



GÖTEBORGS UNIVERSITET
CENTRUM FÖR ETIK, JURIDIK OCH MENTAL HÄLSA

Centre for Ethics, Law and Mental Health

Henrik Anckarsäter, Professor/överläkare i rättspsykiatri

2014-03-06

1 / 5

Besöksadress: Wallinsgatan 8, plan 5

Postadress: 431 41 Mölndal

Telefon: 031-343 87 27 *Fax:*

E-postadress: henrik.anckarsater@neuro.gu.se

Bergwallkommissionen

Kjell Asplund

Cecilia Ahlström

Bergwallkommissionen

Här följer en sammanställning om några möjliga systemfel i rättspsykiatrin som aktualiserats i fallet Bergwall och som jag vill fästa Er uppmärksamhet på före vårt möte.

Professor Anders Forsman har läst dokumentet och kommit med värdefulla synpunkter.

Han vill att Ni skall veta att han i princip står bakom dessa synpunkter och gärna diskuterar dem med Er på telefon, men att hans hälsotillstånd inte gör det möjligt för honom att delta i möten i nuläget. Vi inser att punkterna inte är välavgränsade utan går i varandra.

Sannolikt skulle de kunna ordnas tematiskt kring frågor som jäv, domstolars överprövning av psykiatriska/psykologiska bedömningar och vårdtider för att få bättre klarhet, men Ni får texten i sin nuvarande ostrukturerade, resonerande form, som tagit form efter Anders och mina kontakter, ordnat runt fyra punkter som presenteras utan någon inbördes ordning. Naturligtvis bestämmer Ni sedan hur mötet skall läggas upp och vad Ni vill ta upp till diskussion.

- **Oredovisade jävsförhållanden**

I Bergwallärendet har en rad tidigare oredovisade kopplingar mellan aktörer som bör vara oberoende av varandra i en juridisk process framkommit efter journalistisk granskning. Dan Josefssons avslöjande om hur en lång rad personer som spelat nyckelroller i både vården och de rättsliga processerna kring Bergwall haft olika relationer till samma psykoterapeut/handledare är naturligtvis ett journalistiskt scoop. Samtidigt skulle jag vilja säga att situationen såsom den beskrivits möjligen kan vara unik sin grad men knappast till sin art. Det finns många informella skolbildningar i svensk psykiatri där dubbla eller mångfaldiga relationer som terapeut/klient, läkare/patient, läkare/anhörig, handledare/klient, forskningshandledare/doktorand, chef/medarbetare och utbildningshandledare/junior läkare eller psykolog blandas och där vissa ledande personer får auktoritet på ett sätt som gör att objektiviteten åtminstone kan ifrågasättas när det kommer till rättsliga prövningar.

Det finns också en svag tradition i Sverige när det gäller att informera om möjliga jävsförhållanden. Till exempel kan experter först ha uttalat sig i enskilda fall i massmedia och sedan anförtros utredningsuppdrag i en rättsprocess trots att man då rimligen är i ett jävsförhållande till sitt eget tidigare publicerade uttalande. Det finns också oredovisade ekonomiska intressen i olika handledningsuppdrag, skattningsinstrument, utbildningsmodeller, föreläsningar och enskilda patientkonsultationer. Genom att specialiteten är liten och alla känner varandra finns både personliga relationer och konflikter som påverkar oss men som sällan redovisas öppet. Sådana jävsförhållanden går också mellan psykiatrin och rättsväsendet. Till exempel kan man undra över hur de uppenbara missförhållanden och rena lagöverträdelser som beskrivs i boken ”Slutstation Rättspsykiatri” av Therése Eriksson och Sofia Åkerman och ledde till fällningar i HSN men aldrig till någon åtgärd från polis eller åklagare, trots att det uppenbarligen handlade om så allvarliga saker som tvångsvård innefattande tvångsåtgärder efter att LPT/LRV löpt ut eller olagliga tvångsåtgärder som hjälmar/handskar. Det är svårt att frigöra sig från bilden av att det i ett sådant fall funnits jävsförhållanden mellan psykiatri och rättsväsende som påverkat den juridiska prövningen. Likaledes har Agenda redovisat statistik från Förvaltningsrätten i Dalarna där i stort sett samtliga mål avseende tvångsvård avgjorts i enlighet med läkarnas begäran. Med tanke på den ganska svaga interbedömarreliabilitet som psykiatrin har är detta naturligtvis en orimligt hög grad av osjälvständighet från domstolens sida där man inte kan låta bli att undra över relationen mellan klinikens läkare, sakkunniga läkare i förvaltningsrätten, domare, försvarare, åklagare och andra jurister.

