

Vem får tvångsintagas på sinnessjukhus?

Av socialläkare C.-G. Berglin, Göteborg.

Den sakliga förutsättningen för administrativt frihetsberövande genom intagning och kvarhållande på sinnessjukhus mot den intagnes vilja är enligt svensk rätt tvåfaldig. Den intagne skall dels vara sinnessjuk, dels vårdbehövande.

Det formella förfarandet avser endast att fastställa vårdbehovet. Lagtexten synes ta för givet att sinnessjukdom (vari lagen inbegriper sinnesslöhet) föreligger innan ansökan undertecknats och vårdattest utfärdats, och någon prövning av denna förutsättning finns inte formellt föreskriven. I praktiken är det emellertid vanligt att den läkare som prövar vårdbehovet också yttrar sig i frågan om sinnessjukdom. Särskilt i fall där den intagne utskrivits före utgången av prövotiden (vanligen 14 dagar), är det vanligt att han uttryckligen betecknas som "ej sinnessjuk".

Kritik mot förfarandet

Klander framförs mycket ofta av utomstående, i det de hävdar att berörda parter försummat att ordna intagning av en vårdbehövande sinnessjuk eller att den sjuke utskrivits i förtid. Någon enstaka gång går kritiken i stället ut på att någon intagits utan att vara sinnessjuk och vårdbehövande.

Den allmänna opinionen reagerar olika inför dessa två slag av kritik. Om en sinnessjuk, som vistas utanför sjukhus, begår självmord eller dödar en eller flera andra medborgare väcker detta tämligen kortvarig uppmärksamhet: en tragisk felbedömning har skett. Påstår däremot någon, att en person fått vistas en tid på mentalsjukhus utan att sinnessjukdom, resp. vårdbehov med säkerhet förelegat, väcker det påstådda misstaget en indignation som ger långvarigt eko i press och litteratur, ibland också i riksdagen. Vid första påseendet verkar proportionen mellan dessa reaktioner orimlig, vittnande om ett abnormt känsloliv: det är värre om en frisk person tas in på mentalsjukhus än om en frisk person

blir dödad. Förklaringen behöver dock inte ligga på det patologiska planet utan kan helt enkelt vara förknippad med primitiva och grumliga känslor: sjukdom är skam; friheten är under alla förhållanden viktigare än livet; risken att någon skall döda mig är liten, men risken att någon skall anse mig psykiskt sjuk är kanske inte så obetydlig. Det anständigaste försvaret torde vara följande: om jag dödas beror det på en endas rubbade omdöme, men blir jag förklarad sinnessjuk så har omdömet fällts av samhället genom dess sakkunniga.

Sådana känslor kan lätt blåsas upp till en opinionsstorm av den som själv känner sig ärligt medryckt av dem eller vill skaffa sig reklam. Han kommer då att finna det egendomligt, kanske misstänkt, när det visar sig att dessa känslor i regel inte utan vidare vinner gensvar hos praktiskt erfarna läkare och administratörer. De hävdar visserligen med styrka, att rättssäkerheten är en av demokratiens hörnstenar, men samtidigt uttrycker de sig så oklart om rättsgrunderna, att rättssäkerheten förefaller att mista sitt fäste. Det kunde därför synas angeläget att reda ut vad som verkligen menas med lagens två grundbegrepp: sinnessjukdom och vårdbehov.

Innebörden av begreppet sinnessjukdom

Upplysningar om gränsen mellan sinnessjukdom och annan psykisk sjukdom eller avvikelse bör man bäst kunna få från dem som har stor praktisk erfarenhet på området, nämligen psykiatrerna.

En översikt över den tidigare diskussionen gavs av Kinberg i *Hygiea* 1940 (*Nordisk Medicin* 1940:1:611—621). Den ansedde schweiziske psykiatern E. Bleuler gjorde sig 1916 till tolk för den uppfattningen, att begreppet sinnessjukdom, i den mån det överhuvud taget har en praktisk innebörd, inte bygger på medicinska eller psykopatologiska kriterier utan på kriteriet bris-

tande social anpassning hos den sjuke; som sinnessjukdom räknas aldrig ruset och endast i undantagsfall den kroniska alkoholismen, ehuru båda är att anse som klara sinnessjukdomar ur naturvetenskaplig synpunkt. Kinberg anmärker till detta att Bleuler tydligen räknar med dels ett naturvetenskapligt, dels ett lekmanabegrepp, men att någon sådan uppdelning inte är berättigad. Det finns nämligen många socialt fullt anpassade personer vilka lekmannen ändå utan tvekan betecknar som sinnessjuka på grund av deras symtom (t. ex. hallucinationer). Mellan de två begreppen föreligger enligt Kinberg endast en gradskillnad; det folkliga bygger nästan enbart på relativt grova psykologiska symtom, det medicinska dessutom på mindre uppenbara psykologiska och kroppsliga tecken. Enligt Kinberg måste varje psykisk förändring, som framkallats av att en sjukdom någonstans i kroppen påverkat hjärnfunktionerna, kallas sinnessjukdom.

Tidigare definitioner hade i regel pekat mera direkt på hjärnförändringar. Sålunda hette det i en Kungl. kungörelse den 21 nov. 1924 med anvisningar för utfärdande av omyndighetsbevis: "Med sinnessjukdom förstås en pågående sjuklig process i hjärnan, varjämte dit hänföres den icke ursprungliga utan senare tillkomna demensen". Man kan här lägga märke till att ingen avgränsning gjorts mot sjukliga hjärnprocesser utan framträdande psykiska symtom (t. ex. hjärntumörer), vidare att ärrtillstånd räknats som sjukdom. Dansken Wimmer angav i sin lärobok i psykiatri (1936) att psykoser är "hjernelidelser med overvejende psykiske sygdomstegn." Norrmannen Langfeldt eftersträvade i sin lärobok (1954) en anslutning till det tidigare nämnda folkliga språkbruket och reserverade begreppet psykos för tillstånd som karakteriseras av vanföreställningar, hallucinationer, allvarliga störningar i känslö- och driftslivet samt eventuellt ett abnormt beteende, vilket allt har lett till en påtaglig personlighetsförändring.

