

Socialstyrelsen
106 30 Stockholm**Synpunkter på Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom -
beslutsstöd för prioriteringar (preliminär version)**

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, vill ge följande synpunkter på det berörda dokumentets preliminära version.

Vi uppfattar socialstyrelsens rekommendationer inom området, som de slutligen kommer att fastställas, som i hög grad avgörande för hela psykiatrins funktionssätt i Sverige. De handlar om de grundläggande behandlingsmetoderna som används i dag inom psykiatrin – och har sannolikt en avgörande betydelse för behandlingen även av andra diagnoser eller områden än dem som snävt räknas in under depression eller ångest. **Olämpligt utformade riktlinjer riskerar att åstadkomma svårreparabel skada på stora delar av psykiatrin.**

De nationella riktlinjerna, såsom de presenteras, består av ett antal rekommendationer, som handlar om förebyggande åtgärder, bemötande och omhändertagande av vårdsökande inom första linjens vård, behandling och omvårdnad av lindriga, måttliga, svåra och terapieresistenta tillstånd av depression och ångest. Utgångspunkten för riktlinjerna avses vara sådana metoder som ska vara bevisat effektiva vid de diagnostiserade tillstånden.

Avsikten med riktlinjerna anges vara att ge stöd för prioriteringar på alla nivåer inom hälso- och sjukvården, t ex mellan olika sjukdomsgrupper, verksamhetsområden eller kliniker – som benämns horisontella prioriteringar – eller prioriteringar inom en sjukdomsgrupp eller ett verksamhetsområde – som benämns vertikala prioriteringar. Till riktlinjer har dessutom fogats förslag till indikatorer som ska spegla god vård.

RSMH konstaterar att riktlinjerna utgör en stor och komplicerad materia med en ingående genomgång av behandlingsrekommendationer i relativt detaljerade situationer, beroende av åldersgrupp och kön på patienten, typ av depression eller ångest och beroende av hur allvarligt eller långt gånget tillståndet är samt vilken behandlingsfas man är i. RSMH har naturligtvis inte kompetens i alla de berörda frågorna, men vi har erfarenheter utifrån ett brukarperspektiv som har givit oss omfattande praktiska erfarenheter av svagheter och styrkor inom området.

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

Vi vill inte i denna tidiga fas av arbetet med riktlinjerna vara alltför ensidigt negativa i våra synpunkter, även om åtskilliga inslag i utkastet känns minst sagt tveksamma. Vi vill snarare i konstruktiva ordalag försöka formulera några idéer till förändringar utifrån brukarhorisont vilka självklart bör beaktas i remissversionen och sedermera de slutliga riktlinjerna.

Litet enkelt vill vi beskriva hanteringen av depressions- och ångestproblem inom hälso- och sjukvården – och delvis oavsett svårighetsgraden av tillstånden – som att man i behandlingen har möjlighet att väga insatser som medicinering och samtalsterapier med och mot varandra. I vissa sammanhang har man också möjligheter att väga in behandlingar med ECT och t ex transkraniell magnetstimulering (TMS). Tvingas man till snabba insatser har ofta ECT tagits till. Utvecklingen de senaste åren har, enligt vår bedömning, lett till att vården, kanske av resursskäl, tvingats arbeta snabbt för att kunna definiera patienten som ”färdigbehandlad”.

Detta innebär att medicinering har blivit universalmedlet för all behandling, vid akuta fall ofta i kombination med ECT. Vi har sett en snabb ökning av läkemedelskonsumtionen inom området, t ex med avseende på SSRI-preparaten, och antalet ECT-behandlingar har på några få år mer än dubblats. Om samtalsterapier övervägts så har man koncentrerat sig på KBT och KBT-liknande former som kan genomföras snabbt. Denna utveckling har varit mycket oroande och har varit en stor fråga för oss att framföra till ansvariga instanser i olika sammanhang. Vår kritik och våra synpunkter i dessa avseenden har dessvärre varit utan verkan och det förefaller som utvecklingen åt det beskrivna hållet snarast accelererar.

