

Minnen från en tid då de sinnessjuka behandlades inlåsta på jättelika mentalsjukhus långt ifrån hemorten har förstärkt mytbildningen och försvårat integreringen av psykiatrin i samhället.

För att råda bot på detta anordnas på många håll i landet psykiatrins dag där företrädare från psykiatrin får tillfälle att informera om verksamheten.

I Norrtälje har vi inte bara anordnat psykiatrins dag utan psykiatrins kulturveckor. Under våren 1996 arrangerades sålunda för femte året i rad de så kallade Hus-veckorna, dvs psykiatrins kulturveckor i Norrtälje. Under två veckor hölls 15 olika programpunkter på olika ställen i staden vilka samlade närmare 1 000 besökare. Programpunkterna innehöll föredrag, visor, teater, musik och öppet hus inom några av psykiatrins verksamheter. Eftersom arrangemangen rönt stor uppmärksamhet, tycker vi att det finns anledning att informera om verksamheten för en bredare publik.

Det unika med Babels Hus-veckorna har inte bara varit omfattningen av programmet utan framför allt att det är ett samarbetsarrangemang mellan psykiatriska kliniken, Norrtälje kommun, Riksförbundet för social och mental hälsa, RSMH, och Intresseföreningen för psykiskt handikappade, IPH. I programkommittén har också deltagit representanter för Norrtälje Tidning och KUR (kooperativ utveckling i Roslagen).

Behöver både synas och synas

Uppaktan till Babels Hus-programmen var att vi i slutet av 1980-talet startade ett närståendeprojekt som bekostades av Socialstyrelsen. Närståendeprojektet var ett samarbete mellan Norrtälje psykiatriska klinik och Norrtälje kommun och till detta projekt knöts en referensgrupp bestående av två representanter från psykiatriska kliniken, två från kommunen och två från anhöriggruppen och två personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom. Denna referensgrupp visade sig vara ett kreativt och fruktbarande diskussionsforum som därför permanentats och numera kallas för socialpsykiatriska referensgruppen. Antalet personer som deltar har utökats något med framför allt fler deltagare med egen erfarenhet. I den ursprungliga referensgruppen framkastade en av deltagarna idén om att »det behöv-

de städas och vädras inom psykiatrin och att psykiatrin behövde både synas i samhället och synas i sömmarna».

Syftet att stärka samarbetet

Syftet med Babels Hus-veckorna har också varit att stärka samarbetet mellan kommuner, landsting och intresseorganisationer samt att öka brukarnas och närståendes inflytande över den psykiatriska vården.

Planeringen av Babels Hus-veckorna har krävt ganska mycket arbete och vi har tvingats arbeta ihop oss på ett ganska informellt sätt genom regelbundna arbetsluncher. Det har varit fascinerande att se hur deltagarna med egen psykiatrisk erfarenhet genom arbetet har vuxit.

Bengt Annebäck
överläkare, Norrtälje

För intresserade kan ytterligare information lämnas av Bengt Annebäck, Psykiatriska mottagningen, Norrtälje, tel 0176-753 00.

Missvisande tolkning av fallbeskrivning i Riskronden

I Läkartidningen 25/96 sid 2445 (Obstruktiv lungsjukdom. Syrgasbehandling medför risk för koldioxidnarkos) refereras en fallbeskrivning ur Socialstyrelsens Riskronden nr 5 1996. Fallet uppges vara ett exempel på »klassisk koldioxidnarkos» på grund av syrgasbehandling till en patient med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Vi anser att rubriksättningen är farlig och att tolkningen av fallbeskrivningen är missvisande.

Mycket ovanligt

Det torde vara mycket ovanligt att en patient med KOL som startar med ett normalt PCO₂ och ett PO₂ över 8 kPa går in i koldioxidnarkos enbart på grund av okontrollerad syrgasbehandling. Patienten i fallbeskrivningen var påverkad av blödninganemi och

pneumoni, minst lika troliga anledningar till att han försämrats så drastiskt. Den terminala blodgasanalysen (i Läkartidningen återgivet med ett tryckfel för PO₂ – det stod 116,2 istället för 16,2 kPa) visar ju på en kombinerad metabol och respiratorisk acidosis.

Den metabola komponenten beror rimligen på en perifer anoxi på grund av anemi och/eller sviktande perifer cirkulation. Fick patienten verkligen bara två enheter blod? Ingen annan vätska? Vi är av den uppfattningen att den blodgasbild som fångats strax före patientens död är ospecifik, den skulle kunna föreligga hos många terminala patienter (oavsett grundsjukdom) som på grund av utmattning inte förmår vädra ut sin koldioxid. Vi är inte övertygade om att den okontrollerade syrgasbehandlingen bär skulden till den ogynnsamma utgången.

Den ojämförligt vanligaste situationen av koldioxidnarkos, »klassisk», är KOL-patienten med kronisk koldioxidretention som får en akut försämring. Detta vantolkas lätt som hjärtsvikt och föranleder ofta okontrollerad syrgasbehandling. Detta inträffar gång på gång på våra akutmottagningar och vårdavdelningar, på sjukhus av alla kategorier.