På senare decennier har psykiatrien emellertid blivit alltmer medveten om den vaga begränsningen av begreppet. I en lärobok för sjuksköterskeelever nöjde sig Wigert (1944) med att

säga att sinnessjukdomar utgör de svåra formerna av psykiska sjukdomar; till de senare räknade han "alla de sjukdomar och abnormtillstånd, vilka väsentligen yttra sig i psykiska symtom". Kinberg framhöll (Psykologisk-pedagogisk uppslagsbok 1945) att gränsdragningen mot "övriga psykiska sjukdomar" var illusorisk och att man därför borde överge begreppet sinnessjukdom och endast tala om psykiska sjukdomar; dessa kan utgöras av både egenartade tillstånd och stegrade normalfunktioner. I dansken Faurbyes "Psykiatrisk sjukvård" (1957) får uttrycket sinnessjukdom stundom beteckna psykiska sjukdomar av alla slag, stundom endast vissa psykiska sjukdomar. Strömngren avgränsar i sin lärobok (1958) sinnessjukdomar som sådana psykiska sjukdomar som förändrar hela personligheten.

Det är sålunda uppenbart att en hållbar definition av begreppet sinnessjukdom inte kan uppställas från teoretiska utgångspunkter.

Vilka sjukdomar är sinnessjukdomar?

Man kunde då i stället försöka avgränsa begreppet praktiskt genom att räkna upp de "erkända" sinnessjukdomarna.

Faurbye nämner fyra grupper psykiska sjukdomar: psykoser, neuroser, oligofrenier (intelligensdefekter) och psykopatier (karaktärsabnormiteter). Men denna indelning störs av att olika författare placerar de enskilda psykiska sjukdomarna under än den ena, än den andra av de fyra huvudgrupperna.

Den officiella svenska nomenklaturen (Statistisk klassifikation av sjukdomar, skador och dödsorsaker, 1957), som ansluter sig till WHO:s riktlinjer, uppräknar tre grupper av psykiatriska diagnoser: sinnessjukdomar; psykoneuroser; abnormiteter i karaktär, uppförande och intelligens. Men alla de sjukdomar som räknas upp under dessa tre rubriker återfinner man i den klassificering som gäller för vården av sinnessjuka, enligt medicinalstyrelsens cirkulär den 31 december 1923. Ser man på den officiella redogörelsen (Allmän hälso- och sjukvård 1956, utg. 1958) för de patienter som vid slutet av 1956 var intagna på sinnessjukhus, finner man att var fjärde

man och var sjätte kvinna vårdades för tillstånd som inte räknas till de egentliga sinnessjukdomarna utan utgjordes av t. ex. hysteri eller "sinnessjukdom på grund av förgiftning med alkohol". Eftersom patienter med sådana tillstånd i regel vårdas under relativt kort tid, utgör de dessutom en större andel av dem som intagits under året än av dem som vårdas en viss dag. Det kan vid vissa typer av sjukhus förekomma att mer än var tredje manlig patient intages på grund av alkoholförgiftning.

Sinnessjuklagen anger uttryckligen att sinnesslöhet kan utgöra giltig intagningsgrund. Praxis har vidare lett till att många karaktärsabnormaltas emot. Wahlbäcks kommentar till sinnessjuklagen (1955) påpekar att detta bruk uppenbart strider mot vad som utsagts i förarbetena till lagen men att det blivit så fast rotat, att dess överensstämmelse med lagen inte längre bestrides. I sitt betänkande (SOU 1952:46) utgår 1947 års psykopatvårdsutredning också från att denna praxis överensstämmer med lagtillämpningen.

Ett särskilt slående exempel på oklarheten i sinnessjukdomsbegreppet har man i alkoholförgiftningarna. Strömgren räknar utan vidare det akuta ruset till sinnessjukdomarna. Att det inte bildar intagningsgrund sammanhänger dels med att vårdbehov i regel inte anses föreligga, dels med att det skulle vara praktiskt otänkbart för sjukhusen att i dagens läge tillhandahålla vårdplatser för sjuka av denna kategori.

Ur juridisk synpunkt är denna begreppsförvirring naturligtvis en styggelse, men inte heller bland jurister är enigheten allmän. Sålunda förklarade dansken Borum (Personeretten, 1946) att alkoholister och psykopater inte var sinnessjuka och därför inte fick tas in på sinnessjukhus, medan Gjernulff i en kommentar till den danska lagen hävdade att den var tillämplig även på "själelige lidelser, som ganska kan ligestilles med sindssygdhet".

En aktion igångsattes av JO år 1957, då han påpekade att åtskilliga patienter togs in på svenska sinnessjukhus fast det var tveksamt om de var sinnessjuka. Som exempel anförde han en rad fall av alkoholism och karaktärsanomalier. Sak-

ligt kunde aktionen ha varit begriplig som ett krav på klarare rättsgrunder, men den fick en olycklig form, i det den förväxlade namnet med tinget. Eftersom termen "sinnessjukdom" fanns, måste det enligt JO:s synsätt också finnas en verklighet som termen avgränsade. Ett utslag av samma formtänkande var, att vården av en alkoholist rimligtvis borde förbehållas den organisation som betecknas med termen alkoholistvård och uteslutas från den organisation som rubriceras som sinnessjukvård. Inför sådana resonemang gör man den reflexionen, att en begreppsreda som vill skapa ordning bland tingen måste bygga på saklig orientering. Begrepp som grundas på dunkla symboler är visserligen lättare att arrangera prydligt, men nöjet måste betalas med sakliga misstag och oordning.

