunda verka störande på vår bedömning. Då det gäller alkoholister kan t ex hustrun hellre se att pat bedöms som sjuk och kvarhålls för psykiatrisk vård än att han blir föremål för nykterhetsvård.

Allmänhetens attityder och fördomar inverkar också störande på våra bedömningar. Radikala påtryckningsgrupper kan ha åsikter och värderingar, som av oss uppfattas som felaktiga och som framkallar en motinställning eller en negativ reaktion, som stör vår "objektivitet". Kritik

mot vår verksamhet kan framkalla osäkerhet och ambivalens samt därmed ge en vacklande grund för våra bedömningar, så att dessa blir växlande från gång till annan. Mot dessa värderingar står ofta "den tysta majoritetens" fördomar. Man har en benägenhet att globalisera och anser därför den, som tidigare bedömts som sjuk, även i fortsättningen vara sjuk. Rädslan för allmänhetens reaktion vid en eventuell felbedömning av en "farlig" patient kan leda till en överdriven och felaktig försiktighet i farlighetsbedömningar. Allt detta leder till ett ständigt dilemma för psykiatern och ett kryssande mellan Scylla och Karybdis.

Den ena gången blir man angripen i pressen då en patient klagat över att man är för repressiv i sin inställning. En annan gång blir man angripen i pressen för att man är för slapp i sin bedömning, att man inte kan ställa rätt prognos etc, nämligen om pat strax efter utskrivningen gör sig skyldig till ett våldsbrott.

Många av oss upplever därför dessa bedömningar som mycket ansvarstygande och påfrestande. Man känner sig ensam och utlämnad. Möjligheten till diskussioner med kollegerna och till stöd från kollegerna är ofta begränsad. Gör man fel blir man sällan försvarad eller hjälpt utan får stå sitt kast. Detta kan leda till en överdriven och negativistisk försiktighet, som i sin tur åtminstone borde ge upphov till samvetsförebråelser.

Det vore därför värdefullt med mer tid till samråd med kolleger och andra medarbetare i denna viktiga fråga. Kanhända även utskrivningsnämnden i större utsträckning skulle kunna inkopplas på ett tidigt skede som hjälpare och rådgivare.