Vi som utbildar yngre kolleger om respirationssvikt och understryker alltd vikten av tidig blodgasanalys på alla patienter med andningsproblem, även om man tror att de har hjärtsvikt. En blodgasanalys kan i och för sig inte säkerställa diagnosen KOL, men ett högt PCO₂ och metabol kompensations (högt BE och oftast endast måttligt sänkt pH) talar starkt för att patientens huvudproblem är respiratoriskt. Den fortsatta syrgasbehandlingen skall då bedrivas med kontrollerad flöden (oftast 0,5–2 liter/minut) och med täta blodgasanalyser. Det går inte att avgöra om patienten andas ordentligt bara med klinisk bedömning eller ens med oximeter – patienten kan gå in i koldioxidnarkos utan dyspné och med rosiga kinder.

Svårutrotad vanföreställning

Syrgasbehandling till patienter med initialt lågt eller normalt PCO₂ (vanligt vid t ex astma och hjärtsvikt) kan som

grundregel ges riskfritt med höga flöden (5–10 liter/minut) och kan oftast styras med oximeter. Även på en sådan patient måste man naturligtvis ta ett nytt blodgasprov om han försämrats påtagligt under syrgasbehandling. De flesta (även kroniskt) obstruktiva patienter bibehåller emellertid ett normalt PCO₂ även när de får syrgas. Det finns en svårutrotad vanföreställning att man inte alls får ge syrgas vid astma och annan obstruktiv lungsjukdom. Många KOL-patienter och framför allt astmapatienter får därför inte den syrgas de så väl behöver. Fallbeskrivningens rubrik bidrar till att vidmakthålla denna vanföreställning.

Bengt Midgren
docent, överläkare,
lungsektionen Universitets-
sjukhuset i Lund
Kerstin Ström
docent, överläkare,
lungsektionen,
Blekingesjukhuset,
Karlskrona

Varför inte avvakta vid spontanperforerad otit?

I Läkartidningen 28–29/96 refereras från Riskronden 9/96 att fall med en 2-årig flicka som fick mastoidit med feber och utstående öra, men utan allmänpåverkan. Mer än två veckor tidigare hade flickan på samma sida haft en otit med spontanperforation som en läkare avstått från att behandla. Riskronden drar slutsatsen att den som avstår från konventionell antibiotikabehandling har ett särskilt ansvar för uppföljning. Själv brukar jag alltid behandla purulenta otiter med penicillin, även om de har spontanperforerat, medan jag vid simplexotit oftast avvaktar utan antibiotika. Föräldrarna får då höra av sig om värk, feber eller sekretion från örat till stöter, annars gör vi bara en kontroll två månader senare.

De som ges antibiotika får beskedet att höra av sig om det ej skett en förbättring av otitsymtomen inom tre dygn. Eftersom man aldrig kan veta om V-penicillin kommer att hjälpa, har man givetvis samma ansvar för uppföljningen vare sig man ger antibiotika eller ej, och Riskrondens slutsats ver-

kar därför ologisk. Enligt min mening kan läkaren bara kritiseras om han ej givit patienten besked att återkomma om sekretionen ej upphörde inom några dagar. Eller kan det aldrig anses lege artis att expektera vid spontanperforerad otit?

Mats Reimer
barnläkare i Göteborg

Riskronden svarar

Riskrondens uppgift är att till sjukvården återföra information från Socialstyrelsens tillsynsverksamhet. Det rör sig om enskilda, autentiska händelser, beskrivna som de uppträder i den kliniska verkligheten – inte om didaktiskt konstruerade eller friserade tyfall. Avsikten är att öka medvetenheten om risksituationer, inte att utgöra detaljerade föreskrifter som t ex Socialstyrelsens meddelandeblad.

Ett problem i sammanhanget är rubriksättningen. Riskronden ingår sedan årsskiftet som en inbäddad bilaga i Tidsskrift för Yngre Läkare. För att den ska bli läst måste den ha rubriker som drar till sig uppmärksamhet. Riskronden nr 5/1996 hade ursprungligen rubriken »Risken för koldioxidnarkos måste beaktas vid syrgasbehandling av patienter med obstruktiv lungsjukdom» och var, liksom den övriga texten, granskad och korrigerad av en specialist i lungmedicin. Vid tryckningen förkortades olyckligtvis rubriken till »Syrgasbehandling vid obstruktiv lungsjukdom medför risk för koldioxidnarkos», vilket gör påståendet mera kategoriskt. I Läkartidningens referat blir rubriken »Syrgasbehandling medför risk för koldioxidnarkos».

Bengt Midgren skrev 1996-05-26 ett brev till mig med i stort sett samma innehåll som i insändaren. Jag erbjöd honom då (1996-05-29) brevledes att skriva ett inlägg i Riskrondens nästa nummer, som utkommer med Tidsskrift för Yngre Läkare i september. Jag anser att det i första hand är läkare under utbildning som behöver få ta del av den sanning som Bengt Midgren företräder. Han har ännu inte hört av sig, men mitt erbjudande kvarstår givetvis.

Antibiotikabehandling eller ej vid otit

Beträffande Mats Reimers insändare vidhåller jag nog att

KORRESPONDENS

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalten är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.