I sitt bemötande den 27/6 1958 av JO:s aktion hänvisade medicinalstyrelsen bl. a. till riksåklagarämbetets cirkulärskrivelse den 11/10 1957. Där framhålles, att enligt praxis var och en som på grund av psykisk abnormitet är i behov av vård på sinnessjukhus betraktas som sinnessjuk i lagens mening. Styrelsen ansåg att det i praktiken gällde att avgöra var en sjuk person kan få den lämpligaste vården. Till sinnessjukhus borde remitteras sådana sjuka som är i behov av sjukhusvård och inte kan erhålla dylik — eller i varje fall lika kvalificerad sådan — annorstädes än på sinnessjukhus.

Ytterligare två skäl att överge uttrycket "sinnessjukdom" ser man ofta anföras, nämligen dess belastning med dels moraliska attityder, dels förvetenskapliga föreställningar om "sjäsliga", av kroppens tillstånd oberoende sjukdomsorsaker. Faurbye (s. 19) inskräper: "De mentala sjukdomarna är alltså i själva verket kroppssjukdomar på samma sätt som t. ex. njurinflammation, hjärtfel eller sockersjuka. Det som skiljer sinnessjukdomarna från s. k. kroppssjukdomar är endast att de flesta och viktigaste symtomen är mentala." Inte minst är det angeläget att minnas att psykiska svaghetstillstånd (insufficienser) och utdragna eller ofta återkommande nervositetsyttringar (neuroser) mindre beror av den yttre situationen än av individens kroppsliga beskaffen-

het. Psykologiska åtgärder ger därför endast ytlig lindring, även om den i många fall kan vara tillräcklig. I svårare fall krävs kemiska eller andra behandlingsmetoder, som kan göra vård på sinnessjukhus nödvändig, stundom mot den sjukas vilja.

Slutsatsen blir, att varje försök att definiera begreppet sinnessjuk leder till en eller annan gränsdragning som saknar praktisk betydelse. Förutsättning för intagning på mentalsjukhus bör därför endast vara behovet av vård på dylikt sjukhus. För tvångsintagning erfordras sådana kvalifikationer som gör behovet ovillkorligt. Vilka dessa kvalifikationer är, blir sålunda det praktiskt viktiga. I vad mån de lämpar sig för en formell klassificering, kommer följande avsnitt att försöka belysa.

Innebörden av begreppet vårdbehov

Farliga; förbättringsbara; hjälplösa.

Om begreppet vårdbehov finner man endast ganska vaga angivelser i litteraturen. Sålunda framhåller Faurbye (s. 53—54) att åsikterna går isär betydligt i denna fråga men att nästan alla torde vara eniga om att "en psykiskt sjuk bör ha vård och behandling, som kan göra honom återställd eller avsevärt förbättrad, även om vården skulle ogillas av honom på grund av hans pågående sjukdom" samt att "den farlige sjuke bör intagas till skydd för honom själv eller omgivningen". Här anföres alltså två typiska indikationer: behandlingsbarhet och farlighet.

I en översikt över den öppna mentalsjukvården (Modern svensk sinnessjukvård, Sthlm 1949) anger Rosell ytterligare en närliggande indikation, nämligen oförmåga hos psykiskt sjuka, framför allt ensamboende åldringar, att klara sig själva och skydda omgivningen för risker, t. ex. eldfara.

Enligt den danska sinnessjuklagen av 1938 avgör den tillkallade läkaren om den undersökte är sinnessjuk och vårdbehövande; finner han detta skall de närmaste vara berättigade att föranstalta om vård på sinnessjukhus. Tvångsintagning skall ovillkorligen äga rum då den tillkallade läkaren finner det oförsvärsligt att underlåta intagning, antingen därför att den sjuke är far-

lig för sig själv eller andra eller därför att utsiktarna till den sjukas återställande kommer att väsentligt förminskas om han inte intages. I det sistnämnda fallet skall amtslaegen på orten först godkänna läkarens bedömning. Enligt grundlagen av den 5 juni 1953 kan vägrad utskrivning överklagas vid domstol. Indikationen rörande tillfrisknande har särskilt kommenterats av Direktoratet för statens sindssygehospitaler i en skrivelse den 24 juni 1938, där det heter att uttrycket tillfrisknande inte får fattas bokstavligt som "alene omfattende de tilfaelde, hvor helbredelse i medicinsk forstand er mulig, men må opfattes som sigtende til patienter, hvis behandling på sindssygehospital er indiceret"; vad man därvid eftersträvar är åtminstone en sådan förbättring som i annat sammanhang utgör indikation för utskrivning.

Det synes uppenbart att den sistnämnda tolkningen måste tillämpas restriktivt, eftersom den formellt närmast tar hänsyn till sjukdomens relativa förändring från ett sämre till ett bättre läge men inte anger några absoluta kriterier för hur svårt utgångsläget måste vara innan tvångsintagning kan anses berättigad. Det är en daglig erfarenhet inom den öppna sinnessjukvården att lekmän (t. ex. grannar) påfordrar omhändertagande av en störande och besvärande sjuk person uteslutande med den motiveringen att han skulle bli bättre av vård: "han är ju sinnessjuk, alltså skall han ha vård". En sådan argumentering kan givetvis inte godtas utan närmare specifikation.

Störande

Det finns emellertid en stor grupp av personer, som är vårdbehövande ehuru de varken är farliga eller nämnvärt behandlingsbara. Det är sådana människor som tidvis är orimligt starkt besvärade för sin omgivning, t. ex. genom att sprida stank, föra oväsen, okväda, närgånget utforska grannarnas förehavanden eller rikta ständiga klagomål till kringboende, vice värd eller polis. Det är vanligt att de företer eller tidigare har företett andra och grövre symtom, t. ex. förvirring eller hallucinationer, men i vissa fall är orimligheten i beteendet det enda som pekar på släktska-

pen mellan dessa och de mera tydligt sjuka fallen. Hit hör t. ex. paranoia quærulans. Störningarna kan vara höggradigt plågsamma för omgivningen, som inte får sova eller arbeta ifred och därigenom får sin produktivitet nedsatt så länge den akuta försämringen av symtomen pågår. De besvärade kräver då som en medborgerlig rättighet att få vederbörande antingen "omhändertagen" eller avhyst från bostaden. Det är självklart att i svårare fall av denna typ intagning måste ske, men ingripandet har endast tveksamt officiellt stöd.