Vi, liksom vi har förstått många andra, tolkar förslaget till riktlinjer som att i framtiden bör läggas en större vikt vid samtalsbehandling/psykologisk behandling/psykoterapi och motsvarande i förhållande till den medicineringstrend som varit gällande och som vi pekar på ovan. Vi tolkar detta som att behandlingar som i högre grad innebär interaktiv behandling mellan människor, behandlaren och den behandlade, bör användas och i lägre grad medicinering. Detta innebär en övergång till dyrare behandlingsformer innehållande mer av mänsklig resursinsats – men också en möjlighet att gå från medicineringens i första hand symptomdämpande effekter till effekter som är mera utläkande. Vi tycker att detta principiella synsätt är mycket bra.

Vi vill karakterisera situationen idag inom detta område som att det finns evidens för att i stort sett alla läkemedel som är aktuella - och att de psykologiska behandlingar som används i genomsnitt har en positiv effekt förutsatt att behandlarna har en god kompetens inom sitt område och ett förtroendefullt samarbete kan etableras mellan behandlare och brukare. Detta gäller också läkemedelssidan, vilket är mindre känt, men där en aktiv löpande läkarroll i samverkan med patienten utgör en stor del av läkemedlens behandlingseffekt. Med det här synsättet skulle det alltså egentligen i det generella fallet inte spela någon roll vilken typ av behandling man sätter in, alla ger ju effekt och då skulle man i första hand kunna gå på det billigaste, nämligen läkemedelsbehandling.

Sanningen är emellertid den att, trots att metoder bedöms ha evidens, så betyder detta inte att denna evidens är hållbar i varje läge eller att utfallet alltid blir det bästa möjliga ur patientens perspektiv. Det är t ex inget bra resultat för patienten om depressions- eller ångestsymptomen visserligen dämpas men man får fortsätta i årtal att gå med av medicineringen orsakad funktionsnedsättning när det gäller kognitiva funktioner eller kraftigt ökar i vikt, får hjärt-

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

/kärlsjukdom och/eller diabetes och dör i genomsnitt tio till femton år tidigare än andra grupper människor. Ur patientens synvinkel hade ett försök att utöver att dämpa symptomen även få igång en läkningsprocess med en kortare eller längre psykologisk behandling varit att föredra, något som är lätt för alla att förstå och tämligen självklart. Det är oerhört viktigt att läkemedels biverkningar behandlas på ett helt annat sätt än idag i de evidensprövningar och evidensresonemang som förs. Biverkningarna är ju inte små och försumbara som när det gäller en del allmänt använda somatiska läkemedel. De är i stället att betrakta som nya sjukdomar av allvarlig art - d v s samhället tvingar på människor med allvarlig psykisk ohälsa nya sjukdomar. Att vi säger ”tvingar” beror naturligtvis på att många patienter i praktiken i tvångsvården men även i den frivilliga vården tvingas på mediciner som de somatiskt sett mår mycket dåligt av. **Vi bedömer att det i hög grad är denna process som förkortar livslängden hos våra medlemsgrupper och andra med samma problem.**

Vi kan här inte behandla hela frågan om biverkningar och nya somatiska sjukdomar men konstaterar att läkemedlen inom det berörda området ibland orsakar stor skada för de patienter som mer eller mindre tvingas att ta dem. Riktlinjerna pekar ju också på några av dem. Man kan säga att **läkemedlen i stor utsträckning förstör det aktiva livet** för många av dem som medicineras. Genom muntorrhet skapas efter ett tag förstörda tänder med omfattande reparationsbehov som patienten får bekosta själv och som den genomsnittlige sjuke inte har en möjlighet att finansiera. Självfallet leder detta också till felaktig näringstillförsel i många fall. De sexuella reaktionerna och förmågorna rubbas vilket för många förstör känslolivet och förmågan att ha en normal relation, något som sedan i sin tur inte direkt påverkar det psykiska tillståndet positivt. Utöver det här nämnda finns en hel del att säga om s k biverkningar av mycket allvarlig art och hur litet vården bryr sig om att beakta och vidta åtgärder mot sådana eller ens bryr sig om att informera patienten.

Alltså, vi är positiva till en utveckling från symptomdämpande medicinering och mot psykologiska utläkande behandlingsformer. Detta tycker vi på alla sätt ska markeras i de slutliga riktlinjerna. Vi anser också att man bör överväga att behandla de s k biverkningarna på ett helt annat sätt i riktlinjerna – nämligen som de nya sjukdomar som skapas.

