



2005-05-31

Remissyttrande över slutbetänkandet av utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare, SOU 2004:112.

Utredningen har i sitt omfattande och juridiskt komplicerade arbete ägnat sig åt lämna förslag rörande "vuxna personer som saknar mental förmåga att ta ställning i en viss rättslig angelägenhet", främst i samband med hälso- och sjukvård och därtill relaterad forskning.

Förslaget innebär vissa förändringar runt förordnade förmyndare, gode män och förvaltare, samt tillkomst av funktioner som "ställföreträdare för vuxna med bristande beslutsförmåga" benämnda framtidsfullmäktige, vårdombud och anhöriga ställföreträdare.

Som vägledande principer för den föreslagna reformen anges "de hjälpbehövandes autonomi och frivilliga medverkan".

Föreningen delar Utredarens syn rörande vikten av dessa principer – men finner att Utredaren synes ha förbiset att en alltför långtgående och invecklad lagreglering på ett så komplext område som hälso- och sjukvård, i praktiken kan komma att stå i konflikt med målsättningen. Autonomi och frivillighet kan oavsiktligt bli inskränkt om reglerandet runt bevarandet av dessa värden blir alltför komplext för att man som vanlig mänska och brukare/framtida brukare av hälso- och sjukvård ska kunna förstå dem. Sådana risker synes oss detta förslag kunna innebära.

Vidare misslyckas utredaren – trots en omfångsrik text - med att klargöra under vilka omständigheter och enligt vilka kriterier läkare (tillsammans med ytterligare en person som också ska tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen) ska fatta beslut om att en person/patient skall anses sakna beslutsförmåga. Man tänker sig att läkarintyg ska kunna avfattas som ska ge besked "om och i vilken utsträckning den enskilde har egen beslutsförmåga" (s 68). Texten lämnar tyvärr en del del oklarheter efter sig. De flesta psykiater har vana vid att bedöma vårdbehov och grad av sjukdomstillstånd i samband med prövning av om indikationerna för tvångsvård enligt LPT föreligger eller ej. Uppgiften är i detta sammanhang ofta komplicerad, men i regel möjlig att utföra, mycket tack vare klargjorda kriterier för vad som ska räknas in under begreppet "allvarlig psykisk störning". I föreliggande förslag till ny lagstiftning saknas en sådan utgångspunkt, utan det används i stället begrepp som t ex: "faktiskt resultat av patientens tillstånd" (s. 602), "saknar mental förmåga att ta ställning" (s 67). De uppgifter som därmed skulle uppstå för hälso- och sjukvårdspersonalen, inklusive i många fall psykiatriskt verksamma läkare, synes oss vara mycket svåra och i många fall finns risken för att uttalandena skulle komma att vila på tveksam grund – och kunna problematiseras jämfört med kraven på verksamhet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Några stabila kliniska kriterier för grad av beslutsförmåga existerar veterligen inte idag.

På s. 598 konstateras att: "I mångt och mycket måste också vissa frågor överlämnas till den medicinska personalens etiska bedömningar och allmänna omdöme".

Föreningen instämmer i detta konstaterande, och anser att Utredarens förslag innebär försök till inskränkningar i det område som med hittillsvarande ordning just överlämnats till den medicinska personalens etiska bedömningar och allmänna omdöme. Även om dagens ordning ur en strikt juridisk synpunkt kan te sig otillfredsställande, frågar vi oss om de största problemen med dagens ordning är bristen på formaliserat inflytande för den enskilde via olika typer av ombud och ställföreträdare? Utredningen synes inte fullt ut ha beaktat de risker som kan vara förenade med utspädning av ansvaret för att lämna och ta emot information, samråda med patient och närstående, väga samman och värdera informationen, och sedan finna en handlingslinje och fatta ett beslut. En sådan utspädning kan befaras i och med tillkomsten av de nya funktionerna i förslagen. Man kan befara att personer utan medicinsk utbildning och erfarenhet, som ställföreträdare för patienten, kommer att utöva ett ökat inflytande över beslut i vården vilka inte självklart tjänar patientens syften, och utan att dessa företrädare kan bindas till ansvar för sina viljeyttringar på samma sätt som gäller för de professionella. – Kanske skulle patientens autonomi och frivilliga medverkan bättre kunna stärkas genom att läkarens och vårdens ansvar i dessa avseenden förtydligades, hellre än att spädas ut? Den idag gällande ordningen innebär ett långtgående, såväl juridiskt som framför allt moraliskt, ansvar för den enskilde befattningshavaren i ansvarig ställning i vården. Som kliniskt verksam psykiater upplever man – och tar – ett stort personligt ansvar för beslut med påtalig verkan för den enskilde patienten. Inte sällan är det mycket svårt att veta vilket beslut som är det bästa, i synnerhet när den aktuella patienten har nedsatt förmåga att utöva sin autonomi. Många psykiatrer torde fungera ”dygde-etiskt” i dessa situationer i den meningen att man väger samman all tillgänglig information och erfarenhet och söker finna en medelväg mellan att tillgodose självbestämmandet under hänsynstagande till medicinska och sociala risker. Går det fel tar man sitt ansvar, och i bästa fall är man även beredd att med kort varsel förändra sin handlingslinje så att den passar bättre med den uppkomna situationen. Vi befarar att den föreslagna nyordningen skulle kunna grumla detta personliga och professionella ansvarstagande, och därmed riskera att bli kontraproduktivt jämfört med förslaget angivna övergripande avsikter.

Utredningen andas generellt ett slags ”motpartförhållande” mellan vårdare och vårdad, mellan anhörig och vården, mellan patient och läkare. Detta motpartsförhållande materialiseras bl. a i förslagen om hur den patient som blivit förklarad beslutsinkapabel ska kunna få ändring. Ett sådant motpartsförhållande tillhör inte vårdens vardag, och bör undvikas, hellre än att frammanas.

Vad gäller utredningens förslag rörande ”framtidfullmakt” och ”livsslutsdirektiv” har inte Föreningen närmare analyserat utredningens förslag.

Föreningen delar utredningens uppfattning (9.4) att särskilda regler om ställföreträdare vid beslutsfattande för beslutsförmögna i forskningsangelägenheter INTE bör införas.

Sammanfattningsvis finner Föreningen att:

- Principerna autonomi och frivillighet i deltagande i vårdåtgärder etc är korrekta
- förslaget är mycket komplext och innebär tillkomst av en rad svår genomträngliga regler och funktioner
- komplexiteten hotar att medföra kontraproduktivitet jämfört med de angivna syftena att stärka patientens/den framtida patientens autonomi och frivilligheten i vården
- läkares föreslagna nya åliggande att bedöma och intyga grad av beslutsförmåga förefaller tveksam

- läkares professionella ansvar riskerar spädas ut, vilket kan riskera ge kontraproduktiva konsekvenser
- den alternativa vägen att förtydliga hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar hade bort övervägas som alternativ till införandet av en rad formaliserade ställföreträdafunktioner
- utredningen frammanar ett motpartsförhållande av ömsesidig misstro mellan läkare och patient, vilket inte överensstämmer med vårdens målsättningar, eller med Föreningens upplevelse av vårdens vardag
- föreningen delar Utredarens förslag att inte tillskapa särfunktioner vid samtyckeförfarandet i samband med klinisk forskning rörande autonomisvaga personer.

Svenska Psykiatriska Föreningen

Mikael Sandlund

Anna-Maria af Sandeberg
Ordförande