Spörsmålet upptogs av dåvarande justitieminister Zetterberg i ett utförligt interpellationssvar den 24 maj 1956 på en fråga, huruvida en psykiskt sjuk person kunde omhändertas för samhällsbesvärlighet, så länge inte sjukdomen "i och för sig" nödvändiggjorde intagning på sinnessjukhus. Statsrådet besvarade frågan nekande eftersom den utgick ifrån att vårdbehov för sinnessjukdom inte förelåg. Å andra sidan framhöll han att störningarna, i den mån de utgjorde ett symptom på sjukdomen, kunde medföra vårdbehov. Om störningarna endast toge formen av uppvaktningar hos myndigheter genom klagoskrifter eller besök, kunde inte enbart detta motivera ett omhändertagande "utan frågan om ett vårdbehov föreligger beror i dylika fall på hur man medicinskt bedömer den sjukens uppträdande". Att bedömningen ofta var vanskelig, sammanhängande med läkarens dubbla ansvar mot såväl den sjuke som mot samhällsintressena. — I den efterföljande debatten framhöll hr von Friesen att vårdbehovet dikteras av ett samspel mellan medicinska och andra sociala faktorer, varför lekmannainflytandet borde stärkas vid både intagning och utskrivning, medan hr Braconier ansåg att bedömningsansvaret inte borde avlastas från läkare på lekmän, som hade sämre förutsättningar att åta sig sådana uppgifter.

I en skrivelse den 17 juli 1956 till JK har Kungl. medicinalstyrelsen på dess rättspsykiatriskas nämnds vägnar yttrat bl. a.:

Till en början vill nämnden anlägga vissa principiella synpunkter på frågan om intagning för vård på sinnessjukhus enligt de bestämmelser och den praxis som gäller vid den tid, varom i ärendet är fråga. Skäl för intag-

ning — då ansökan göres av annan än den sjuke själv — föreligger, därest den, som skall intagas, lider av sinnessjukdom (sinnesslöhet) eller annan med sinnessjukdom jämförbar rubbning i själverksamheten (t. ex. svårare former av psykopati) samt dessutom är i behov av vård på sinnessjukhus. Det psykiska hälsotillståndet bedömes på rent medicinska grunder. Icke alla sinnessjuka äro emellertid i behov av vård på sinnessjukhus, och vårdbehov på sinnessjukhus kan — liksom då det gäller andra sjukdomar — föreligga i olika grad. Så t. ex. skiljer man enligt praxis mellan "vårdbehov" och "trängande vårdbehov".

Vårdbehov föreligger i de fall, där beträffande den sjuke sådana terapeutiska åtgärder äro påkallade, som lämpligen böra företagas i slutet av vård (hit kan även räknas bl. a. samtal i avsikt att påverka orostillstånd samt den gynnsamma inverkan ett skiljande från en sjukdomsbefordrande miljö kan innebära), vidare då den sjuke till följd av sin sjukdom är oförmögen att taga vård om sig själv och den nödiga vården inte lämpligen kan beredas honom annorstädes än å sinnessjukhus, samt slutligen då den sjuke är farlig för person och egendom; särskilt om farligheten gäller eget eller annans liv (jfr 11 § 2 mom. sinnessjuklagen och 72 § sinnessjukvårdsstadgan).

"Mera uttalad samhällsbesvärlighet" (jfr 82 § 2 st. sinnessjukvårdsstadgan i dess lydelse enl. KK den 30 sept. 1937, nr 789) utgör i och för sig inte tillräcklig grund för intagning å sinnessjukhus utan endast i den mån samhällsbesvärligheten genom sin art och grad är symptom på en sinnessjukdom av beskaffenhet att kräva vård på sinnessjukhus. Beträffande begreppet samhällsbesvärlighet hänvisas till medicinalstyrelsens och sinnessjuknämndens gemensamma cirkulärskrivelse den 23 november 1948, däri till samhällsbesvärliga hänföras "kveculanter, som när de få tillfälle därtill, även på sjukhuset visat sig ohämmat besvärå myndigheter och enskilda genom personliga hänvändelser eller skrivelser".

"Trängande" vårdbehov (jfr 72 § sinnessjukvårdsstadgan) föreligger, 1) där ett snabbt insättande av terapeutiska åtgärder är av nöden, 2) där — om den sjuke till följd av sin sjukdom är oförmögen att taga vård om sig själv och den nödiga vården inte lämpligen kan beredas honom annorstädes än å sinnessjukhus — den sjukens belägenhet och tillstånd kräver ett snabbt ingripande, eller 3) där den sjuke är farlig för person eller egendom, särskilt om farligheten gäller eget eller annans liv.

En restriktiv hållning rörande samhällsbesvärliga sinnessjuka kommer också till synes i Borums redogörelse för rättsfrågorna vid den danska sinnessjuklagens tillämpning. Läkaren kan visserligen (8 §: 2) avböja att utskriva en förbättrad patient, om utskrivningen kan antas medföra "väsentlige ulemper" för patienten själv. Beslutet kan på sökandens begäran underställas justitieministern och i sista hand överklagas vid domstol. "Det fremgår klart af bestemmelsen forhistorie, at det aldrig er nok til at tilbageholde patienten mod hans vilje, at udskrivning vil medføre væsentlige ulemper for... de omgivelser under hvilke han efter udskrivningen vil komme

til at leve" (s. 172). Inte heller tvångsintagning kan ske "blot fordi det skønnes at ville medføre væsentlige ulemper for den syge at blive ude i livet" (s. 173).

Borum synes här förutsätta att sjukdomen med dess symtom och behandlingseffekter kan bedömas fristående från den sjukas uppträdande med de väsentliga olägenheter han därigenom kan vålla sin omgivning eller sig själv, ungefär som när en patient med benbrott utskrives då röntgenbilderna blivit tillfredsställande men innan arbetsförmågan återvänt. Det bör emellertid anmärkas att den nedsatta arbetsförmågan numera betraktas som ett symtom som motiverar särskild behandling (rehabilitering) och att störande uppträdande hos sinnessjuka på samma sätt måste betraktas som symtom som måste påverka omödet om vårdbehov.