Och dessa typer av jäv (ofta i form av ”delikatessjäv”) är svåra eller omöjliga för utomstående att upptäcka, inklusive för patienter och deras juridiska biträden, och närmast ofrånkomliga om man på en ort har en stående uppställning av överläkare, sakkunnigläkare, domare och försvarare vid återkommande förhandlingar i förvaltningsrätten varje vecka, där endast notarien ”roterar”, och förhandlingarna sker på kliniken. Samtidigt är det slående hur uppenbara jävsförhållanden tas lättvändigt i det svenska systemet. Exempelvis utsåg Socialstyrelsens Rättsliga Råd en extern expert i det så kallade ”barnläkarmålet” som sampublicerat med den aktuella rättsläkaren, vilket hade bedömts som jäv och omöjliggjort till exempel opponentskap vid en akademisk disputation.

- En alternativ förklaring till omständigheterna i föregående punkt är att domstolarnas följsamhet till psykiatrin inte beror på oredovisade jävsförhållanden utan istället på en generell osjälvständighet hos domstolar att överpröva, kritiskt granska och ta ställning till psykiatriska expertutlåtanden. Svenska domstolar accepterar anmärkningsvärt ofta, närmast undantagslöst, utlåtanden från Rättsmedicinalverket över §7-undersökningar och rättspsykiatriska undersökningar, regelmässigt utan att höra läkaren utan enbart på basen av det skrivna utlåtandet. Ändå vet vi att i princip samtliga fall som blir massmedialt uppmärksammade och involverar flera experter som också hörs av domstolen ger starkt divergerande uppfattningar mellan experterna (som i Bergwall-ärendet). Det är viktigt att påpeka att de massmediala fallen ofta skiljer sig från andra i allvarlighetsgrad men inte nödvändigtvis när det gäller den

psykiatriska bedömningen. Inte sällan landar ledande experter i helt olika bedömningar både vad gäller medicinsk/psykiatrisk diagnos och rekommendation till domstolen i medicolegala frågor.

Bakom detta förhållande finns naturligtvis en vilja hos psykiatriker att vara ”den som vet” men också en ovilja hos domstolar, försvarare och andra aktörer i rättskedjan att kritiskt granska och själva ta ställning till svåra frågor i gränslandet mellan psykiatri och juridik, trots att domstolen alltid skall ha det slutliga avgörandet. Jag skulle vilja säga att det har uppstått en ohelig allians mellan läkare och jurister när det gäller medicolegala frågeställningar som blivit särskilt olycklig i Sverige eftersom vi inte har en adversiell processrätt där motstridiga uppfattningar lättare kommer fram och kraven på transparens och överprovbarhet i expertutlåtanden blir större. Här har istället en praxis etablerats där 95% av Rättsmedicinalverkets utlåtanden accepteras rakt av och återstående passerar Socialstyrelsens Rättsliga Råd, som är en märklig hybrid mellan second-opinion instans och domstol, och det finns många personkopplingar mellan dessa myndigheter. På samma sätt som man såg i Barnläkarmålet verkar det också finnas en motvilja mot att släppa in verkligt oberoende experter för att överpröva utlåtanden från svenska läkare. Detta gäller i än högre grad för rättspsykiatrin, med färre tillgängliga vetenskapliga experter och mindre reliabel metodik.

- Brist på reella möjligheter till oberoende second opinion.

Denna punkt är relaterad till de två föregående men syftar också specifikt på vård-situationen. Hälso- och sjukvårdslagen säger att personer med särskilt allvarliga sjukdomar som kräver långvarig behandling och har betydelse för framtida livskvalitet har rätt till en oberoende bedömning av annan specialist. Det är svårt att se att detta inte skulle gälla flertalet patienter i rättspsykiatrin med exempelvis psykossjukdomar. I den rättspsykiatriska vården är detta dock mycket ovanligt och de flesta patienter har ingen reell möjlighet att få en oberoende bedömning. Inom Rättsmedicinalverket finns starka krav på att utlåtanden skall respekteras som hela myndighetens utlåtande och inte ifrågasättas av kollegor. Inom landstingets rättspsykiatriska verksamheter är dessa lojaliteter mindre starkt uttalade men man måste utgå från att åtminstone läkarna inom samma klinik är obenägna att gå emot varandras bedömningar eller pröva dem objektivt.

För mig är det uppenbart att när en vårdprocess havererar på det sätt som skett i Bergwallärendet bör man skyndsamt inhämta oberoende bedömningar utifrån och erbjuda patienten att byta vårdgivare. Detta är inget misslyckande utan något alla läkare förr eller senare hamnar i med någon patient. Att då låta prestige spela in är oprofessionellt och den självklara åtgärden är att försöka hjälpa patienten till en ny start hos en oberoende kollega, som skulle kunna återbygga förtroende och en terapeutisk allians. Det har sagts att detta inte skulle varit möjligt, eftersom ingen annan klinik ”velat ta emot honom”. Om detta är sant talar det för att en central instans på Socialstyrelsen eller SKL för samverkan mellan de rättspsykiatriska klinikerna i svåra patientärenden där det finns skäl att frångå närhetsprincipen eller behov av second opinions skulle behövas. En sådan enhet skulle också kunna ansvara för över-

syn över ekonomiska avtal kring vården mellan regionerna, skillnader i vårdtid och andra enkla mått på att vården är likvärdig och att resurser utnyttjas optimalt. Sådan samordning har också saknats när det gällt nybyggnation, som skett på en rad orter och där en översyn talar för att man ”förbyggt sig” på högsäkerhetsplatser i landet, vilket leder till att många patienter vårdas på högre säkerhetsnivå än de egentligen behöver, till kostnader för samhället och men för vårdkvalitén.