Vi tolkar vidare förslaget till riktlinjer som ett kraftfullt förespråkande av beteendeterapi, KBT, t o m som datorbaserad form för behandling. Det är ett förespråkande som dessa behandlingsformer inte förtjänar. KBT är en behandlingsform som enligt vår uppfattning passar i avgränsade och mindre komplicerade sammanhang och som också har viss evidens för effekt i sådana fall. Vår erfarenhet, och de evidensprövningar som gjorts, talar emellertid för att t ex psykodynamiska behandlingar och vissa andra terapier har väl så stor effekt, särskilt om behandlingssituationerna är mera komplicerade.

Man måste till varje pris se till att handlingsmöjligheterna när det gäller psykologiska behandlingar inte begränsas till snabba KBT-behandlingar, eller datorbaserade sådana, som riktlinjerna i nuvarande form kan förväntas medföra. Vi ser redan att landsting använder motiveringar som tolkar förslaget till riktlinjer fel när man nu hårt prioriterar ned eller bort psykodynamiska behandlingsmetoder. Läget kan snabbt förvärras till en kris för psykiatrin om man inte är tydlig på den punkten från Socialstyrelsen.

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

Alltså, riktlinjerna får inte ha en innebörd som tolkas som att det är bara KBT som ska användas i framtiden – och framför allt inte höja upp datorbaserad KBT till någon norm eftersom det enligt vår uppfattning inte finns någon ännu hållbar evidens för en sådan behandlingsforms effektivitet.

Vi har ju nämnt två ytterligare metoder om att med elektricitet och magnetism försöka utifrån med ett slags ”våld” påverka depressionen eller ångesten, metoder som man dessvärre verkar vara på väg att börja pröva inom andra diagnosområden också. Det börjar nu efter ett antal års volymökning bli metoder att räkna med. Den sistnämnda får betraktas som ny medan den första troligen är den enda kvarlevande av de tidiga psykiatriska behandlingsmetoder med sina 70 år på nacken.

Vi uppfattar att Socialstyrelsen är mycket avvaktande till den transkraniella magnetstimuleringen - och det bör man enligt vår uppfattning fortsätta att vara. Vi har inte uppfattat något från försök med metoden som pekar på att den skulle kunna bli en framkomlig väg för behandling i vanliga sjukvårdssituationer. När det gäller ECT är budskapet som f n går ut i organisationen, och detta med SBU:s hjälp, att det finns evidens för behandlingseffekt. Vi är starkt kritiska till resonemangen om behandlingseffekt när det gäller ECT. Enligt vår uppfattning finns det inga som helst bevis för att behandlingen har annat än kortvariga effekter. Sådana effekter bör inte läggas till grund för evidensbedömning. Det är näst intill en självklarhet att, om man skapar epileptiska anfall hos en patient så får man också de för sådana anfall typiska reaktionerna med glömska m m. Att förlänga effekterna genom att i en serie under t ex några veckor göra kanske upp till femton behandlingar med ECT är inte en acceptabel metod.

Även om frågan inte har studerats tillräckligt på ett vetenskapligt sätt är vi övertygade om av den praktiska erfarenheten att kognitiva funktionsnedsättningar hos många människor med allvarlig och långvarig psykisk ohälsa har sin grund i t ex att man genomgått många på varandra följande ECT-behandlingar och därmed fått många epileptiska anfall. Vi vet med säkerhet att människor t ex har fått sina kunskaper från det område där de utbildats uttraderade som en följd av ECT-behandlingar. Bara risken för sådana biverkningar måste leda till att man avhåller sig från sådana behandlingar eller bara i nödfall och klart definierade situationer använder dem.

Alltså, vår tveksamhet till både den nyaste och den äldsta behandlingsformen, TMS respektive ECT, är stor. Området skulle behöva en särskild översyn och med ett bredare perspektiv än som gjorts i hittills gjorda vetenskapliga studier.

Vi vill peka på att behandlingar måste skraddarsys för varje patient. Det är inte så att lösningen på behandlingsproblemet är enbart medicinering eller enbart KBT. Varje människas situation är unik och är mera eller mindre komplicerad diagnos- eller bakgrundsmässigt - och behandling m m måste läggas upp utifrån hela problembilden. Det innebär att behandlingen kan behöva inslag av både medicinering och psykologisk behandling, behandlingar som måste anpassas varefter situationen framskrider. Man måste i allmänhet ha ett tillräckligt långt tidsperspektiv och inte förvänta sig snabba lösningar.