I själva verket aktualiseras sådana bedömningar synnerligen ofta i det praktiska arbetet, och läkaren möter då en helt annan uppfattning hos den sjukas omgivning. Rosell kommenterar (s. 125) situationen sålunda: "Personligen har jag det intrycket att vi får mer förebråelser från allmänheten för att vi inte 'tar hand om' folk än när vi gör det."

Några juridiska ställningstaganden till intagningsgrunderna

Behovet av rättssäkerhetsgarantier i sammanhanget har i den citerade litteraturen endast berörts i allmänna ordalag. Statsrådet Zetterberg hänvisade till läkarens medicinska bedömning, hr von Friesen till vidgat lekmannainflytande. Enligt Sveriges Läkarförbunds och Svenska Psykiatriska Föreningens P.M. ang. mentalsjukvårdens organisation och upprustning (Sv. Läk.tidn. 1955:29:1805—1822) borde frågan regleras i ett sammanhang med frågan om tvångsåtgärder vid andra slag av sjukdomar (t. ex. epidemiska och veneriska).

Borum framhåller 1946 att rättslig prövning i förväg av varje tvångsintagning inte är genomförbar av praktiska skäl, bl. a. av hänsyn till de sinnessjuka. De behövliga garantierna har därför nedlagts i reglerna om utskrivning: "Herigennem

vil også grundlaget for indlæggelsen kunne indgå under overvejelserne angående udskrivningens forsvarlighed." Såsom framgår av en redogörelse av Kierkegård i Nord. Psykiatr. Medlemsblad 1957:III har det emellertid vid handläggning av utskrivningsmål vid danska domstolar visat sig att Borums förmodan inte besannats, i det domstolarna i regel inte yttrat sig om patientens vårdbehov vare sig vid intagningen eller vid tiden för överklagandet utan endast vid tiden för domslutet.

En sidobelysning av intagningskriteriernas rättsliga tolkning får man från mål rörande skadeståndsanspråk mot läkare i hithörande sammanhang. I sin bok "Laegers civilrettslige ansvar" (1958) har Ellinor Jakobsen samlat sådana fall från Tyskland, England, Frankrike och Skandinavien. Av ett hundratal rättsfall, som refereras i boken, hänför sig åtta till psykiatriska fall. En läkare i Nimes (s. 36) dömdes 1956 för att ha medverkat till en tvångsintagning utan att ha sett patienten på de fyra sista månaderna; patienten var inte farlig för tredje person och borde inte ha intagits. En engelsk läkare (s. 38) förklarades i en dom 1927 icke ha visat rimlig omsorg (reasonable care) då han 1912 utfärdade ett intyg om sinnessjukdom hos en icke sinnessjuk patient, som därefter kvarhölls på sjukhus i nio år. En norsk läkare (s. 38) åtalades 1919 för att ha intygat svartsjukeparanoia hos en man efter att endast ha inhämtat upplysningar från hustrun och haft ett kort samtal med mannen. Efter mer än tre veckors vistelse på sjukhuset utskrevs mannen, då han inte företedde tecken på sinnessjukdom och ansågs ha grundad anledning till svartsjuka. Läkaren frikändes emellertid när fallet ansågs överstiga kraven på hans kompetens, och Jakobsen påpekar att även de kompetenta sjukhusläkarna tycks ha haft svårt att snabbt reda ut sakförhållandet. "Det må erindres, at hele dette område med indlæggelse af sindssyge er et meget vanskeligt og specielt område. Lægen er her som oftest henvist til de nærmeste pårørendes forklaring, og der kan ske store skader, dersom en farlig sindssyg ikke indlægges." Förf. tillfogar (s. 44): "Dette må nødvendigvis medvirke

til, at der må indrømmes lægens skøn er særligt vidt spillerum." En dansk läkare (s. 44) dömdes 1937 för obefogad tvångsintagning av en kvinna; "der var her slet ikke tegn på sindssygdom eller farlighed, så indlæggelsen var helt ubeføjet." Tre andra danska fall ledde till frikännande, i ett fall från 1937 därför att patienten var sinnessjuk och potentiellt farlig, i ett annat från 1940 därför att omständigheterna rimligen förklarade en oriktig diagnos rörande en ofarlig, psykiskt frisk person, medan det tredje fallet från 1942 rörde en sannolikt farlig sinnessjuk som inlagts 5 gånger men inte varje gång blivit personligen undersökt av läkaren. Slutligen må nämnas en fransk dom (s. 95), där en läkare dömdes till ansvar för att en psykiskt sjuk person icke omhändertogs i tid utan hann förorsaka en olycka. — Av Jakobsens kasuistik får man det intrycket att domstolarna endast beaktat farlighet som kriterium på vårdbehov.

Bedömningens förutsättningar

Bedömningen av såväl sinnessjukdom som vårdbehov på mentalsjukhus är en fråga om värdering snarare än om exakt mätning. Svaret kommer därför att bero av egenskaper hos den som utför bedömningen, hos den som bedömes och hos de situationer som bildar bakgrund för bedömningen. Till de senare kan man räkna både den aktuella situationen, vårdsituationen och den eftersträfvade slutsituationen. Växlingar och oklarheter på någon av dessa punkter kan påverka bedömningsresultatet.

Bedömaren

Enligt nuvarande rättsordning är bedömaren läkare, vare sig han utfärdar intagningshandlingar eller han som sjukvårdsläkare fattar beslut om intagning och utskrivning eller han som överinspektör övervakar vårdformerna. Likformighet och klarhet i den medicinska bedömningen främjas av att alla dessa bedömare är fackutbildade.