- Ett särskilt problem är knutet till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Redan när denna påföljdsform infördes på 90-talet väcktes farhågor i Läkartidningen om att lagen skulle leda till så kallade Hawaifall, d v s patienter som vårdas under långa tider i psykiatrisk slutenvård utan att egentligen ha ett vårdbehov. Redan 2002 uppmärksammade Socialstyrelsen i en rapport hur vissa patienter (som till och med kunde vara dömda för ”bagatellbrott”) vårdades under orimligt långa tider i rättspsykiatrin, kanske 15 eller 20 år. Märkligt nog finns ingen samlad uppföljning av vårdtiderna i rättspsykiatrisk vård. Medelvårdtider på 4-5 år brukar anges som normalt vid särskild utskrivningsprövning, men vid en undersökning av en representativ kohort i Malmö fann vi kortare medianvårdtider, drygt två år vid särskild utskrivningsprövning. År 2008 ändrades lagen så att LRV i öppen vård blev möjlig. Det uttalade syftet med denna reform var att korta vårdtiderna i slutenvård men någon systematisk uppföljning av effekten av denna lagändring har inte presenterats. Ett intryck från flera kliniker jag talat med är att reformen istället fått till effekt att, förutom de långa slutenvårdstiderna, en längre tid i öppen tvångsvård adderats för en betydande andel av de rättspsykiatriska patienterna. Problemen bottnar i lagstiftningens lösa formuleringar om att vården skall pågå så länge som det till följd av den psykiska störningen (som inte behöver vara allvarlig) *eller de personliga förhållandena i övrigt* finns risk för återfall i brottslighet (jag har sett en patient gå kvar i slutenvård under flera år medan två kommuner processade upp i Regeringsrätten om var han var mantalsskriven och därmed vem som var ansvarig för utskrivningsplaneringen). Anders Forsman var involverad i ett fall där en person som sedan frikändes men var dömd till LRV hamnade i ett juridiskt limbo då han ansågs frisk, hävdade att han var oskyldig men inte kunde skrivas ut eftersom han inte ”bearbetat” brotten. Anders uttryckte det som att han var ”satt på bekännelse” och detta pågick i årtal. Advokat Kerstin Koorti är mycket insatt i detta fall.

Till detta kommer att psykiatriska farlighetsbedömningar möjligen är evidensbaserade när det gäller att identifiera ofarliga personer men inte evidensbaserade för att identifiera farliga personer eftersom antalet falskt positiva blir så stort och number needed to detain kan sträcka sig från två till fyra eller ännu fler personer för att förhindra varje brottsåterfall (i en stor internationell metaanalys, Fazel och medarbetare 2012). Detta innebär att rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning i många fall fungerar som en hummertina, där det är lätt att komma in men nästan omöjligt att ta sig ut. I princip accepterar jag advokat Thomas Olssons resonemang som publicerades i höstas där han menade att bevisbördan för fortsatt tvångsvård måste ligga på det allmänna. I praxis är det dock så att Bergwall långtifrån är ensam om att själv ha bevisbördan när det gäller sin ofarlighet för att vården skall kunna upphöra. Snarast skulle jag vilja säga att det är så för det stora flertalet patienter i den

rättpsykiatriska vården. De ställs inför riskbedömningar av tveksam validitet och där många items är svåra att överbevisa (t ex "ytlig charm", "parasiterande livsstil", "promiskuitet") och det finns betydande risker för att "report parrots report". Detta gör att en grupp personer som vårdas inom rättpsykiatri får oändliga vårdtider vilket är etiskt oförsvarligt och dessutom belastar sjukvårdsresurserna på ett orimligt sätt. Till exempel kan en patient dömd till LRV med särskild utskrivningsprövning som måste vårdas på regionklinik leda till att ett helt psykiatriskt öppenvårdsteam måste läggas ned i ett litet landsting som Gotland. Eftersom dessa problem varit kända under mycket lång tid och man ändå inte tagit krafttag för att komma till rätta med dem lagstiftningsmässigt och kliniskt tycker jag att man kan tala om ett systemfel i vården. Eftersom regionklinikerna dessutom går med överskott när de har fullbelagt och en viss andel utomlänspatienter och det nästan alltid är enklare att vårda redan kända patienter finns ytterligare problem som skulle behöva genomlysas.

Avslutningsvis vill jag tacka för Er inbjudan och säga att jag ser fram emot vårt möte på tisdag!

Vänligaste hälsningar,



Henrik Anckarsäter