Alltså, återhämtning från psykisk ohälsa kan inte forceras.

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

Vi vill slutligen ta upp ett par ytterligare aspekter på behandlingen av depression och ångest. På några ställen i riktlinjerna behandlas närståendes roll i ett stödjande sammanhang. Det är förvisso bra, men man får inte okritiskt acceptera detta som en dogm. Minst lika ofta är det de närstående som utgör grundproblemet eller en del av detta. Detta gäller föräldrar, partners och barn likväl som vänner och andra närstående.

Alltså, vi skulle vilja att närståendefrågan som problem eller tillgång utvecklades på tydligt sätt på lämpligt ställe i riktlinjerna.

Vi skulle vidare vilja att det på lämplig plats i behandlingsriktlinjerna anges att om mediciner skrivs ut ska patienten erbjudas läkarbesök för att diskutera åtgärder mot de oönskade biverkningar som följer på ett antal av de berörda läkemedlen. Många effekter och symptom utöver de ovan nämnda är också trötthet, svårighet att varva ned, brist på förmåga att koncentrera sig, brist på energi, sömnbesvär och ont i kroppen. Dessa symptom är ofta inte diagnostiserbara, men ger sammantaget svårigheter att planera och leva ett bra liv. I princip alla måste erbjudas en möjlighet att påverka och förändra sin livsstil. Vi vet av erfarenhet att onödigt ohälsa kan förebyggas eller rehabiliteras bort genom att alla erbjuds en hälsoplanering och att hälsoundersökning görs för att förebygga fetma, högt blodtryck, diabetes och andra livsstilssjukdomar. Därefter bör erbjudas motion, stresshantering, utbildning i kost- och näringslära, rökavvänjning och motivation, kanske genom självhjälpgrupper, vid behov.

Vår sista synpunkt är på sitt sätt den kanske allvarligaste. I riktlinjerna behandlas depression och ångest som ett medicinskt problem, inte som ett tillika socialt problem och ett problem som kan orsakas av den totala samhällssituationen personen befinner sig i. Vi kan belysa det på följande enkla sätt.

Om man är bostadslös eller bor i en undermålig bostad ensam och stirrar på fyra väggar dagarna i ända är det troligare att man utvecklar både depression och ångest än om man bor bra och har ett gott kontaktnät och är sysselsatt med viktiga och inspirerande uppgifter. Har man arbete som man kan gå till varje dag mår man i allmänhet bättre än om man inget arbete har. Med andra ord är problemen kring depression och ångest inte enbart medicinska eller medicinskt-psykologiska. En återhämtning från en depression kan inte bara stödjas av metoder som landstingen i egenskap av hälso- och sjukvårdsansvariga har att förmedla när det gäller patientbehandling. Den måste stödjas också av kommunen så att man säkerställer att det inte är faktorer utanför hälso- och sjukvårdens ram som spelar en avgörande roll för ett positivt eller negativt behandlingsresultat. Och boendefrågorna är en mycket avgörande faktor för hur en människa mår. Självklart är det inte bara kommunen som är engagerad när det gäller de här frågorna. I försörjnings- och arbetsfrågorna är ju i hög grad försäkringskassor och arbetsförmedlingar medagerande och spelar avgörande roller för den enskildes känsla av välbefinnande.

Alltså, behandlingsproblemet är inte ett problem begränsat till landstinget och deras sjukvårdande enheter inom primärvården och psykiatrin, det är också starkt beroende av kommunala boende- och socialtjänstinsatser och insatser

Vår sammanfattande bedömning är att de nationella riktlinjerna i sin nuvarande utformning innehåller mycket som är bra, men också en del där man får ett intryck av att nyanseringar

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se



Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

och tyngdpunktsförändringar vore av värde. Vi har ovan pekat rent allmänt på några sådana
områden som kan behöva övervägas.