I beslut om utskrivning deltar dock ofta lek- män, nämligen i de lokala utskrivningsnämnderna eller i sinnessjuknämnden. Erfarenheten har

visat att icke-medicinska fackmän (t. ex. polis- män, jurister, arbetsförmedlare) främjar klarheten i bedömningen i den mån den avser icke- medicinska förhållanden (t. ex. brottslighet, van- vård av egendom, tveksam arbetsförmåga). Det torde emellertid vara riktigt att säga, att även i sådana fall läkarens uttalanden väger tyngst, i synnerhet som hans verksamhet i regel tvingat honom att göra sig mera förtrogen med de andra fackmännens områden än de med hans. Det har därför varit brukligt att bedömningen av vårdbe- hovet huvudsakligen anförtratts åt läkaren. Där den formellt lagts på annan instans (t. ex. på domstol i vissa länder), har läkaren icke desto mindre visat sig utöva det i praktiken avgörande sakliga inflytandet på bedömningens resultat.

Något liknande gäller i princip om de svenska domstolarnas hänvisning av vissa straffrifyrkla- rade personer till vård på sinnessjukhus, i det rätten i beslutet återoppar rättspsykiaterns utlå- tande. Det kan emellertid erinras om att 1946 års alkoholistvårdsutredning i sitt betänkande (SOU 1948:23, s. 109) om lag om nykterhetsvård fö- reslog ett lekmanaförfarande för intagning på alkoholistsjukhus, i det länsstyrelsen skulle äga bedöma vårdbehovet. Förslaget genomfördes dock inte i denna del.

Läkarens kvalifikationer som bedömare har i vissa sammanhang kritiserats i riksdag och press, främst då det gällt klassificering av abnorma per- sonligheter som sinnessjuka samt samhällsbesvär- lighet som indikation för vårdbehov. Inget utred- ningsorgan synes dock ingående ha diskuterat någon alternativ bedömningsinstans, sannolikt därför att oklarheten har ansetts bero mindre av bedömaren än av det bedömda tillståndets natur.

Personbedömningen

Den bedömdes tillstånd framstår ofta för lek- mannen som den enda faktorn av nämnvärd be- tydelse. I extrem form brukar synpunkten ta det förut nämnda uttrycket: "Eftersom han är sin- nessjuk skall han ju vara på sinnessjukhus." I realiteten tillhandahåller samhället vårdplatser för c:a 0,4 % av befolkningen, medan c:a 5 % av svenskarna under sitt liv kommer att drabbas

av svårare psykosor och ytterligare 10 % kan väntas söka psykiatrisk vård för lättare psykos- och neurostillstånd m. m. Eftersom de svårare psykoserna i regel uppträder först vid mogen eller framskriden ålder och i många fall endast under begränsad tid kräver sluten vård samt har en viss överdödlighet, är andelen sjuka i befolkningen vid en bestämd tidpunkt endast omkring 1 %, och av dessa är en tredjedel, eller c:a 0,3 %, vårdbehövande på mentalsjukhus. På liknande sätt är andelen vårdsökande personer med aktuella insufficiensstillstånd mycket lägre än 10 %, och mentalsjukhusplatser står i detta avseende till förfogande för c:a 0,1 % av befolkningen.

De tillstånd som kan komma under bedömning för intagning på mentalsjukhus tillhör flera olika grupper, vilka omnämnts i den förut lämnade översikten av diagnoser hos personer som tas in på mentalsjukhus.

Såväl bland de egentliga psykoserna som bland de av övervägande yttre eller inre orsaker betingade neuroserna, bland insufficienserna, de abnorma personligheterna och de svårt oligofrena finner man fall som även av lekmanen anses vara i otvivelaktigt behov av vård på mentalsjukhus, exempelvis på grund av överhängande självmordsrisk eller farlighet för andra. Av den sammanlagda kvantiteten farlighet för egendom eller för eget eller andras liv faller den största andelen på det akuta ruset, men vid denna specialgrupp har bedömningen av vårdbehovet åtminstone tidigare i endast ringa utsträckning grundats på personbedömningen utan i huvudsak på situationsbedömningar. Eftersom den psykosframkallande situationen synes lätt att undvika och tillfrisknande lätt att uppnå utan kvalificerad vård, har farlighetsindikationen tillgodosetts genom tillfälligt omhändertagande hos polismyndighet av de svårast sjuka. Till denna utveckling har bidragit att sjukdomen är mycket vanlig och skulle ställa så stora krav på sjukhusplatser att den hittillsvarande organisationen inte kunnat tillnärmelsevis fylla dem. Att praxis på senare år trots detta börjat ändras till förmån för sjukhusvård sammanhänger med en stigande insikt om att tillfrisk-

nande kräver åtskilliga dagar, i somliga fall flera veckor.

Situationsbedömningen

Vad som nyss sagts om det akuta ruset gäller i betydande utsträckning även andra psykosor. Fakta rörande den tidigare situationen, vårdssituationen och slutsituationen tenderar att påverka bedömningen av vårdbehovet, i viss mån också av klassificeringen "sinnessjuk" eller "icke sinnessjuk".

Den tidigare situationen brukar särskilt uppmärksammas så snart anledning finnes att misstänka att den verksamt bidragit att framkalla sjukdoms- eller insufficienssymtom. Bedömningen är av intresse dels ur försäkrings- och skadeståndssynpunkt (t. ex. skallskada; psykiskt men), dels med hänsyn till möjligheterna att genom ändring av situationen bringa symtomen att försvinna (t. ex. alkoholabstinens, miljöbyte). Eftersom det allmänna språkbruket, utan egentliga sakskaal, tenderar att förknippa termen sinnessjukdom med övervägande inre orsaksfaktorer (jfr G. Lundquist i Modern svensk sinnessjukvård, s. 20), är lekmanen ofta obenägen att tala om sinnessjukdom så snart fakta i den tidigare situationen förefaller betydelsefulla. En bjärt illustration till detta finner man i anhörigas bortförklaringar av religionsgrubbel vid schizofreni: "Han är inte sinnessjuk, han har läst för mycket i Bibeln".