även den som anser sig ha goda skäl för att avstå från antibiotikabehandling vid otit med spontanperforation samtidigt åtar sig ett ökat ansvar för uppföljningen. Med hänsyn till den ymniga antibiotikaförskrivning till såväl vuxna som barn som tidigare tillämpats i Sverige måste man räkna med att den sjukdom som inte behöver läkemedelsbehandling betraktas som problemfri. Detta icke-verbala budskap måste kompletteras med mycket tydlig instruktion till föräldrarna, helst innefattande tid för återbesök.

Uppmaningar »att höra av sig» förutsätter en mycket välfungerande telefonservice. Riskronden om ötiten föranledde ett par telefonsamtal från distriktsläkare. En av dem försökte jag ringa upp nästa dag. Jag blev först av en telefonsvarare hänvisad till en annan vårdcentral. Då jag ringde dit fick jag besked att det var ett samtal före och en vänlig fråga om jag kunde vänta. Sedan var det knäpp tyst i luren under 15 minuter, varefter jag lade på. Så småningom lyckades jag dock komma fram via landstingets informationscentral.

Bengt Wadman
medicinalråd, Socialstyrelsen i Örebro
redaktör, Riskronden

Politisk anti- psykiatri och tvångslagarna

Jag har som vetenskapligt råd i rättspsykiatri haft anledning att lusläsa Prop 1990/91:58, »Psykiatrisk tvångsvård m m». Citat: »Ett rent biologiskt sjukdomsbegrepp får inte längre vara grundläggande vid avgörandet om psykiatrisk tvångsvård skall få ske med tvång. Psykiska störningar anses numera i regel kunna återföras på såväl biologiska, som psykologiska och sociala faktorer, vilka ofta samspelar och förstärker varandra.»

Denna kunskap påstås datera sig till tiden efter 1965. Men detsamma hävdade Wimmer, chef för S:t Hans Hospital i Roskilde, i en festskrift från sjukhuset 1916, och samma syn återfinns i skandinaviska psykiatriläroböcker sedan dess (t ex Langfelt från 30-talet). Departementschefen har blandat ihop »den medicinska modellen» (en nomotetisk sjukdomsdefinition), med olika typer av etiologiska klassifikationsprinciper (biologisk/psykologisk/social), och med behandlingsmetoder (teknologi),

som i psykiatri i huvudsak väljs pragmatiskt/empiriskt. När man inte har psykiatriska elementa klara för sig kan man förstå att lagstiftningsprodukten blev därefter.

I propositionen sägs att psykiatri fått ökade resurser, och att mentalsjukhusens låga resursnivå speglade en svunnen tids föraktfulla syn på sina patienter. För 60 år sedan fick psykiatri 35 procent av de samlade sjukvårdsresurserna. I dag får vi 7 procent! Gårdagens mentalsjukhuspatienter hade det inte materiellt sämre än den samtida befolkningen.

Precis detsamma

I propositionen brännmärks försöksutskrivninginstitutet. Sådant får inte förekomma längre, skriver ministern upprört. Läser man vad som får förekomma enligt LPT och LRV är det precis detsamma. Det finns inget hinder mot att förlänga tvångsvårdtiden för en patient på långtidspermission (sid 266) och inget krav på att patienten måste vistas på sjukvårdsinrättningen innan nytt beslut fattas (sid 267).

För patienter med särskild utskrivningsprövning (SUP) skall farlighet beaktas särskilt, samtidigt som kraven sänks på den psykiska störningens allvarlighetsgrad om den är *densamma* (vad menas – vi skulle ju inte använda nomotetiska definitioner?) som vid brottet. Farlighet utan substansiell psykiatri bakgrund kan därför motivera långvarigt vårdtving (försöksutskrivning) med en bred repertoar av »föreskrifter» (= Hawaiiiproblemet).

Kompetens saknas

Enligt propositionen är det vetenskapligt sett ytterst tveksamt om det går att göra farlighetsbedömningar. Är det därför som länsrätterna åläggs att göra sådana, för säkerhets skull utan krav på deltagande av sakkunnig (= specialist i rättspsykiatri)? En majoritet av de chefsöverläkare som vårdar dagens ca 800 SUP-patienter saknar för övrigt sådan kompetens och skulle de ha den störs expertrollen av att de är part i målet.

Hur har den psykiatriska professionen kunnat acceptera denna smörja? Har vi haft femtekolonnare som gått makten tillhanda? Eller har vi blivit överkörda av en okunnig anti-psykiatrisk maffia på Socialdepartementet?

Sten Levander
Professor, SVK-enheten,
Malmö Östra sjukhus

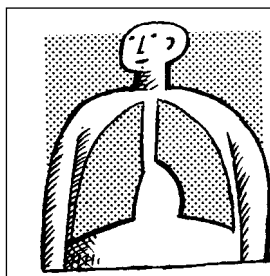


ILLUSTRATION: LASSE PERSSON

Den ursprungliga rubriken var: »Risken för koldioxidnarkos måste beaktas vid syrgasbehandling av patienter med obstruktiv lungsjukdom».