Med vänliga hälsningar

Jan-Olof Forsén
Förbundsordförande

Håkan Jarmar
Kanslichef

Kopia

Socialdepartementet
Riksdagens socialutskott
SBU
Läkemedelsverket
SKL
Läkartidningen
Dagens Medicin

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

Bilaga

Justitiekanslern

Box 2308
103 17 Stockholm

Hemställan om granskning

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, hemställer om Justitiekanslerns granskning av Hovrättens över Skåne och Blekinge mål nr T 1557-09 och Malmö Tingsrätts mål nr T 3210-08. Det är ett mål som gäller Försäkringskassans möjligheter att för lång tid tillbaka retroaktivt återkräva av en enskild person vad man anser vara felaktigt utbetald förtidspension och assistentersättning.

Vi är från RSMH:s sida inte engagerade i ärendet av svaranden/klaganden utan har som organisation som engagerar och organiserar människor med allvarlig och långvarig psykisk ohälsa ett principiellt intresse av att frågan belyses på ett korrekt sätt.

Vi anser att domen från tingsrätten är skriven på ett sådant sätt att den allvarligt kan ifrågasättas – något som inte hovrätten heller gjort. Domen speglar i värsta fall en stor okunskap hos dem som i de båda rätterna handlagt målet.

Saken

Svaranden, här kallad LR, blev 1993 patient hos en överläkare i psykiatri, här kallad HB. Hon uppgav sig ha syn- och hörselhallucinationer. Uppenbarligen diagnostiserade läkaren hennes tillstånd som schizofreni efter något eller några öppenvårdsbesök.

LR beviljades av Försäkringskassan på grundval av läkarutlåtandet helt sjukbidrag mellan 1 augusti 1994 och 1 juli 1997 - och därefter, efter ytterligare läkarutlåtande från HB, hel sjukpension. Fr o m 1 november 1997 hade LR också beviljats assistentersättning med 1456 timmar per halvår. Vid en efterkontroll som Försäkringskassan genomförde i augusti år 2000 begärdes ett nytt läkarutlåtande in från HB.

I detta utlåtande hävdade överläkaren HB att den ställda schizofrenidiagnosen var felaktig - och dessutom felaktig redan när den först ställdes 1993, och att LR aldrig haft någon nedsättning av arbetsförmågan. Som motiv för detta förefaller han i första hand anföra att han sett henne utanför ett varuhus tillsammans med en väninna och att hon då uppträtt på ett sätt som inte varit möjligt om hans diagnos stämde.

Mot hans ord i patientjournalen två à tre år senare om att hon för honom skulle ha erkänt att hon simulerat en schizofrenisjukdom står hennes eget nekande uttalande. LR har i övrigt också en psykiatrisk sjukdomshistoria, varav delar beskrivs i domen, som förefaller rimlig mot bakgrund av grunddiagnosen som var ställd.

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

RSMH:s synpunkter

En person som lider av schizofreni har sina bra och mindre bra perioder. Ibland märks ingenting av diagnosen vare av personen själv eller av människor i omgivningen. Ibland syns och märks symptomen tydligt även för en utomstående betraktare. De yttre symptomen på sjukdom uppträder intermittent. Man kan dessutom över tid återhämta sig, något som blivit en allt viktigare kunskap genom forskningen inom psykiatriområdet. Möjligheten att återhämta sig gäller även människor som haft allvarlig och långvarig psykisk ohälsa med t ex psykoser och rösthörande. Vi organiserar ju dessa grupper människor i RSMH och har därmed stor kunskap om hur schizofreni och andra psykoser läker ut.

Man kan enligt vår långa erfarenhet inte diagnostisera schizofreni hos en person genom att träffa personen vid ett eller ett antal öppenvårdsmöten. En något snär säker diagnos kräver att patienten följs kontinuerligt under en längre tid, bl a genom att patienten tas in och observeras i slutenvård, detta för att man ska kunna studera symptomen och hur de utvecklas. Av domens formulering är det troligt att någon sådan slutenvårdsperiod inte funnits. Diagnosen har alltså satts under perioden 1993 – 1997 på basis av ett antal öppenvårdsbesök. Det framgår inte av texten exakt när diagnosen ställdes.

Om diagnossättningen har gått till på det sätt man kan utläsa av domen har läkaren förfarit på ett mycket slarvigt sätt. Vi vill t o m ifrågasätta om han begått tjänstefel. Man måste då veta att om någon sätter en diagnos "schizofreni" på en människa så fattar man ett för den människan livsavgörande beslut. Det är inte ett beslut som kan ändras hur som helst - och det är ett beslut som kommer att forma resten av den människans liv. Och det är i allmänhet ett liv nära samhällets botten.