Vårdsituationen kan likaledes spela en viktig roll vid bedömningen, främst av vårdbehovet. Då det gäller dispositionen av tillgängliga vårdplatser, förutser sinnessjuklagen i 18 § det läget att en vårdbehövande sjuk kan utskrivas till förmån för en annan sjuk som har större vårdbehov eller därför att lämplig vård kan ordnas på annat sätt än vid sjukhus, t. ex. i hemmet, på privat sjukhem eller på vårdanstalt för alkoholmissbrukare. I dessa fall upphör behovet av sjukhusvård under tvång. Hit hör vidare de fall där man måste avväga huruvida sjukhusets vårdresursér kan anses lämpliga med hänsyn till vårdsyftet. Adekvat terapiform kan saknas på ett visst sjukhus, eller

sjukhusvård kan över huvud anses olämplig, t. ex. för en del paranoida sjukdomstillstånd.

Bedömningen av vårdsyftet

Den slutliga situationen står i nära samband med vårdsyftet. I det enklaste fallet uppställer man som mål att återställa den bedömde till fullständig hälsa eller åtminstone symtomfrihet. I ett stort antal fall måste man nöja sig med att uppnå förbättring. Än blygsammare är den målsättning där man temporärt avlastar den sjukas omgivning från en tröttande eller svårorganiserad vård i hemmet: exempel härpå är sjuka som vistas hos sin familj endast vissa delar av året, t. ex. på ferier eller vid helger. Slutligen har man den kategori sjuka som måste förbli varaktigt omhändertagna på sjukhus. Här kan vårdsyftet stundom vara att hindra den sjuke från att fara illa, t. ex. genom näringsvägran i hemmet eller genom självmordsrisk. I ett betydande antal fall syftar dock vården huvudsakligen till att skydda omgivningen för den sjukas farliga eller svårt störande beteenden. De sistnämnda fallen erbjuder inte sällan mycket vanskliga bedömningsproblem, t. ex. då grannar fruktar risken för eldfara eller hävdar att den sjukas störande och besvärande symtom (bultningar, osnyggighet, sårande tillmälen, efterhängsenhet) överskridit gränsen för vad som kan uthärdas. Det är tämligen vanligt att grannarna i sådana fall motiverar sin begäran om omhändertagande med att den störande "behöver komma in och få behandling", ehuru det är fullt tydligt att de uteslutande intresserar sig för att få den sjuke avlägsnad från huset. Sålunda förekommer det att grannar återtar sin begäran, sedan de insett att den sjuke efter en tids vård skall återkomma, varför de i stället inriktar sig på en vräkningsaktion. Det är emellertid ställt utom allt tvivel att vårdbehov måste anses föreligga, oavsett behandlingsutsikterna, i talrika sådana fall av störande eller svårt besvärande beteende.

Den definitiva bedömningen av vårdbehovet är sålunda en funktion av ett stort antal faktorer. I praktiken kan man i regel förenkla problemet och förutsätta att alla bedömare är kompetenta

och någorlunda likvärdiga, likaså att vårdsituationerna är ungefär desamma på olika sjukhus samt att man bearbetat den tidigare situationen så långt möjligt för att söka uppnå vårdsyftet utan att tillgripa tvångsintagning.

När är vård till nytta?

Det återstår då som huvuduppgift att sammanställa den bedömdes tillstånd med vårdsyftet. Frågan blir nu till en början om sjukhusvården kan vara påkallad av hänsyn till (medföra nytta för) honom själv eller hans omgivning.

Återställande av hälsan (eller åtminstone symtomfrihet) kan uppnås i flertalet fall av manisk-depressiv psykos, näringsbrist- och förgiftningspsykos (rus!), neuroser på basen av kroppssjukdom eller svår miljöpåfrestning, i en del fall av hysteri samt vid de flesta insufficienser (psykiska svaghetstillstånd som förvärrats i ogynnsam miljö).

Förbättring kan ofta uppnås i de resterande fallen i nyssnämnda grupper, i fall av schizofreni eller ålderspsykos samt i vissa abnormitets- och oligofrenifall.

Skydd åt den sjuke kan behöva beredas vid svåra psykos, då han inte kan erhålla tillfredsställande näring eller riskerar att tillfoga sig mer eller mindre farliga kroppsskador. Stundom kan denna synpunkt bli aktuell också vid hysteri, svår personlighetsabnormitet eller höggradig oligofreni.

Temporär lättnad för den sjuke eller hans omgivning kan vara uppnåeligt vårdsyfte i samtliga diagnosgrupper.

Skydd åt omgivningen aktualiseras främst beträffande vissa farliga eller svårt störande personer i psykos-, abnormitets- och oligofrenigrupperna.

Utan nytta är mentalsjukhusvård för c:a 2/3 av psykosfallen, likaså för flertalet fall av oligofreni och svår personlighetsabnormitet. För ångestneuroser, exogena neuroser och insufficienser är öppen vård i regel tillräcklig.

När är vård nödvändig?

Sedan bedömaren sålunda avgränsat de fall där nytta av sluten vård kan förväntas, har han

att bland dem ange de fall där vård måste anses nödvändig oavsett den bedömdes egna önskemål.

Här kommer först i fråga personer med självmordsrisk, vidare personer som är farliga för andras säkerhet, huvudsakligen på grund av psykos, abnormitet eller oligofreni, samt personer med svårt störande och besvärande beteenden, exempelvis vissa senilt dementa, hysterifall, abnorma och oligofrena.

Oförmåga att ta vård om sig själv kan förekomma i samtliga grupper och då föranleda vårdbehov, men praxis torde här vara restriktiv och beakta huvudsakligen tillstånd av livshotande oförmåga, där vård ej på annat sätt kunnat beredas, exempelvis då en senilt dement löper risk att förfrysas och vägrar åldringsvård eller vård på ålderdomshem.

En vacklande praxis torde råda beträffande en annan kategori, nämligen sådana ofarliga och stillsamma sjuka som skulle kunna bli återställda eller höggradigt förbättrade av slutna vård men där den sjuke eller hans anförvanter avböjer vården. En del bedömare anser även här tvångsförfarande berättigat, medan andra ställer sig avvisande och vill tillerkänna de berörda parterna samma rättigheter som vid sådana fall av kroppslig sjukdom (t. ex. tuberkulos eller kräfta) där effektiv vård avböjes.

Det ligger i sakens natur att tvångsindikationerna vidare är tveksamma i stora gränskategorier, där farligheten är svårbedömd (t. ex. vid hotfulla yttranden) eller störningarna så måttliga att normala personer i omgivningen inte får sin arbetsförmåga väsentligt nedsatt (t. ex. vid svårt oväsen som dock inte hindrar nattsömn eller grannbarns läxläsning). Till dessa gränssfall hör åtskilliga sjuka som vållar betydande obehag, t. ex. genom att samla stinkande avskräde eller genom att plåga omgivningen med ärekränkande tillmälen, trakasserier och krav på meningslösa och tidsödande utredningar. Särskilt kverulanter som lider av en symtomfattig psykos eller av personlighetsabnormitet kan ge upphov till svåra bedömningsproblem rörande frågan huruvida tvångsförfarande kan anses berättigat.

Icke nödvändig vård och vård av icke sinnessjuka

Det är instruktivt att jämföra tvångsindikationerna med övriga indikationer, särskilt dem som introducerats den 1 juli 1959 med det nya nionde kapitlet i sinnessjuklagen.

Tvångsintagning kan sägas vara rättsligt grundad i de fall där vård på mentalsjukhus anses nödvändig, vare sig vårdbehovet betecknas som trängande eller ej, och där den vårdbehövande motsätter sig intagning. Det nya kapitlet har infört ett nytt begrepp, som i viss mån delar upp den gamla termen vårdbehov. Enligt § 55a kan intagning beviljas på en enkel muntlig begäran av den sökande, om hans "psykiska tillstånd är sådant, att hans vårdande på sinnessjukhus av sjukvårdsläkaren bedömes vara till nytta för honom". Det finns sålunda två slags vårdbehov, det ena karakteriserat av att vården är både nyttig och *nödvändig*, det andra av att vården är *till nytta* utan att vara nödvändig. I praxis tillämpades denna indelning redan enligt den äldre lagformuleringen, i det att många intagningar på skriftlig egen ansökan tillhörde den senare kategorien. Den nya formuleringen går emellertid ett steg längre, i det att *icke sinnessjuka* kan tas emot. Det talas inte om "den sjuke" utan om "den sökande" och hans "psykiska tillstånd".

Det är efter dessa linjer som den framtida omredigeringen av den föråldrade sinnessjuklagstiftningen måste gå.

En mentalvårdslag i stället för en sinnessjuklag

På olika sociala vårdområden har man mer och mer insett att det inte är diagnosen utan resultatet, inte analysen utan syntesen, som är det viktiga. Vi har inte lagar rörande alkoholister, vanartiga eller fattiga, utan lagar som reglerar nykterhetsvård, barnavård och socialhjälp. Lagstiftningen kring de kroppsliga tillstånd, som medför väsentliga psykiska avvikelser, bör på liknande sätt bindas, inte vid diagnosen "sinnessjukdom" utan vid de vårdformer som kommer till användning.

Uppgiften är intrikat, men den bör kunna lösas. Från mentalvården i lagens bemärkelse måste man exempelvis skilja bort de områden som

omfattar mental fostran (skolväsen och annan utbildning). Dit hör inte heller sådana former av mental påverkan som propaganda eller hjärntvätt. Sannolikt måste också en gräns dras mot profylaktisk verksamhet, mentalhygien. Kvar står de mentala avvikelser som ligger betydligt nedanför genomsnittet. Här kommer vårdens utformning och resurser att bilda grundvalen för lagstiftningen. Där särskolor och dem närstående arbets- och vårdhem kan betecknas som nyttiga och i vissa fall nödvändiga, ligger det naturliga området för en lag om vård av psykiskt efterblivna. Där medicinska åtgärder framstår som nyttiga och i vissa fall nödvändiga, ligger området för en lag om medicinsk mentalvård. Bedömningen av områdets gränser måste alltså, liksom nu, bli av medicinsk natur. Men det kommer att framstå som irrelevant att vilja dra gränser mellan sinnessjuka och icke sinnessjuka vårdbehövande. Bestämningen av rättsgrunderna kommer inte att syssla med metafysiska spekulationer utan med att avgöra i vilka fall vård kan anses nyttig och nödvändig och i vilka fall den inte kan anses vara det.

Ny utökad upplaga av

Arvid Wallgren

Barnavård och barnsjukvård

Nyttillkomna kapitel: Kirurgisk barnavård av överläkare Th. Ehrenpreis, Barnolycksfall av prof. Ragnar Berfenstam och Sjukhuskuratorns uppgifter av kurator Gudrun Wallgren.

"En ypperlig lärobok."

Gustaf Myhrman i Svenska Dagbladet.

Inb. kr. 25:—.

ALMQVIST & WIKSELL

Epokgörande undersökning på yrkesmedicinens område

I ett utlåtande om Silicosis and other Pneumoconioses in Sweden skriver professor Sven Forssman bl. a.:

"Det här redovisade materialet omfattar praktiskt taget alla under 1931—1936 inträffade silicosfall i Sverige och omfattar så fullständigt som det är praktiskt möjligt ett helt lands erfarenheter beträffande stendamlunga med avseende på uppkomst, kliniskt förlopp, yrkesförekomst osv.

För alla som kommer i kontakt med silicosfall, antingen beträffande diagnos och behandling, medicinskt och tekniskt förebyggande eller försäkringsbedömning torde denna framställning, som dessutom kompletterats med en kortare översikt över andra dammlungsjukdomar än silicos, vara av ett utomordentligt värde."

AHLMARK · BRUCE · NYSTRÖM

SILICOSIS

AND OTHER PNEUMOCONIOSES IN SWEDEN

400 sidor. 30 planscher med röntgenbilder.
Utkommer i januari 1961.



SCANDINAVIAN UNIVERSITY BOOKS

SVENSKA BOKFÖRLAGET