Att sedan, som läkaren gör, ungefär sju år senare – enbart efter att ha sett personen på håll och ha hört sig för i hennes övriga omgivning – visar på en bristande professionalitet. För det första går det, som vi säger här ovan, inte att ställa eller bekräfta en diagnos med en enstaka - och i det här fallet kort - observation. För det andra är man som person med schizofreni merparten av tiden så frisk och normal att man inte kan spåra skillnaden till en annan frisk person. För det tredje kan en person med schizofreni återhämta sig. Vi kan inte finna att läkarens efterforskningar på kvinnokliniker och när det gäller trafikbrott och snatteri på något sätt stöder hans nyvunna tes om att hon skulle ha varit frisk hela tiden. De två sistnämnda faktorerna snarare stödjer att diagnosen trots allt var riktig om de skall användas till en tolkning av hennes hälsotillstånd, något som vi i sig är mycket tveksamma till.

Sammanfattningsvis kan vi inte finna annat än att läkaren har agerat mycket vårdslöst både vid tillfället eller tillfällena då diagnosen sattes och vid det tillfälle han tog tillbaka diagnosen - och till råga på allt tog tillbaka den retroaktivt, något som speglar en mycket stor oskicklighet i läkarens agerande. Av den anledningen skickar vi kopia på den här skrivelsen till Socialstyrelsens tillsynsenhet för att den ska kunna pröva läkarens förfaringsätt.

Vi vet att den försäkringsmedicinske överläkaren, som vi här kallar SOT, har stött läkaren HB. Vi är dock inte särskilt imponerade av den slutledningsförmåga som SOT redovisar och som redovisas i domen, nämligen "Det är inte märkligt att HB under så lång tid inte uppmärksammade att hans diagnos kunde vara felaktig, eftersom han först efter flera år fick

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

anledning att ifrågasätta diagnosen.” I övrigt redovisar han inga nya fakta utöver dem vi vederlagt ovan.

RSMH har som organisation ingen relation till personen som är aktuell som svarande i detta mål. Vi har inte ens haft någon kontakt med henne. Orsaken till att vi engagerar oss är tendensen att man kan bära sig åt hur man vill med personer som fått stämpeln psykiskt sjuk på sig. Det här är inte enda gången vi sett t o m rättsväsendet vara nonchalanta i handläggningen av ärenden. Det är en fråga om rättssäkerhet för en grupp människor på samhällets botten som inte har möjligheter att föra sin talan på ett bra sätt i dagens samhälle.

Vi är t ex förundrade över att en tingsrätt och en till synes kvalificerad hovrätt inte har kunskaper om hur schizofreni yttrar sig hos en person utan bara litar på uttalanden från företrädare för parter i målet, de två läkarna, varav åtminstone den ena visar på en närmast naiv nonchalans i sina ställningstaganden och beslut. En normal handläggning hade väl inneburit att man tagit dit och lyssnat på någon form av oberoende expert.

Vi är också förundrade över att man accepterar att en läkare ändrar sig retroaktivt. Är en sådan utsaga värd något? Kan man lita på en doktor som efter att patienten kommit till honom och berättar att hon har ”syn- och hörselhallucinationer” ger henne diagnosen schizofreni och sedan sju år framåt känner bekräftelse på den punkten – men sedan helt plötsligt, efter ett kort möte på håll, finner henne helt frisk. Vi utgår från att Justitiekanslern finner denna händelseutveckling och bevisvärderingen lika märklig som RSMH.

Att hovrätten inte meddelar prövningstillstånd utan motivering förundrar oss också mycket mot bakgrund av de av oss upplevda bristerna. Det är ingen bra princip, om man vill att rättssystemet ska ha en fortsatt förankring hos människorna i samhället, att man inte motiverar sina beslut.

På uppdrag av förbundsstyrelsen

Jan-Olof Forsén
Förbundsordförande

Håkan Jarmar
Kanslichef

Kopia med hemställen
Socialstyrelsens tillsynsavdelning

Kopia
Domstolsverket
Hovrätten över Skåne och Blekinge
Malmö Tingsrätt